

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 10 NOVEMBRE 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 8 DÉCEMBRE 2015**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME (P ^r Loïc CAPRON)	2
II.	Concertation sur la proposition que la CME va faire au directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (M ^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, P ^r Thierry BÉGUÉ)	6
III.	Avis sur le deuxième avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'AP-HP (M ^{me} Christine WELTY)	8
IV.	Avis sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes à l'AP-HP (M ^{me} Christine WELTY)	11
V.	Conclusions du groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP (P ^r Jean-Michel SCHERRMANN)	15
VI.	Point sur le déploiement et le développement du dossier informatisé de patients ORBIS à l'AP-HP (D ^r Laurent TRÉLUYER, P ^r Michel ZÉRAH)	17
VII.	Premiers éléments de cadrage des états prévisionnels des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2016 et 2017 de l'AP-HP (M ^{me} Carine CHEVRIER)	19
VIII.	Plan d'action <i>Hémovigilance</i> de l'AP-HP (D ^r Nadia ROSENCHER)	21
IX.	Approbation des comptes rendus des réunions des 7 juillet et 8 septembre 2015	22

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME
2. Avis sur le deuxième avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Agence régionale de santé (ARS) et l'AP-HP
3. Avis sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes à l'AP-HP
4. Conclusions du groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP
5. Point sur le déploiement et le développement du dossier informatisé de patients ORBIS à l'AP-HP
6. Premiers éléments de cadrage des états prévisionnels des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2016 et 2017 de l'AP-HP
7. Plan d'action *Hémovigilance* de l'AP-HP
8. Concertation sur la proposition que la CME va proposer au directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers
9. Questions diverses
10. Approbation des comptes rendus des réunions des 7 juillet et 8 septembre 2015

SÉANCE RESTREINTE

Composition D

Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par convention à l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2015-2016

- 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 Jean-Yves ARTIGOU
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- 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 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 P^r Béatrice CRICKX
- 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 GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M. M. le P^f Fabien KOSKAS
- 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. Stefan NERAAL
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- 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 P^f Christian RICHARD
- 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. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^f Dominique VALEYRE
- 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 Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M^{me} Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

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

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{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
- M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMRU) M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ, DOMRU ;

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Philippe ARNAUD, Michel AUBIER, Thierry BÉGUÉ, Catherine BOILEAU, Ghislaine BRÉFORT, Pierre CARLI, Benoît DUBOIS-RANDÉ, Jean-Luc DUMAS, Jean-Luc GAILLARD, Bruno GOGLY, Cécile HVOSTOFF, Vincent JARLIER, Fabienne LECIEUX, Philippe MENASCHÉ, Isabelle NÈGRE, Rémy NIZARD, Jon Andoni URTIZBEREA, Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M^{mes} Magalie DELAHAYE, Marion TEULIER ; MM. Yann FLECHER, Michaël FONTUGNE, Jules GREGORY, Valentin JOSTE, Louis MAFFI BERTHIER

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

I. Informations du président de la CME

Le président annonce qu'un cycle de conférences annuel en imagerie pédiatrique est organisé par le groupe hospitalier Robert-Debré, à la mémoire du P^f Guy SEBAG. La première aura lieu le 11 décembre à 12h30.

Le président indique que le premier tour des élections à la CME, aux CMEL et CCM s'est déroulé le 27 octobre. Le taux moyen de participation est globalement bas (28 %, contre 37 % en 2011), mais plus élevé chez les titulaires (53 % pour les hospitalo-universitaires, 38 % pour les praticiens hospitaliers). Les 12 présidents de CME locale seront élus entre le 11 et le 18 décembre pour pouvoir siéger dans la nouvelle CME dont ils sont membres de droit. Elle se réunira pour la première fois le 12 janvier 2016. **Le président** rappelle que le D^f Christian GUY-COICHARD représente la CME au comité stratégique du développement durable. D'autres représentants de la CME seront sollicités pour participer à un groupe de travail plus spécifiquement chargé du volet médical du projet de développement durable 2015-2019 de l'AP-HP. La future CME devra donc continuer à se préoccuper de ces sujets importants.

À l'occasion du débat entamé par la CME du 8 septembre sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT), le président avait évoqué son souhait que les textes réglementaires évoluent pour permettre à la CME de déléguer des compétences aux CMEL et au président de la CME de déléguer certaines des siennes aux présidents de CMEL ; ce qui est aujourd'hui impossible. Il a depuis consulté M^{me} BÉDIER, directrice des affaires juridiques de l'AP-HP) : il faudrait pour cela modifier l'article R.6147-5 du code de la santé publique. Il a présenté ce projet aux présidents de CME des deux autres CHU organisés en GH, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille et des Hospices civils de Lyon ; mais sans obtenir d'eux l'accord de principe qui aurait été souhaitable pour demander une évolution des textes sur ce point. Il reviendra à son successeur à la tête de la CME de relancer le sujet, s'il le souhaite, pour le seul compte de l'AP-HP.

Le conseil de surveillance organise un séminaire sur la politique de prise en charge des personnes âgées à l'AP-HP. Aux côtés du P^f Christian RICHARD et du D^f Alain FAYE, qui représentent la CME au conseil de surveillance, le président participera à ce séminaire en tant que responsable de la politique médicale de l'AP-HP,. Deux autres membres de la CME interviendront au cours de cette manifestation : le D^f Christophe TRIVALLE sur les soins de suite et de rééducation pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et le P^f Jean-Yves ARTIGOU sur le projet GÉROND'IF dans le pilotage duquel il représente la CME.

Le bureau du 28 octobre a discuté de la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie. Il est apparu que les psychiatres doivent encore harmoniser leurs points de vue sur ce sujet, qui a donc été reporté à la CME de décembre.

Le directeur général indique que la Fondation AP-HP pour la recherche existe depuis une semaine. Cette fondation est juridiquement opérationnelle et permettra notamment de solliciter des fonds auprès des patients tout en évitant le passage par des associations de services. Tout sera mis en œuvre pour que les démarches se déroulent dans la plus grande souplesse et la plus grande transparence. Un conseil scientifique sera désigné à la prochaine séance, de façon à ce que cette fondation puisse soutenir les projets de recherche des équipes de l'AP-HP.

La commission qui travaille sur la prévention des conflits d'intérêts se réunira prochainement. La prochaine séance sera dédiée aux liens entre les conflits d'intérêts et les activités accessoires. À cet égard, il conviendra de rappeler que les PU, PH, infirmiers et aides-soignants doivent solliciter une autorisation auprès de leur employeur principal pour exercer une activité en dehors de l'AP-HP. Les PU-PH doivent demander une autorisation non seulement à leur Université, mais également à leur hôpital. L'objectif de cette commission vise à démontrer qu'il est possible de mettre en place une stratégie efficace de prévention des conflits d'intérêts, sans pénaliser l'innovation et la recherche.

Un groupe de travail dédié à la chirurgie, présidé par le P^r HANNOUN, a par ailleurs été mis en place, et devrait être en mesure de présenter les conclusions de ses travaux d'ici la fin de l'année 2015.

Des réunions avec les services de l'État et les tutelles de l'AP-HP se sont tenues afin de pouvoir actionner les leviers juridiques permettant de positionner l'hôpital Nord sur la commune de Saint-Ouen.

S'agissant de la réforme de l'organisation et du temps de travail, un protocole d'accord a été signé avec la CFDT le 27 octobre dernier, laquelle CFDT n'est pas majoritaire au sein de l'AP-HP.

