

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 OCTOBRE 2016**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 8 NOVEMBRE 2016**

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	Hôtels hospitaliers	13
III.	Point sur le projet médical des <i>Hôpitaux universitaires Paris Sud</i>	15
IV.	État d'avancement de la mise en œuvre du plan cancer 3 à l'AP-HP	17
V.	Information sur l'état prévisionnel des recettes et dépenses (ÉPRD) modificatif 2016	20
VI.	Utilisation de la <i>check list</i> au bloc opératoire	22
VII.	Avis sur la création d'une filiale internationale de l'AP-HP	23
VIII.	Questions diverses	25
IX.	Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2016	27

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. Hôtels hospitaliers (M. Étienne GRASS, P^r Jean-Claude CAREL)
3. Point sur le projet médical des *Hôpitaux universitaires Paris Sud* (P^r Jacques DURANTEAU, M^{me} Elsa GENESTIER)
4. État d'avancement de la mise en œuvre du plan cancer 3 à l'AP-HP (P^{ts} Stéphane CULINE et Christophe TOURNIGAND)
5. Information sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ÉPRD) modificatif 2016 (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)
6. Utilisation de la *check list* au bloc opératoire (D^r Paul MÉRIA, P^r François RICHARD)
7. Avis sur la création d'une filiale internationale de l'AP-HP (D^r Florence VÉBER)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2016

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur les mobilités de MCU-PH
- Avis sur les changements d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH

Composition A

- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2017
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PU-PH

Assistaient à la séance :

• ***avec voix délibérative :***

- M^{me} le P^r Nelly ACHOUR
- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Joël ANKRI
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le P^r Sadek BELOUCIF
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M. le P^r Francis BONNET
- M^{me} le D^r Marie BORNES
- M^{me} le D^r Clara BOUCHÉ
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Christophe CELLIER
- M^{me} le P^r Françoise BOTTEREL CHARTIER
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS
- M. le P^r François GOFFINET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M^{me} Sophie GUILLAUME
- M. le P^r Olivier HÉLÉNON
- M. le D^r Olivier HENRY
- M^{me} le P^r Dominique ISRAËL-BIET
- M^{me} Anna KARIMOVA
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M^{me} le P^r Dominique LE GULUDEC
- M^{me} le D^r Roberta LORENZON
- M. le P^r Laurent MANDELBROT
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Antoine PELHUCHE
- M^{me} le D^r Valérie PÉRUT
- M. le P^r Michel PEUCHMAUR
- M^{me} le D^r Élisabeth PORSMOGUER
- M^{me} le P^r Claire POYART
- M. le P^r Dominique PRIÉ
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le D^r Rémi-Henri SALOMON
- M. le D^r Thomas SCHOUMAN
- M. le P^r Nicolas THIOUNN
- M. le D^r Denis TIXIER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^r Noël ZAHR

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Bruno RIOU, président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P^r Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- 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^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M. Hadrien SCHEIBERT, adjoint au directeur de cabinet du directeur général
- M^{me} Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{mes} Hélène OPPETIT et Gwenn PICHON-NAUDÉ (DOMU)

- ***représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PILOT

Membres excusés :

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Olivier BENVENISTE, Catherine BERNARD, Yves COHEN, Philippe CORNU, Marysette FOLLIGUET, Philippe GRENIER, Christian GUY-COICHARD, Michel LEJOYEUX, Julien LENGLET, Ariane MALLAT, Véronique MOLINA, Rémy NIZARD, Patrick PELLOUX, Julie PELTIER, Philippe RUSZNIEWSKI, Namik TARIGHT, Éric THERVET, Jean-Marc TRÉLUYER, Michel ZÉRAH
- M^{me} Marion TEULIER, M. Yann FLÉCHER

La séance s'ouvre à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

Le président accueille le D^r Denis TIXIER dans le collège des médecins non titulaires. Il remplace le D^r Blandine DENIS, qui est nommée PH à l'hôpital Saint-Louis.

Le président félicite le D^r Sophie CROZIER qui, par arrêté du 27 septembre, est nommée par la ministre de la Santé membre du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Elle remplace M. Alain CORDIER, ancien directeur général de l'AP-HP, dans le collège des personnalités qualifiées.

Le président félicite également le D^r Alain FAYE, élu président de la commission centrale de l'activité libérale en remplacement de M. Noël RENAUDIN. Il présentera le rapport annuel 2015 de la commission à la CME du 6 décembre.

La ministre en charge de la santé a publié les recommandations faites par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport diligenté suite au suicide du P^r Jean-Louis MÉGNIE. Sur les 28 recommandations, 25 font partie du plan pour la prévention et le traitement des situations à risques ou conflictuelles adopté à l'unanimité par la CME du 10 mai, avec des déclinaisons aux niveaux local et central. Les trois recommandations restantes feront l'objet d'un travail avec la direction générale, la DOMU et la sous-commission *Vie hospitalière* (sCVH). De nombreuses situations pénibles pour les collègues et les services peuvent être résolues par l'implication personnelle de chacun, au niveau local comme central. Le président effectue un point régulier avec la DOMU sur les différents problèmes. Il remercie toutes les personnes qui aident à leur trouver des solutions. Il souhaite que cette implication se poursuive.

Le directoire du 20 septembre a fait le point sur l'hôpital Paul-Doumer. Les difficultés managériales et d'organisation qu'il a rencontrées ces dernières années ont amené le directeur général et le président de la CME à confier en janvier 2016 une mission au P^r Loïc CAPRON, précédent président de la CME. Cette mission a permis de remettre l'hôpital sur de bonnes voies avec l'aide de la secrétaire générale et de la collégiale de gériatrie. Le directoire a décidé de soutenir le nouveau projet de Paul-Doumer et de prolonger la mission du P^r CAPRON.

Le président remercie le directeur général d'avoir suspendu la tarification des consultations externes des diététiciens, psychologues et ostéopathes suite aux alertes lancées par des membres de la CME sur les difficultés qu'elle fait peser dans la prise en charge des patients, en particulier les personnes précaires. Une partie seulement de ces consultations est financée par les crédits alloués au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), et le coût pour l'AP-HP est donc certain.

Les réunions du bureau restreint de la CME avec les GH pour préparer la révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) se sont globalement bien passées. Le rôle du président est de vérifier la cohérence médicale stratégique d'ensemble et de s'assurer de l'équité des redéploiements de postes entre les GH, mais il n'est en aucun cas un directeur financier. L'exercice reste cependant difficile puisque l'enveloppe centrale de 0,4 % de la masse salariale des personnels médicaux seniors ne permet de financer par redéploiement que 19 postes en équivalents temps plein (ÉTP) pour 12 GH et que le nombre de postes est nécessairement limité dans un pays dont la dette publique s'élève à plus de 2 milliards d'euros. Le bureau élargi validera les propositions des réunions du bureau restreint avant leur présentation en CME.

Le nombre de postes d'internes de médecine générale mis au choix en Île-de-France a diminué ce semestre pour les urgences et la gériatrie. Le président a demandé au P^r Jean-Yves ARTIGOU d'en informer la CME en début de séance.

Il souhaite également que la cellule anesthésie soit réunie de nouveau rapidement pour examiner le rapport de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) sur les conditions d'exercice des anesthésistes-réanimateurs à l'AP-HP, de façon à aboutir à des mesures concrètes pour améliorer l'attractivité de l'AP-HP pour les anesthésistes-réanimateurs.

M^{me} Christine WELTY précise qu'elle attend le rapport de la DIA, qui doit être remis en octobre, préalable aux discussions.

Informations du directeur général

Le directeur général indique que le maître d'œuvre et architecte du nouvel hôpital Lariboisière a été choisi parmi 4 candidats par un jury composé de personnalités extérieures, qui ont toutes souligné la remarquable qualité du travail réalisé qui devrait aboutir à un nouveau bâtiment très fonctionnel.

Le projet de l'hôpital Nord sera quant à lui examiné en comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) le 13 décembre.