Les textes prévoient deux possibilités :

- soit un accord peut être signé avec les syndicats représentant plus de 50 % des agents et cet accord s'applique ensuite directement, sur le terrain ;
- soit il n'y a pas d'accord ou un accord avec une organisation syndicale minoritaire, comme dans le cas présent, et le Code de la santé publique prévoit alors que le directeur général endosse la responsabilité de l'organisation du temps de travail, qu'il peut mettre en place unilatéralement, en soumettant toutefois cette organisation aux instances représentatives.

Le directeur général est persuadé qu'il s'agit d'un très bon accord, comme l'a d'ailleurs confirmé le directoire en l'approuvant. Cet accord tient compte des inquiétudes et des revendications qui s'étaient manifestées et de la nécessité d'adapter les organisations du travail à des activités qui évoluent fortement.

La direction a décidé de maintenir, dans le cadre de cet accord, la possibilité pour les agents de l'AP-HP de travailler en 7 heures 36, et a proposé la suppression des horaires en 7 heures 50. En contrepartie, un accompagnement particulier des services concernés sera proposé.

La mise en œuvre d'un horaire de travail de 7 heures 30 par jour sera proposée de manière volontaire, selon deux modalités possibles :

- passage assorti d'un forfait annuel de 18 heures supplémentaires payées, ce qui équivaut à peu près à 250 € en moyenne pour les aides-soignants et à 350 € en moyenne pour les infirmiers ;
- le service bascule sur un rythme original, correspondant à un horaire de 7 heures 30 en semaine et de 12 heures le week-end (ce système est déjà en place dans certains services, ce qui permet aux agents de ne plus travailler qu'un week-end sur trois au lieu d'un week-end sur deux).

Un rendez-vous sera ainsi fixé, à la fin de l'année 2016, afin de dresser un bilan de la situation.

L'horaire de 7 heures 30 sera systématiquement proposé aux nouveaux embauchés. Ceci concerne les services qui travaillent H24.

Pour les autres services, des rythmes de travail en 8 heures 45, 9 heures ou 10 heures, qui n'étaient pas prévus dans le protocole de 2002, pourront être proposés aux agents. Ces rythmes correspondent à des amplitudes tenables en bloc opératoire ou en consultations.

Le passage à la « grande équipe » sera étendu à l'ensemble des services de soins fonctionnant en H24. À l'heure actuelle, ce dispositif concerne un peu plus de la moitié des services ; l'autre moitié devra mettre en place cette organisation en septembre 2016, au moment de la rentrée scolaire, afin que les agents puissent adapter leur organisation individuelle, en vue d'une meilleure conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle.

L'expérience des services qui fonctionnent d'ores et déjà selon cette organisation montre que l'encadrement sait gérer les cas individuels qui pourraient poser problème, dans le cadre de la mise en place de cette organisation. À noter que les services qui sont passés à la « grande équipe » n'ont jamais demandé à revenir en arrière.

Le protocole consacre par ailleurs l'engagement pris vis-à-vis des cadres, après plusieurs mois de discussions avec ces derniers.

Dans le cadre de cette même réforme, un retour au cadre réglementaire est prévu. Il existe encore aujourd'hui à l'AP-HP des jours de congé extra-RTT introduits dans le protocole de 2002, qui n'ont pas de fondement réglementaire et sur lesquels la direction entend revenir. De même, la journée « fête des mères », qui préexistait à l'accord de 2002 et qui s'appliquait jusqu'à présent à tous les agents, quel que soit l'âge des enfants, a été supprimée.

Par ailleurs, le mode de calcul des RTT n'était pas conforme à la législation en vigueur puisque seules les périodes de travail sont en principe censées générer des RTT. La direction de l'AP-HP a donc décidé de revenir à un respect strict de la réglementation, ce qui permettra, en sus de la suppression de la journée « fête des mères », d'économiser l'équivalent de 1 000 emplois à l'AP-HP.

L'objectif de cette réforme est de s'adapter à des activités qui évoluent, tout en faisant en sorte qu'en dépit de la trajectoire du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et des états des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) et objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) successifs, la direction mette en place une organisation qui soit la plus favorable possible à l'emploi.

Un changement sémantique important s'est d'ailleurs opéré dans le cadre des discussions avec la CFDT, qui a fait remarquer qu'il était sans doute un peu anachronique de raisonner en termes d'emplois « au lit du malade », dans un contexte de développement de l'ambulatoire, et qu'il apparaîtrait sans doute plus pertinent de parler d'emplois « au service du malade ».

Le directeur général pense que cet accord fournit des marges de manœuvre pour sauver l'emploi et évite à l'AP-HP un repli sur soi qui n'aurait pas contribué à satisfaire les besoins des patients et de leurs familles.

Il a en outre permis de trouver un équilibre entre les intérêts du personnel et les intérêts économiques et organisationnels. À cet égard, force est de constater que l'accord présenté ce jour a

satisfait nombre des revendications exprimées dans les tracts diffusés par les organisations syndicales au cours des derniers mois. Celles-ci réclamaient en effet de ne pas supprimer les horaires en 7 heures 36, de tenir compte de la réalité des horaires effectués par les agents et de ne pas supprimer toutes les RTT.

Pour tenir compte de la réalité des horaires, l'administration offre la possibilité de compenser les dépassements d'horaires validés par l'encadrement, afin de rendre l'organisation plus efficiente, tout en supprimant toute possibilité de travail non rémunéré, au sein de l'AP-HP.

Cet accord est en outre équilibré et permet de renforcer les équipes de suppléance. Il a le souci de la proximité avec le terrain et la nature des activités médicales. Sa mise en œuvre sera ainsi ajustée aux besoins du personnel et de l'activité médicale, grâce aux études de terrain récemment conduites.

Cet accord ne pourra pas être correctement appliqué dans les différents services si les médecins ne s'impliquent pas dans ce processus. Le temps de la visite, du staff, de la consultation, de la mise en route du bloc opératoire ainsi que le calage inter-services constituent des passages obligés pour garantir une prise en charge optimisée des patients. Partant de là, tout devra être mis en œuvre pour éviter une éventuelle désorganisation.

Lors de son passage dans des comités exécutifs de GH au cours des dernières semaines, le directeur général indique avoir rencontré une communauté médicale prête à se mobiliser. Il en appelle par conséquent à la responsabilité de l'ensemble des personnels pour que la mise en œuvre de cet accord soit couronnée de succès, sur le terrain. La mise en œuvre de cette nouvelle organisation constitue une opportunité extraordinaire.

Le D^f Julie PELTIER fait observer que les soignants manquent cruellement de temps d'échanges, au quotidien, dans les services. Il conviendrait par conséquent de réfléchir à ce point, ce qui ne semble pas avoir été le cas dans le cadre des négociations ayant conduit à l'accord qui vient d'être décrit, en séance.

Le D^f Julie PELTIER jugerait par ailleurs opportun de renforcer les équipes en poste et de ne pas se contenter de renforcer les seules équipes de suppléance.

Le D^f Patrick DASSIER estime que tous les dysfonctionnements constatés, sur le terrain, ne peuvent être mis sur le seul compte d'une éventuelle désorganisation des médecins. Par exemple le mauvais dimensionnement des équipes de brancardage, au sein d'un bloc opératoire impacte directement son fonctionnement, et explique pourquoi il est si difficile le matin, de faire débiter l'activité opératoire à l'heure.

Enfin, le D^f Patrick DASSIER ne peut que se réjouir de la disparition du recours au volontariat forcé, et du principe du travail dissimulé au sein de l'AP-HP (ce travail non reconnu et non honoré sur le plan financier ou sous mode d'une récupération).

Rappelant que le protocole d'accord sur l'organisation du temps de travail a été signé par la seule CFDT, qui n'est pas majoritaire au sein de l'AP-HP, **le P^f Paul LEGMANN** craint que l'application de celui-ci ne suscite des mouvements de protestation, au sein des différents GH.

Il souligne en outre que le choix des horaires des agents relève des compétences des cadres hospitaliers et qu'il ne faudrait pas laisser croire aux personnels de l'AP-HP qu'ils pourront choisir leurs horaires en toute liberté.

Le directeur général précise qu'il n'a jamais tenu de tels propos. Il a simplement expliqué que tout le monde devait faire un effort pour mettre en place la nouvelle organisation. Pour ce faire, tous les personnels doivent œuvrer de concert et à leur niveau à la mise en œuvre de cet accord.

S'agissant des temps d'échanges dans les services, la direction a fait en sorte de maintenir l'organisation en 7 heures 36. Elle a en outre créé pour les cadres soignants deux journées libres dites de valorisation professionnelle, permettant l'échange de pratiques susceptibles d'être utiles à tous.

Concernant les équipes de suppléance, la mise en œuvre de cet accord devrait permettre de progresser vers moins de précarisation et une augmentation des personnels stables bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée (CDI).

Enfin, pour répondre plus précisément au P^r Paul LEGMANN, l'accord proposé n'est certes pas majoritaire mais le processus de consultation légale est enclenché, lequel sera mené à son terme. Dans le même temps, l'administration portera évidemment un œil attentif aux journées de mobilisation des personnels. En tout état de cause, tout sera organisé pour que la mise en œuvre de cet accord se déroule au mieux.

À titre personnel, **le président** tient à exprimer son soutien total à la réforme que la direction générale a engagée. Elle mènera très vite au sujet de la concordance des temps et les personnels médicaux devront donc s'impliquer dans la réorganisation du temps de travail des personnels non médicaux. Il s'agira d'un sujet de réflexion majeur en 2016 pour la future CME.

II. Concertation sur la proposition que la CME va faire au directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ indique que 478 demandes de postes avec ou sans candidats ont été recensées, au début du processus de révision des effectifs. 19 d'entre elles ont été retirées faute de candidats ou parce que déjà publiées dans le cadre du deuxième tour 2015.

L'ensemble des demandes ont été examinées au sein de cinq groupes restreints. Le bureau élargi qui s'est réuni le 4 novembre a étudié les postes classés B et A « retour d'emprunt » et « retour d'efficience ».

À l'issue de ce bureau élargi, il reste 204 postes classés en A et 43 classés en B.

En début de séance du bureau élargi, **M^{me} Christine WELTY** a annoncé que sur les 23 postes d'anesthésistes réanimateurs qui figuraient dans la révision des effectifs au titre des retours d'efficience, 12 pourraient être financés sur une enveloppe *ad hoc*, hors révisions des effectifs (ce qui représente un montant de 200 000 €).

Par ailleurs, les postes demandés pour les services d'accueil des urgences (SAU), qui pouvaient émarger à l'enveloppe temps continu seront prises sur ladite enveloppe et non sur l'enveloppe des 0,4 % de la masse salariale du personnel médical (PM) senior de la révision des effectifs (ce qui représente un montant de 300 000 €).

L'enveloppe de 0,4 %, qui représente 2,166 M€, se répartit comme suit :

- 72 postes classés A en demande de financement représentent un montant de 1,314 M€ ;
- 34 postes classés B et C en demande de financement partiel ou total, pourraient émarger sur cette enveloppe et représenter, le cas échéant, un montant de 1 M€.

L'enveloppe ne permet donc pas d'honorer l'ensemble des postes encore classés A et B, le delta étant de 150 000 €.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande à quoi correspondent les 212 postes restants, sur les 478 postes initialement recensés (dont 204 ont été classés en A, 43 en B et 19 retirés ou sans objet). Il demande aussi des précisions sur l'enveloppe des 0,4%.

Le président explique que l'enveloppe des 0,4 % sert au remboursement de l'emprunt et au redéploiement institutionnel, que celui-ci soit partiel ou complet.

M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ répond que le solde des postes correspond bien à des postes classés en C.

Le président explique que ce solde provient essentiellement des GH et, pour une toute petite partie, de la CME centrale.

Le P^r Thierry CHINET note que lors de la rencontre du mercredi 4 novembre à Scipion, la DOMRU a indiqué que la moitié seulement des GH avait tenu leurs engagements d'efficience PM. Qu'en est-il et comment cela va-t-il impacter la révision des effectifs en cours ?

M^{me} Christine WELTY souligne que l'enveloppe de solidarité institutionnelle ne profite pas toujours aux mêmes GH.

Le président précise que le taux d'émargement des GH sur l'enveloppe de 0,4 % va de 1 à 17 %. Ces taux doivent être gardés en mémoire car un rééquilibrage devra être mené au fil des révisions futures.

Le P^r Gilles ORLIAGUET note qu'il restera un peu plus de 70 postes sans aucun titulaire. À cet égard, il souligne la nécessité de titulariser les personnels partout où cela se révèlera possible.

Le P^r Jean-Claude CAREL souligne la nécessité de bien respecter les engagements individuels pris lors de l'emprunt des postes. À Robert-Debré, en effet, certains postes en retour d'emprunts restent en B alors que d'autres sont passés en A ce qui est inacceptable en égard aux engagements pris. En tout état de cause, il faut tenir ses engagements.

Le P^r Louis MAMAN jugerait opportun que les demandes classées en B passent en A, pour que les recrutements puissent s'opérer, notamment en odontologie.

Le président note que le rapport de 2013 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'odontologie à l'AP-HP considère en effet la création de postes de PH comme une priorité. Pour 2016, 4 postes ont été classés A sur 7 demandes. Cet effort devra être poursuivi dans les prochaines années.

Le P^r Paul LEGMANN indique que certains praticiens sont engagés à l'échelon 4 tandis que d'autres le sont à l'échelon 1 pour un même niveau d'ancienneté, dans différentes disciplines, ce qui crée une discrimination regrettable entre les spécialités exercées au sein de l'Institution.

Le P^r Yves COHEN juge inadmissible que les GH n'aient pas tous atteint leur objectif d'efficience et que certains d'entre eux seulement aient joué le jeu. Partant de là, il conviendrait de diffuser tous les chiffres disponibles lors de la CME du mois de janvier, afin de garantir une complète transparence de l'information sur la situation des différents groupements hospitaliers.

M^{me} Christine WELTY répond que l'efficience a été mise en œuvre par tous les GH, à la hauteur de ce qui avait été demandé, et que le redéploiement institutionnel s'est bien opéré.

III. Avis sur le deuxième avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'AP-HP

M^{me} Christine WELTY rappelle, en préambule, les engagements pris par l'AP-HP au cours de la période récente :

1. Rappel des engagements pris dans le cadre de l'avenant 1

Virage ambulatoire :

développer la médecine et la chirurgie ambulatoire ;

développer l'hôpital de jour (HDJ) en soins de suite et de réadaptation (SSR) (avenant 2).

Implication de l'AP-HP et de ses GH dans leurs territoires :

renforcer les coopérations ;

fluidifier les relations avec la médecine de ville.

Améliorer l'efficience et la performance organisationnelle :

renforcer la qualité et la sécurité des soins ;

améliorer la prise en charge dans les SAU adultes et pédiatriques (plan urgences) ;

SSR : réduire la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète (avenant 2) ;

maintenir l'offre en orthogénie en adéquation avec le projet régional visant à favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (FRIDA) ;

améliorer le parcours périnatalité (avenant 2) ;

améliorer les performances des plateaux médicotecniques : ouverture des blocs opératoires, regroupement d'activités de biologie, meilleure accessibilité aux IRM, TEP et scanners.