Un plan sur la sécurité à l'hôpital a été annoncé par la ministre, il s'articulera avec le travail déjà débuté à l'AP-HP. Ce plan résulte à la fois des attentats et de problèmes de sécurité qui sont régulièrement décelés. Des financements spécifiques sont prévus et dont l'AP-HP demandera à bénéficier.

Actuellement, certains tarifs de consultations ne sont pas pris en charge par les MIGAC ou autres financements spécifiques. L'AP-HP demande donc que des nomenclatures soient réalisées pour ces consultations. La question n'est pas de savoir si l'AP-HP doit creuser son déficit, mais de savoir pourquoi ces consultations ne sont pas reconnues par les pouvoirs publics. Il est en effet anormal que l'AP-HP réalise des prestations pour lesquelles aucun financement n'existe.

L'AP-HP a décidé la reprise de l'activité du lactarium d'Île-de-France de Necker à compter du 3 octobre 2016, suite aux contaminations néo-natales au *Bacillus cereus*. À ce jour, aucune analyse microbiologique n'a permis d'établir la responsabilité du lait issu du lactarium. Un plan d'actions validé par les autorités sanitaires fera l'objet d'un dispositif de suivi renforcé.

Une mission d'appui des équipes médicales de l'hôpital Paul-Doumer a été confiée au P^r Loïc CAPRON. Les activités, notamment sanitaires, de cet hôpital doivent désormais s'inscrire dans son territoire, c'est-à-dire être mises en cohérence avec les besoins des hôpitaux de l'Oise. Ce projet sera complété par un projet médico-social de réponse aux besoins notamment des autistes adultes.

La chambre régionale des comptes a rédigé, d'une part, son rapport périodique sur les comptes et la gestion de l'AP-HP pour la période 2010-2015 ; d'autre part, un rapport thématique sur les systèmes d'information. La procédure consiste à émettre un rapport provisoire, qui fait l'objet d'une analyse contradictoire, avant qu'un rapport définitif soit émis, puis rendu public après passage en conseil de surveillance. À la suite de la publication dans la presse écrite de certains extraits orientés du rapport, l'AP-HP a répondu et donné des explications, y compris aux membres du conseil de surveillance qui devaient en prendre connaissance le lendemain.

Ce rapport contient une synthèse qui pointe certains éléments, pouvant être considérés comme choquants. L'AP-HP a répondu en montrant que ces éléments appartenaient à une époque révolue, ce que la chambre régionale des comptes a accepté. Certains de ces éléments sont parfaitement connus de la CME. Lors de la bascule du système informatique de facturation en 2011, des factures n'ont pas pu être réattribuées aux débiteurs de l'AP-HP, et ont dû, il y a deux ans, être considérées comme des créances irrécouvrables, alors qu'elles étaient provisionnées. Bien que considérable, leur montant de 80 M€ est malheureusement à relativiser, eu égard aux dizaines de millions de recettes qui n'ont pas été recouvrées chaque année entre 2001 et 2010. 8 M€ par an ont cependant été régularisés il y a cinq ans.

Par ailleurs, le taux de recouvrement a progressé de 5 % en un an, passant de 81 à 86 %, notamment sous l'effet du paiement en ligne mis en place depuis un an seulement et qui représente déjà 30 % des paiements à l'AP-HP.

La chambre régionale des comptes critique également les relations de la Ville de Paris avec l'AP-HP, considérant que la Ville de Paris joue un rôle dans la gouvernance de l'établissement tout en maîtrisant le plan local d'urbanisme et en achetant des biens fonciers de l'AP-HP. Ce problème, qui avait déjà été pointé par d'autres rapports, a été résolu par la convention passée l'année précédente avec la Ville de Paris, qui permet de mener plus rapidement des transactions complexes qui préservent les intérêts de l'AP-HP, notamment à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Cette convention institutionnelle a été présentée en toute transparence à la CME et son application reste parfaitement contrôlable.

La chambre régionale des comptes a par ailleurs présenté à l'AP-HP des « obligations de faire », relatives notamment à des questions de ressources humaines, sur deux points.