CPOM négocié (avenant 2)

Dans le cadre de l'avenant 2 du CPOM négocié, il est prévu de :

compléter certains indicateurs de l'avenant 1 :

proposer de nouveaux indicateurs :

faire un focus sur des parcours identifiés de prise en charge des patients :

- accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- cancérologie ;
- psychiatrie ;
- périnatalogie ;
- personne âgée

Pour ce faire, les référents thématiques de chaque administration ont été chargés de travailler ensemble pour proposer des objectifs avec indicateurs, cible et méthode de calcul. Pour certains indicateurs, des groupes de travail ou experts ont été consultés.

Engagements complémentaires à l'avenant 1

développer l'HDJ en SSR par l'hospitalisation complète (HC);

augmenter le volume d'activité réalisé en ambulatoire dans les établissements autorisés déjà en HDJ par spécialité ;

envisager la création d'un HDJ dans un établissement sur deux pour le SSR gériatrique ;

réduire la DMS en HC en SSR au regard de la moyenne régionale par spécialité en tendant vers la moyenne régionale ;

homogénéiser les échelles de tri IOA dans les services d'urgences adultes (5 niveaux) dans le cadre du plan urgences AP-HP ;

améliorer les performances des plateaux médicotechniques ;

augmenter le nombre d'examen réalisés en ambulatoire, sur les IRM, pour des patients externes/consultants de l'AP-HP par rapport aux patients hospitalisés ;

réaliser un audit annuel sur l'utilisation de la *check-list* dans les blocs opératoires ;

organiser la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse en ville dans le cadre du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (RÉVHO) ;

favoriser le développement de la pratique de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale, notamment par la mise à disposition des praticiens de salles d'interventions spécifiques dans les locaux du centre IVG ou à proximité.

Engagements spécifiques à l'avenant 2

Ces engagements spécifiques sont de plusieurs ordres, et portent notamment sur les greffes et la prise en charge de la précarité. Il convient en outre de développer le taux de recours en hospitalisation à domicile (HÀD) à l'AP-HP.

L'implication de l'AP-HP dans ses territoires

Cinq parcours ont été identifiés : AVC, cancérologie, psychiatrie, périnatalogie, et enfin personne âgée.

Dans le cadre du parcours AVC, il conviendra de :

- améliorer le maillage territorial des unités neuro-vasculaires (UNV) de l'AP-HP ;
- augmenter le nombre de séjours présentant un AVC et/ou un AIT pris en charge en UNV ou en réanimation ;

- améliorer la filière de court séjour- soin de suite (réduction du délai d'arrivée en SSR).

Plusieurs actions seront également mises en œuvre dans le cadre du parcours de cancérologie, dont certaines sont issues du plan cancer 3 :

- évolution du nombre de fiches PPS informatisées au fur et à mesure du développement d'ORBIS ;
- améliorer les délais du parcours patient ;
- améliorer l'accès à la préservation de la fertilité ;
- anticiper la démarche palliative ;
- structurer la prise en charge des chimiothérapies orales ;
- identifier les territoires cancer de l'AP-HP avec la mise en œuvre d'une gouvernance identique dans chacun des territoires ;
- assurer la structuration et la lisibilité des activités de recours et des activités innovantes ;
- améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre de soins cancer de l'AP-HP (site internet AP-HP notamment) ;

Le parcours psychiatrie visera à :

- améliorer l'accès aux soins ambulatoires (adultes et enfants) ;
- améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques ;
- améliorer la disponibilité des lits en aval direct des urgences, définir un schéma cible des centres renforcés d'urgences psychiatriques (CRUP) ;
- développer la coordination des parcours de soins en santé mentale à travers la psychiatrie de liaison ;
- améliorer la prise en charge psychiatrique du sujet âgé au travers du centre ressources régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA).

Le parcours périnatalité prévoit de :

- mieux suivre les nouveau-nés vulnérables ;
- réaliser un entretien prénatal précoce (EPP).

Enfin, dans le cadre du parcours dédié aux personnes âgées, il s'agira de :

- fluidifier la filière gériatrique sur les territoires des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ;
- faire évoluer à la hausse la part des patients du territoire MAIA pris en charge en SSR gériatrique ;
- réduire la DMS du court séjour gériatrique ;
- favoriser le recours à une alternative à l'hospitalisation complète ;
- mettre en place une plage horaire réservée pour les consultations gériatriques généralistes (hors-mémoire) à moins de cinq jours.

Le président juge malaisé le développement de l'hospitalisation de jour dans les SSR gériatriques compte tenu de la dépendance de certains patients.

Le D^r Julie PELTIER déplore quant à elle l'absence de filières d'urgences pour les transplantations rénales qu'elle juge pour le moins problématique.

Le président rappelle qu'un groupe de la CME associant la DOMRU travaille sur ce dossier.

Le D^r Nathalie DE CASTRO ne comprend pas bien ce qui est envisagé dans le cadre du parcours « Précarité ». Par définition, en effet, les patients qui se rendent dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) n'ont pas accès à d'autres structures de soins.

Le D^r Patrick PELLOUX explique qu'il est prévu de revoir à la baisse les budgets alloués au SAMU social, qui ne sont pas si utiles que cela, étant entendu que l'AP-HP a une carte évidente à jouer dans la prise en charge de la précarité.

Le D^r Olivier HENRY rappelle que la CME avait voté contre le projet de virage ambulatoire pour les SSR, dans la mesure où aucun chiffrage n'avait été présenté aux membres de l'instance.

Le D^r Anne GERVAIS juge difficile de passer en ambulatoire les patients de l'AP-HP pour lesquels la DMS est plus longue que dans d'autres SSR. S'ils ne sortent pas c'est qu'il y a souvent un problème de retour à domicile. Elle se demande dans quelle mesure les indicateurs présentés sont réellement atteignables. La logique de « flux de patient » est loin du réel. Il lui semble aussi vraisemblable d'atteindre les objectifs fixés que de croiser une Femem dans une bibliothèque du Mont Athos. Elle souhaite savoir si les objectifs du CPOM sont opposables.

M^{me} Christine WELTY précise que le tout hospitalisation des personnes âgées revient à aggraver la dépendance. Elle précise en outre qu'il existe des SSR gériatriques en ambulatoire hors AP-HP.

Le deuxième avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est approuvé par 35 voix pour, une contre et 14 abstentions.

IV. Avis sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes à l'AP-HP

Le président rappelle que le bureau du 30 septembre avait décidé de repousser le vote de la CME en raison du courrier que la Fédération hospitalière de France (FHF) et les présidents des conférences des directeurs généraux et présidents de CME de CHU avaient adressé le 25 septembre à la ministre en charge de la santé pour engager de nouvelles discussions et annoncer le dépôt d'un recours à titre conservatoire contre son instruction du 10 juillet 2015. Il avait expliqué à la CME du 13 octobre sa volonté d'éviter que son vote, favorable ou défavorable, ne soit utilisé comme bélier par l'une des parties pour faire pression sur l'autre. À l'issue des rencontres entre les conférences et son cabinet, la ministre leur a adressé un courrier le 20 octobre qui leur a donné satisfaction. Elle y précise le rôle attendu de la CME : « Je souhaite donc que, dès à présent, soit lancée une revue des organisations coordonnée par le directeur de l'établissement, impliquant le président de la CME et les équipes d'urgentistes concernées. Celle-ci devra comporter une analyse des besoins médicaux pour la prise en charge des urgences et permettre au chef de pôle, en lien avec le management de proximité, de redéfinir des maquettes d'organisations médicales validées par la CME. Un rééquilibrage des effectifs médicaux sur la base de 39 h de temps clinique posté et de l'identification des missions non postées devra en découler pour permettre un suivi des tableaux de service. [...] un plan d'action local, élaboré sous l'égide de la CME, devra fixer les conditions et le calendrier de la mise en œuvre du référentiel [...] ». Le rôle de la CME est donc important. Le débat se limite aujourd'hui à l'application de la réforme du temps de travail des urgentistes dans les seuls services d'urgences. La CME sera consultée sur les SAMU et SMUR en décembre, à l'issue des négociations en cours.