Elle a d'abord considéré anormal que la pause repas soit traitée comme une pause payée pour l'ensemble des personnels. Lors de la réforme du temps de travail, la direction avait en effet estimé trop complexe de faire la part entre les personnels appelés ou non. De plus, certaines réformes ont été mises en place alors que le dernier rapport de la chambre régionale des comptes avait oublié de les demander. La direction a donc écrit qu'elle jugeait la réorganisation établie nécessaire et qu'elle ne chercherait pas à revenir sur les accords obtenus.

Le deuxième point concerne les points de nouvelle bonification indiciaire liés à certaines fonctions énumérées par les textes règlementaires. Ces textes prévoient notamment que les agents qui travaillent en soins de longue durée (SLD) ont droit à cette bonification. À l'AP-HP, certains agents travaillent partiellement en SLD, mais aussi d'autres qui travaillent plus exactement en soins de suite et de réadaptation (SSR), touchent ainsi une bonification. Suite au rapport de la chambre régionale des comptes, le comptable a indiqué qu'il refuserait dorénavant de verser ces points d'indice aux personnes qui ne peuvent pas justifier d'une contribution au SLD. La direction a obtenu de la chambre régionale des comptes la possibilité de régulariser cette situation jusqu'à la fin de l'année.

Certaines remarques portaient sur la gouvernance de l'AP-HP et notamment sur la situation de la précédente directrice générale. Une première remarque concernait le montant de sa rémunération : l'AP-HP a pu répondre qu'il avait été fixé par les ministres. D'autre part, la chambre régionale des comptes a souligné que la précédente directrice avait bénéficié de mandats d'administrateur rémunéré en plus de ses fonctions de directeur général. Comme le directeur général l'a plusieurs fois expliqué en CME dans le cadre des débats sur les conflits d'intérêts et les cumuls d'activité, certaines activités privées sont incompatibles avec le fait de

travailler à l'AP-HP, et d'autres ne sont compatibles que si elles sont autorisées. Les activités dont il est ici question étaient incompatibles et n'auraient pas pu être autorisées. Conformément au guide du cumul, il a demandé à l'ancienne directrice générale de reverser à l'AP-HP les sommes qu'elle avait perçues, sans y être autorisée, en application de la loi et du rapport de la chambre régionale des comptes.

La chambre régionale des comptes mentionne également l'importance de sommes versées pour recourir à des consultants en stratégie. Le directeur général lui-même avait estimé ces sommes importantes lors de son arrivée, et avait donc cessé ces consultations. Le recours à des consultants concerne aujourd'hui seulement des projets médicaux ou des projets hospitaliers (alors financés par les budgets hospitaliers). Les consultants présents au siège sont financés par l'agence régionale de santé (ARS). Tout ceci peut être vérifié à chaque budget. La politique à ce propos a donc changé.

D'une manière plus générale, la chambre régionale des comptes considère toutefois que l'AP-HP est bien gérée. Le premier exercice de certification des comptes pourra toutefois s'avérer délicat : certaines provisions pourront sembler insuffisantes, etc. Tous les établissements qui passent à un système certifié rencontrent ces difficultés d'adaptation.

Le directeur général juge que tous les personnels de l'AP-HP, quels qu'ils soient, veillent à utiliser au mieux les fonds publics pour les besoins des patients. La manière dont les projets sont soutenus ou non par la direction est toujours dictée par cette préoccupation. Lire que l'AP-HP connaîtrait des problèmes de gestion ne peut donc que mettre mal à l'aise. Certes, les problèmes les plus choquants appartiennent à une époque révolue, mais la plus grande vigilance et la plus grande transparence restent requises. C'est pourquoi le directoire passe autant de temps à vérifier les éléments financiers. Le contrôle des financements dont l'AP-HP a la responsabilité est fondamental et l'exercice du service public conserve pour le directeur général une valeur particulière. Il veillera donc à ce que la réputation de l'AP-HP reste uniquement liée à l'excellence et au caractère irréprochable de sa médecine.

D'autres critiques dans ce rapport visent le projet de l'Hôtel-Dieu, mais **le directeur général** rappelle qu'ils se fondent sur une analyse déjà datée de ce projet qui a évolué favorablement depuis.

Le rapport de la chambre régionale des comptes sur les systèmes d'information de l'AP-HP recoupe les critiques qui ont été présentées lorsque la décision a été prise de réviser ORBIS. Un certain nombre d'audits ont été réalisés. La chambre régionale des comptes a salué le schéma directeur des systèmes d'information (SI) qui a été validé par la CME il y a quelques mois. Les stratégies de déploiement de l'AP-HP en matière de SI sont donc opposables et défendables. Des points réguliers seront faits sur l'évolution des programmes informatiques de l'AP-HP et sur le déploiement de son schéma directeur : ils seront l'occasion de vérifier que les enseignements du rapport de la chambre régionale des comptes ont été tirés.

La secrétaire générale indique que le contexte réglementaire imposera bientôt une facturation au fil de l'eau pour les actes et consultations externes. Au plan informatique, ORBIS permettra de tracer les séjours de suivre comme aujourd'hui les recettes et les dépenses. Le projet GAM (gestion administrative des malades), qui vient d'être examiné en sous-commission *Activité-ressources* (sCAR), permettra de réaliser la facturation, le « pont » permettant de passer d'ORBIS à SAP. Son déploiement doit permettre d'établir plus tôt les factures des patients en clarifiant leurs parcours de soins. Le recouvrement sera ainsi sécurisé. Un accompagnement est en cours de formalisation.

Le groupement hospitalier de l'Est parisien sera site pilote à compter de juin 2017. Une préadmission systématique sera mise en place avant chaque hospitalisation et consultation, pour recueillir et mettre à jour toutes les informations utiles à l'identification des patients. L'aide de tous les soignants sera nécessaire pour mettre en place ces nouvelles organisations.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne l'effet désastreux auprès des personnels de l'annonce des 80 M€ de factures qui ont disparu dans le contexte économique et social.

Les relations avec la mairie doivent être saines, mais l'AP-HP a besoin d'argent et dispose de terrains à vendre. Or, les propositions initiales de la mairie pour l'achat du terrain de Saint-Vincent-de-Paul étaient ridicules, et la vente finale s'est faite à un prix plus de trois fois inférieur au marché. La maire de Paris est pourtant membre du conseil de surveillance.

ORBIS pose encore des problèmes. Les patients attendent maintenant une heure et quart avant de passer en consultation.

Le directeur général convient qu'il serait préférable d'atteindre un recouvrement à 100 %. Résoudre les problèmes de recouvrement, c'est accroître les recettes, et ne plus avoir à recourir à l'emploi comme une variable d'ajustement. C'est pourquoi des progrès sont réalisés. Le directeur général a tenu le même discours à propos des clients non-résidents, qui étaient parfois de grands créanciers. Il se réjouit d'avoir récupéré les créances d'Algérie et d'Arabie Saoudite. Ces recettes pourront servir à l'établissement et au bien commun.

Pour que le comptable puisse aller chercher des recouvrements datant de plus de trois ans, il doit disposer encore des factures, ce qui n'était plus possible après la bascule du système informatique en 2011. Le directeur général ignore si la faute en revient au comptable ou au système d'information.

La maire de Paris a été élue présidente par les membres du conseil de surveillance, mais elle n'est pas membre du directoire et n'intervient donc pas dans la gestion de l'établissement public. La vente de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul s'est faite à hauteur de 92 M€, auxquels s'ajoute une clause d'intéressement qui porte ce prix à plus de 100 M€. Le montant initial proposé de 68 M€ était en effet inacceptable. Les cessions sont nécessaires actuellement aux intérêts de l'AP-HP, notamment en matière d'équipements.

La secrétaire générale précise que les informations rapportées par la presse sur ORBIS sont erronées et renvoie au communiqué de presse diffusé par l'AP-HP. Les 27 établissements (et non trois établissements) utilisent aujourd'hui des fonctionnalités ORBIS.

En réponse aux éléments évoqués par le P^r CHAUSSADE sur les consultations, elle souligne qu'il faut distinguer le logiciel lui-même et l'organisation mise en place pour l'utiliser. Le logiciel n'est pas responsable des dysfonctionnements d'organisation. Cela dit, l'amélioration de ses performances reste la première priorité.