M^{me} Christine WELTY indique que la réforme du temps de travail des structures de médecine d'urgence fait suite à la circulaire du 22 décembre 2014 et à l'instruction ministérielle du 10 juillet 2015, relatives au référentiel de gestion du temps de travail applicable dans les structures de médecine d'urgence (les personnels HU ne sont pas concernés).

Cette réforme met en place un décompte horaire généralisé dans les structures SAU-SAMU-SMUR, ainsi que 39 heures de travail clinique posté et un forfait de travail non posté, le tout dans le respect de la réglementation européenne (48 heures hebdomadaires, évaluées par quadrimestre).

La circulaire ne précise pas la date de mise en application et un courrier de la ministre en date du 15 octobre 2015 précise que « *pour les établissements dont l'organisation sera fortement impactée par le référentiel, la mise en œuvre se fera de manière progressive, à proportion de l'ajustement des effectifs et des organisations cibles* ».

Un groupe de travail interne à l'AP-HP, auquel ont été invités à participer la collégiale des urgentistes et des représentants syndicaux de la profession, en présence du président et de la vice-présidente de la CME, a été mis en place.

Un plan de mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016 – conciliant effort d'augmentation des effectifs immédiat et travaux à poursuivre sur les organisations de travail, dans un souci de renforcement de l'attractivité des SAU – a été élaboré.

Pour les SAMU-SMUR, des discussions permettant d'aboutir à une méthodologie partagée sont en cours.

La mise en œuvre nécessite de procéder au recrutement des effectifs prévus pour permettre la mise en forme de cette réforme. Les postes créés se répartissent comme suit :

- 50 % de PH ;
- 35 % de PHC ;
- 15 % d'assistants et attachés.

Le financement de ces recrutements est assuré par une enveloppe dédiée « temps continu », hors enveloppe des 0,4 % de la révision des praticiens hospitaliers. Il sera possible d'effectuer immédiatement ces recrutements.

Parallèlement, pour développer l'attractivité et aménager les carrières, l'AP-HP souhaite développer les postes SAU-SAMU-SMUR en temps partagé : à l'occasion de chaque départ de praticien de SAMU ou de SMUR, le remplacement s'organisera pour permettre des recrutements en temps partagé avec les SAU. Les praticiens déjà en postes aux SAMU et SMUR ne pourront se voir imposer d'effectuer une partie de leur temps de travail dans les SAU.

Un modèle de contrat d'activités non postées a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail DOMRU/GH. Ce contrat prévoit pour tous les praticiens :

- des activités non postées inséparables du travail posté pour 5 heures hebdomadaires réalisées par tous les praticiens ;
- des activités non postées indépendantes du travail posté, variables d'un praticien à l'autre ;
- « *Le temps consacré aux fonctions de chef de service n'est pas inclus dans les missions non postées contractualisées* » (instruction du 10 juillet 2015) ;

- « *Le temps consacré à l'exercice de mandats syndicaux fait l'objet d'une comptabilisation et d'un suivi distincts* ».

Ces contrats seront signés par le praticien et le chef de service, après visa du chef de pôle et du directeur de GH, et transmis à la DOMRU.

Les obligations de service se répartissent entre le temps de travail clinique posté et les activités non postées, cliniques ou non. Le temps de travail additionnel n'est possible que si le temps posté et le contrat de temps non posté sont réalisés. Le temps de travail additionnel est décompté par plages de 5 heures qui sont soit payées (tarif du temps de travail additionnel de jour), soit récupérées.

Cette nouvelle organisation du travail nécessite une analyse des maquettes d'organisation des services pour assurer le respect des engagements de l'AP-HP en matière d'amélioration de l'accueil aux urgences.

Chaque GH doit donc revoir avec les chefs de pôle et de service concernés les maquettes existantes en local, avant un passage en commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS).

À court terme, les maquettes organisationnelles devront s'inscrire dans le cadre des effectifs cibles alloués à chaque service. Cet objectif ne fait nullement obstacle à un travail qui sera conduit à compter de janvier 2016, en lien avec la collégiale.

La CME doit se prononcer sur les modalités de mise en œuvre et les évaluer et devra s'assurer de la primauté du projet médical comme élément structurant de l'organisation des activités médicales.

Tout en reconnaissant que les modalités de mise en œuvre de cette réforme semblent satisfaisantes, **le D^r Christian GUY-COICHARD** rappelle que les services d'urgences sont ceux qui comptent le plus d'emplois de contractuels et qui ont le plus de mal à recruter. L'objectif affiché de 35% de PH titulaires semble insuffisant en regard.

M^{me} Christine WELTY répond que la plate-forme urgence a sensiblement réduit l'emploi précaire dans cette spécialité et que les urgences se sont « seniorisées » depuis de nombreuses années grâce à l'effet cumulé de divers plans. Elle signale en outre que 11 postes de PH ont été affectés aux services d'urgences lors de la dernière révision des effectifs et que la politique de ma direction générale s'efforce de favoriser cela.

Le président rappelle la nécessité de maintenir un haut niveau d'exigence pour les médecins que l'AP-HP titularise. Pour cette raison, les CME locales valideront les recrutements des PHC, assistants et attachés, et la CME ceux des PH titulaires.

M^{me} Martine MARCHAND s'enquiert de la définition exacte du temps posté pour un médecin.

Le président reconnaît que cette notion de « temps posté » mérite d'être précisée et souhaiterait connaître les activités d'un urgentiste lorsque celles-ci ne sont pas postées.

M^{me} Christine WELTY répond qu'un urgentiste participe à des réunions institutionnelles ou se consacre à des travaux bibliographiques hors de son temps posté.

Le P^r Noël GARABÉDIAN estime qu'il est très difficile de définir ce qui ne relèverait pas du temps posté pour un médecin.

Le directeur général précise que le travail posté est celui dont les personnels ne peuvent maîtriser l'horaire. Il souligne que tout doit être mis en œuvre pour qu'il y ait quelqu'un au chevet du malade 24 heures/24.

M^{me} Martine MARCHAND rappelle les règles citées par la directive européenne concernant le temps de travail médical :

- être sur son lieu de travail ;
- dans l'exercice de son activité ou de sa fonction ;
- à disposition de l'employeur.

À articuler avec les obligations de respecter les règles de récupération tel le repos hebdomadaire de 11 heures consécutives etc.

L'arrêt de la Cour européenne dans l'affaire « Jaeger » résume tout cela.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la notion de temps continu a toujours existé. Elle était déjà au centre des discussions sur la réduction du temps de travail qui se sont tenues en 2000.

Il souhaite que l'accord présenté serve de levier pour améliorer l'organisation des services d'urgences de l'AP-HP. Il n'est plus possible, en effet, de conserver des organisations datant du milieu du 20^e siècle et il faut faire montre de modernité et d'attractivité. Ainsi, sans perdre de vue que 33 postes restent encore vacants au sein des SAU, il conviendra de prévoir des consultations ultra-rapides au sein desdits services, tout en veillant à mieux travailler avec l'aval, dans le cadre du parcours de soins.

Un véritable travail de fond devra être accompli, afin d'exploiter toutes les marges de manœuvre possibles. Cet accord présente l'intérêt de renforcer les propositions votées par la CME.

Le P^r Gérard CHÉRON signale que la collégiale des services d'urgence a indiqué être favorable à cette réforme, appelant ainsi à un vote positif de la CME.

Le président s'enquiert du nombre d'ÉTP dans l'enveloppe « temps continu ».

M^{me} Christine WELTY répond que l'on dénombre trois ÉTP dans cette enveloppe, dont la plupart sont des conversions de praticiens contractuels en PH.

Le D^r Patrick DASSIER rappelle que les urgences ont la possibilité de s'organiser en temps continu depuis 2003. Il précise en outre que deux types d'organisations sont possibles au sein des établissements public de santé : une organisation en temps continu qui est décomptée en heure, et une organisation en temps non continu comptabilisée en demi-journée. Le choix de l'organisation est défini statutairement et tient compte du mode d'exercice des Praticiens Hospitaliers.

Le D^r Anne GERVAIS souligne que certaines spécialités peuvent certes s'adapter à un décompte horaire minuté, mais que ce n'est pas le cas de toutes les spécialités exercées à l'AP-HP. Elle signale que pour les spécialités qui ne peuvent « minuter » leur exercice mais travaillent plutôt en demi-journée, les praticiens hospitaliers souhaitent voir appliquer les textes : possibilité effective de prendre les RTT, récupérations des week-ends travaillés, et dans le cas où cela n'est pas possible, indemnisation pour ceux non récupérés. Elle note que le récent travail de la mission sur l'attractivité de l'hôpital doit déboucher sur des évolutions réglementaires.

Le directeur général explique que cette réforme vise notamment à améliorer la structure des effectifs, au sein des services d'urgences. Il conviendra en outre de tout mettre en œuvre pour pérenniser les postes au sein desdits services et de renforcer l'attractivité de ces derniers grâce à une meilleure organisation et des horaires plus adaptés et par suite plus tenables. Pour que l'hôpital fonctionne bien dans sa globalité, il est essentiel que les SAU fournissent un travail d'une qualité exemplaire. Au vu de tous ces éléments, le directeur général indique partager l'avis de la collégiale des urgentistes sur la réforme proposée.

Le vote a lieu à bulletins secrets. Les modalités de passage en temps continu des urgentistes sont approuvées avec 50 voix pour, 4 contre et 3 abstentions ou bulletins nuls.

V. Conclusions du groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP

Le P^f Jean-Michel SCHERRMANN rappelle, en préambule, que deux décrets en 2006 et 2008 ont intégré les disciplines pharmaceutiques et biologiques au CHU.

Il est néanmoins apparu nécessaire de relancer la réflexion conjointe des facultés de pharmacie et de l'AP-HP car le taux d'universitarisation au niveau des pharmacies à usage intérieur (PUI) est demeuré faible, à hauteur de 13%.

Pour ce faire, un groupe de travail AP-HP-Facultés de pharmacie d'Île-de-France, piloté par le doyen SCHERRMANN, à l'initiative de la DOMRU et avec l'appui de la CME de l'AP-HP, a été mis en place au début de l'année 2015.

L'objectif consiste à « universitariser » les PUI de l'AP-HP et définir les conditions d'un rééquilibrage entre les fonctions d'enseignement, de recherche et les activités de pharmacie hospitalière des pharmaciens.

La mission du groupe de travail consiste à dresser pour la première fois à l'AP-HP un état des lieux et à formuler des recommandations sur deux axes :

- **un axe statutaire :**
bilan points forts – points faibles du travail mené depuis 2006 et solutions envisageables pour favoriser l'accès aux postes hospitalo-universitaires, notamment pour les plus jeunes (postes d'AHU).
- **un axe recherche :**
partager les thématiques pour lesquelles la recherche universitaire d'une part et la pratique hospitalière de l'autre, gagneraient à s'enrichir mutuellement.

Six PU-PH sur les huit actuels partiront à la retraite dans les cinq prochaines années. Il est par conséquent nécessaire d'anticiper leur remplacement d'autant que les MCU-PH actuels ne souhaitent pas tous devenir PU-PH.

Il conviendra en outre de remédier au manque d'attractivité des carrières universitaires en pharmacie, multifactorielles, dont la principale cause réside dans le sentiment d'écartèlement et dans le cloisonnement actuellement constaté entre les trois fonctions de soins, d'enseignement, et de recherche.

L'objectif poursuivi consiste à décloisonner les trois fonctions (hospitalières, d'enseignement et de recherche) et à créer des synergies. Pour ce faire, trois axes de recherche ont été identifiés par le groupe de travail.

- **Préparation – contrôle** des médicaments classiques, des médicaments à risque (nutrition parentérale, anticorps monoclonaux, radiopharmaceutiques, etc.) et des médicaments de thérapies innovantes (biothérapies, microbiote, etc.).
- **Médico-économique et vigilances** (intègre la thématique de la stérilisation et des dispositifs médicaux).
- **Pharmacie clinique**, intégrant l'exploitation des données massives et complexes (big data) en vue de produire des algorithmes d'aide à la décision thérapeutique (les pharmaciens auront un rôle majeur à jouer dans ce développement à venir).

Les recommandations du groupe sont les suivantes :

- mieux prendre en compte les activités d'enseignement réalisées en PUI en réduisant la part d'enseignement réalisé en faculté ;
- anticiper rapidement les départs en retraite prévus sur les prochaines années ;
- créer des postes d'AHU pour encourager la recherche sur les 3 axes partagés ;
- améliorer la veille des AAP et permettre le recrutement de personnels non médicaux dédiés à la recherche financés par des appels à projets ;
- Participer à l'élaboration des orientations nationales (ordonnance sur les PUI, réforme des études en cours, etc.) pour consolider l'universitarisation des PUI de CHU.

Le calendrier du plan d'action pourrait s'étaler sur la période 2016-2021.

Le président fait part d'un message du P^f Philippe ARNAUD qui soutient totalement tout ce qui vient d'être présenté en séance.

M. Guy Benoît estime que le groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP présente au moins le mérite de fonder l'avenir. Il espère en outre qu'à moyen terme, la situation pourra être améliorée.

Le P^f Pascale GAUSSEM jugerait opportun de mieux intégrer les pharmaciens dans les équipes de recherche.

Le président demande au doyen SCHERRMANN comment il fera pour créer des postes universitaires en pharmacie avec une enveloppe de postes fermée.

Le P^f Jean-Michel SCHERRMANN explique que tous les postes seront rediscutés de A à Z et que seule la qualité des projets sera prise en considération. Il précise en outre qu'à Paris-Descartes, 40 % seulement des enseignants sont des hospitalo-universitaires, tandis que les 60 % restants sont des mono-appartenants universitaires qui effectuent uniquement de l'enseignement.

VI. Point sur le déploiement et le développement du dossier informatisé de patients ORBIS à l'AP-HP

Le **D^r Laurent TRÉLUYER** indique que les objectifs définis par l'AP-HP en octobre 2014 consistent à :

- déployer un système d'information (SI) Patient performant, pour tous les hôpitaux ;
- réussir la mise en œuvre de l'identifiant patient unique à l'AP-HP ;
- améliorer l'infrastructure informatique et préparer l'avenir.

Un retard important du projet ORBIS a néanmoins généré une remise en cause des fondements de celui-ci. Ce retard est probablement dû à une sous-estimation collective des travaux d'adaptation du progiciel ORBIS aux besoins de l'AP-HP. Des incidents d'exploitation liés à l'architecture logicielle ou à l'infrastructure ont par ailleurs suscité un certain nombre de doutes sur la capacité d'ORBIS à couvrir les objectifs initiaux, consistant à mettre en place un dossier clinique unique, complet et partagé par toute l'AP-HP.

Un certain nombre de points majeurs sont néanmoins acquis à ce stade :

- l'identité patient unique est acquise dans 15 établissements de l'AP-HP ;
- le dossier complet du patient, tenu à jour en temps réel, accessible par tous les acteurs ayant le droit de voir, tous les services, et tous les hôpitaux concernés, est une réalité.

Quelques restrictions sont toutefois à signaler :

- la prescription, module très important pour compléter le dossier médical et le dossier de soins, semble non déployable dans la version initialement mise en place à Ambroise-Paré ;
- peu de « retours » d'ORBIS sur les outils de pilotage et de restitution.

Dans le même temps, la gouvernance est en voie d'amélioration.

Les recommandations sont de plusieurs ordres :

- conserver la cible initiale en matière de déploiement, c'est-à-dire un dossier patient unique supporté par ORBIS dans l'ensemble des hôpitaux des 12 GH de l'AP-HP ;
- éliminer les risques de qualité de service identifiés lors l'audit récemment réalisé ;
- terminer la vague 1, « contractuelle », et préparer le marché futur ;
- élaborer une feuille de route du déploiement d'ORBIS, ainsi que l'évolution du système d'information clinique à horizon 5 ans, conformément aux enjeux stratégiques de l'AP-HP par ailleurs.

Plusieurs choix stratégiques ont déjà été mis en œuvre, lesquels ont consisté à :

- changer le mode de pilotage et s'assurer de l'alignement stratégique sur les SI ;

- changer de stratégie de déploiement pour avancer plus vite et réduire les risques ;
- améliorer la communication.

Dans le cadre du plan d'action à court terme élaboré sur ce dossier, il est prévu de :

- assurer une disponibilité totale et une stabilité sans faille facilitant l'usage opérationnel d'ORBIS ;
- améliorer le temps de réponse ;
- assurer un support 24 heures/24 et 7 jours/7, permettant une continuité de service le week-end et la nuit ;
- mettre en place des campagnes de performances systématiques ;
- généraliser la mise en place d'un mode dégradé opérationnel ;
- finaliser la reprise des compétences d'AGFA sur l'architecture applicative et technique.

AGFA s'est notamment engagé à identifier les développements nécessaires à un déploiement rapide, à élaborer la feuille de route correspondante, mais aussi à maintenir les investissements consentis sur ORBIS et plus généralement dans le domaine du SI clinique, et à faire évoluer l'architecture technique de ce produit pour respecter un certain nombre d'exigences.

L'accélération du déploiement sur les 7 GH est effective. Le dispositif d'identité unique sera ainsi bien mis en place sur 20 sites de l'AP-HP en fin d'année.

La connexion au serveur d'identité sera possible uniquement à partir de 2017 sur HEGP, Vaugirard et Coeurin-Celton.

Au second semestre 2017, l'AP-HP devrait pouvoir bénéficier d'une identité patient unique dans tous ces services.

Le D^F Nathalie DE CASTRO estime que la présentation qui vient d'être faite ne reflète pas exactement le contenu du rapport. Ce document fait en effet état de nombreuses réserves, qui n'ont pas du tout été évoquées dans la présentation, et ne présente selon elle aucun argument positif pour continuer à avancer sur ce dossier. À cet égard, elle se demande s'il ne serait pas préférable de déployer directement la version web plutôt que de continuer à déployer une version hub, qui pourrait se révéler très rapidement obsolète.

Le D^F Laurent TRÉLUYER rappelle que l'AP-HP souhaite déployer ORBIS, sous réserve de l'engagement d'AGFA de poursuivre le processus engagé. Il souligne en outre que la technologie du serveur, qui sera utilisée dans le cadre de ce projet, n'est pas encore en voie d'obsolescence. Enfin, il rappelle qu'il est clairement établi, dans le rapport relatif à ce dossier, que la mise en place d'un dossier médical partagé constituait évidemment un plus.

Tout en concédant que cet outil présente quelques avantages, le **D^F Nathalie DE CASTRO** maintient que celui-ci est loin d'être parfait. À cet égard, elle ne comprend pas le bien-fondé d'une politique consistant à dépenser de l'argent pour développer ORBIS et jugerait plus opportun de favoriser la concertation entre les personnels des différents GH qui auraient développé des logiciels, en interne,

afin de mettre au point un outil collaboratif plus performant, en lieu et place du dispositif *ex-nihilo* dont il est présentement question.

Enfin, elle s'interroge sur les marges de manœuvre dont dispose l'AP-HP dans sa négociation avec AGFA.

Le directeur général juge opportun de replacer les différents éléments dans leur contexte. Il était convenu depuis longtemps de faire un point d'étape sur ce dossier. L'administration a par ailleurs souhaité ne pas attendre la fin du contrat avec AGFA pour voir ce qu'elle pouvait mettre en œuvre et a élaboré des éléments de réponses sur l'évolutivité du dispositif et la prescription. Enfin, les dysfonctionnements constatés dans la mise en œuvre d'ORBIS relèvent, à n'en pas douter, d'une responsabilité partagée par AGFA et l'AP-HP.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne la nécessité de pouvoir réagir dès qu'un problème se présente. Il précise par ailleurs que le remplissage de ce dossier informatisé est très chronophage et que certains médecins passent dorénavant presque plus de temps sur leur ordinateur qu'au chevet des malades.

Le président s'enquiert du dispositif prévu par le prestataire pour réagir en cas de pannes.

Le D^r Laurent TRÉLUYER répond qu'il existe évidemment des solutions dégradées mais qu'il conviendra encore d'améliorer. Il précise en outre que dès qu'une panne est signalée, même en pleine nuit, les équipes d'astreinte sont extrêmement mobilisées et mobilisables.

VII. Premiers éléments de cadrage des états prévisionnels des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2016 et 2017 de l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER indique que le calendrier actuel des EPRD des établissements de santé est en décalage avec un calendrier annuel budgétaire et qui ne permet pas toujours un pilotage adéquat des établissements de santé. Un décret sur la refonte de ce calendrier est en cours de préparation à la DGOS énonçant l'arrêté de l'EPRD 2016 au 31 mai 2016 et de l'EPRD 2017 le 31 décembre 2016. Cette évolution du calendrier ne manquera pas d'avoir un impact sur le dialogue de gestion interne de l'AP-HP, et notamment sur le calendrier du cycle budgétaire entre le siège et les GH. C'est pour cela qu'il est demandé cette année en mars une présentation des prévisions budgétaires 2016-2017.

En 2016 et 2017, dans un contexte de maîtrise des finances publiques, l'AP-HP devra rechercher des marges de manœuvre en matière de maîtrise de ses charges et d'activité afin de garantir en contrepartie le maintien de nos investissements.

Pour tenir l'objectif de progression de 1,75 % de l'ONDAM, des économies de plus de 3,4 milliards d'euros seront nécessaires au plan national. L'évolution spontanée de la dépense, correspondant à une hausse de 3,6 %, devra être contenue par des mesures d'économies dont une partie vise l'hôpital.

Pour l'AP-HP, l'efficacité attendue est estimée à 142 M€ en 2016 et 144 M€ en 2017 et permettra de dégager la capacité d'autofinancement nécessaire aux investissements. Elle est répartie entre les groupes hospitaliers et les services centraux et généraux comme suit : 5,5 M€ pour les services centraux ; 136,5 puis 138,5 M€ pour les GH.

La répartition de l'efficacité entre les GH vise à répondre à trois exigences :

- s'appuyer sur la responsabilité des groupes hospitaliers et les services centraux et généraux en termes de logique de résultat ;
- confirmer l'impératif de solidarité au sein de l'AP-HP entre des structures qui n'ont pas les mêmes profils d'activité, les mêmes types de patients, les mêmes configurations architecturales ;
- rechercher les mutualisations des activités supra-GH (recours à l'HAD, regroupements d'activités, réflexions sur l'évolution du nombre de lits et la répartition des lits).

L'efficacité pourrait se répartir selon les trois compartiments suivants :

- **Retours sur investissements (RI) :** 75 % des RI sont fléchés vers le GH concerné : prise en compte des investissements réalisés et devant générer de l'efficacité (à hauteur de 6 %) ;
- **dégradation spontanée du résultat :** utilisation des tendanciels utilisés pour définir le montant global d'efficacité AP-HP (responsable de l'efficacité à hauteur de 82 %) ;
- **taux de marge brute 2014 :** permet d'approcher la performance économique, en neutralisant les effets exceptionnels : les GH éloignés d'un taux de marge brute de 6% sont appelés à faire évoluer leur taux de manière progressive (générant de l'efficacité à hauteur de 12 %).

Pour satisfaire ces objectifs, les leviers à mobiliser sont connus.

Le P^f Bernard GRANGER déplore que tous les GH seront contraints de faire des économies dans un proche avenir. Il demande des précisions sur les économies attendues du siège et des services généraux. Il s'enquiert du chiffrage des suppressions d'emplois attendues dans le cadre de ce plan d'économies et des éventuelles prévisions d'augmentation de recettes. Il souhaiterait enfin savoir comment la baisse attendue des tarifs a été intégrée à la réflexion.

M^{me} Carine CHEVRIER répond que des gains sont possibles sur les fonctions supports ou logistiques.

M. Guy BENOÎT estime que le corps médical fait ce qu'il peut pour améliorer la situation et atteindre les objectifs qui lui sont assignés mais regrette que le système ne s'améliore pas davantage.

M^{me} Carine CHEVRIER objecte que le résultat de l'AP-HP est malgré tout en progression. L'ONDAM continue en effet à progresser, mais pas aussi vite que les dépenses. La baisse des tarifs a bel et bien été intégrée dans les prévisions. Pour améliorer encore la marge brute, il faudrait demander encore plus d'efficacité. Néanmoins, à ce stade, et grâce à tous ces efforts, l'AP-HP parvient à financer 400 M€ d'investissements.

Le P^f Paul LEGMANN jugerait opportun d'inclure les recettes académiques et universitaires dans les recettes globales (qui sont essentiellement constituées des recettes hospitalières). Il rappelle en outre que les crédits fléchés doivent figurer dans les contrats de pôle et souhaiterait notamment savoir où partent les crédits pour le développement professionnel continu (DPC).

Le président estime qu'un fléchage de l'ensemble des crédits par pôle reviendrait à casser le fonctionnement de l'AP-HP.

Le D^r Anne GERVAIS explique que certains hôpitaux enregistrent une baisse de leur marge brute, d'autres GH peuvent se prévaloir d'une progression. Il y a une corrélation inverse entre la latitude et le taux de marge brut liée à des différences structurelles. Ces différences doivent être prises en compte et permettre une péréquation sud-nord, intra-extra muros, plus équitable, plus solidaire. Il répondre aux besoins sanitaires du bassin de population de chaque GH.

VIII. Plan d'action *Hémovigilance* de l'AP-HP

Le D^r Nadia ROSENCHER indique que les erreurs transfusionnelles augmentent chaque année à l'AP-HP, alors qu'il existe d'ores et déjà

- un réseau d'hémovigilants ;
- un enseignement pour les infirmières ;
- un comité de sécurité transfusionnelle hospitalier dans chaque hôpital.

Il convient par conséquent d'envisager d'autres moyens permettant de réduire ces erreurs. Des groupes travaillant aux trois niveaux de la chaîne transfusionnelle – prélèvement, prescription et transfusion – ont ainsi été mis en place.

L'erreur la plus fréquente porte sur l'identité du patient. Il semble par conséquent important de faire des efforts pour limiter, voire éradiquer ce type d'erreurs.

Il est en outre envisagé de rappeler les seuils transfusionnels pour diminuer les prescriptions, tout en évitant de réaliser deux prélèvements simultanément. Il est également proposé d'uniformiser les prescriptions de produits sanguins labiles et d'éviter les redondances (groupes, recherche d'agglutinines irrégulières [RAI], fichier de l'Établissement français du sang [ÉFS], etc.). Il semblerait par ailleurs bienvenu de faire jouer l'interaction multidisciplinaire pour assurer une concordance sur l'identité des patients.

Le groupe sanguin ne change pas, en effet, tout au long de la vie et seules les RAI peuvent subir des modifications. En tout état de cause, la prescription du groupe sanguin devra être informatisée pour que le service d'aval soit au courant. Chacun devra favoriser, à son niveau, la sécurité transfusionnelle.

Enfin, c'est au service de communication de diffuser les propositions faites par ce groupe de travail en trouvant les supports adaptés

Le D^r Nathalie DE CASTRO juge la feuille de prescription relativement compliquée à remplir. Elle précise en outre que les services hospitaliers sont parfois contraints de faire une deuxième détermination de groupe pour des raisons pratiques car il n'est pas toujours possible de conserver la carte de groupe sanguin.

Le D^r Nadia ROSENCHER répond que si cette feuille est commune à toute l'AP-HP, il sera facile, même en cas de changement d'hôpital, pour les DES de se l'approprier très vite. Elle jugerait opportun que l'ÉFS donne accès à son fichier informatique, afin d'éviter d'avoir à multiplier les déterminations inutiles de groupes sanguins.

Le président soutient les recommandations du D^r ROSENCHER ; mais la diminution des risques demande aussi des hémovigilants dans les GH et au Siège. Le D^r ROSENCHER part bientôt en retraite et il est difficile de trouver des volontaires. Il lui demande de préciser la situation actuelle.

Le D^r Nadia ROSENCHER rappelle qu'il est très difficile de trouver des volontaires pour prendre en charge les enjeux d'hémovigilance car les médecins doivent pouvoir bénéficier de temps alloué à cette activité qui ne peut avoir lieu après une longue journée, donc en prenant du temps sur d'autres types d'activités. Il semble par conséquent important de libérer du temps pour cette démarche, étant entendu que certains GH ne comptent aucun hémovigilant.

Le directeur général fait remarquer que cette présentation pointe les points faibles de l'hémovigilance, au sein de l'institution. À cet égard, il souligne la nécessité de se tourner vers l'ÉFS pour améliorer la situation, tout en se donnant les moyens de recruter des hémovigilants dans chaque GH.

IX. Approbation des comptes rendus des réunions des 7 juillet et 8 septembre 2015

Les comptes rendus des réunions des 7 juillet et 8 septembre 2015 sont approuvés.

La séance est levée à 13 heures.

* *
*
*
*

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

mardi 8 décembre 2015 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 25 novembre 2015 à 16 heures 30