Le P^r Bernard GRANGER précise que la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie inclut bien le personnel paramédical et en particulier les psychologues, qui sont donc pris en charge. Dans tous les centres médico-psychologiques (CMP), notamment, les consultations de psychologie sont gratuites. Pourtant, des consultations de psychologie ont été facturées dans son service à des patients venant de l'extérieur, alors qu'elles sont habituellement gratuites. Faire figurer les actes de psychologie à la nomenclature représenterait pour l'Assurance maladie une somme très élevée, ce qui explique ses hésitations. Elle doit mener toutefois des expérimentations en ce sens.

Le D^r Nathalie DE CASTRO craint que ce remboursement des consultations de psychologie puisse amener les psychologues de ville à reprocher à l'AP-HP de leur faire de la concurrence déloyale.

Le directeur général précise que l'arrêté qui avait été pris n'imposait le financement des consultations externes dans les services de psychiatrie que pour les consultations qui n'étaient pas prises en charge. Pour ces cas seulement, il imposait un tarif de 25 €. Cet arrêté posait toutefois problème, et c'est pourquoi il a été suspendu. Par ailleurs, la concurrence se situe aujourd'hui entre 50 et 100 €, plutôt qu'entre 25 et 50 €.

Le D^r Nathalie DE Castro estime que la question qui se pose est de savoir si l'AP-HP souhaite une prise en charge globale des patients, notamment lorsqu'ils sont suivis pour des maladies chroniques. Elle demande à combien est évalué le déficit que représenterait cette prise en charge pour l'AP-HP.

Le directeur général reconnaît que la mesure a été supposée à tort purement technique, et ne présentait pas de difficultés, parce que la plupart des hôpitaux l'appliquent. Ne pas aller chercher les recettes qu'obtiennent les autres hôpitaux rend plus difficile de demander des MIGAC. Le D^r Anne GERVAIS, a cependant remonté au directoire l'ensemble des problèmes posés par cette mesure, qui a été suspendue en conséquence.

Le souci de l'AP-HP reste d'améliorer la prise en charge des patients. En l'occurrence, le coût de cette prise en charge est de quelques centaines de milliers d'euros, et il a été décidé de ne pas la refuser sous prétexte que l'AP-HP facturerait ses consultations moins cher que d'autres établissements.

Commission de répartition des internes de médecine générale

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU apporte les informations suivantes :

Le 15 septembre, à l'ARS, s'est tenue une réunion préparatoire à la commission de répartition de médecine générale (MG) prévue une semaine plus tard, dont les conclusions ont été de conserver les bases habituelles avec des prévisions d'ouverture à 178 postes comportant notamment la réouverture des postes fermés en été selon les schémas traditionnels.

Le 22 septembre, au cours de la commission de répartition à l'ARS, nous apprenons, notamment avec la DOMU, qu'au lieu de 178 postes, ce ne sont plus que 46 postes qu'il faut ouvrir ou rouvrir, car :

- 80 postes n'ont pas été choisis en affectation. En effet, sur 629 postes proposés aux diplômés d'études spécialisés (DES) de médecine générale d'Île-de-France, seuls 549 ont été choisis, ce qui doit au passage susciter une réflexion autonome ;
- à cela s'ajoute l'effet négatif de l'augmentation du nombre de stages chez le praticien évalué à 408 au cours de la réunion préparatoire : ils sont en fait annoncés à 461 le jour de la commission, soit 53 postes de moins mis au choix hospitalier par les coordonnateurs de médecine générale.

Le jour même de la commission, le coordonnateur de MG, le P^r Philippe JAURY, adresse à tous les chefs de service, et non pas aux seuls chefs de service concernés par les non réouvertures, un mail indiquant : "nous n'avons pas pu rouvrir un grand nombre de postes cet été. Nous sommes désolés pour vos services. Nous vous rappelons qu'aucun poste n'est pérenne et qu'au prochain choix nous devons à nouveau fermer des postes hospitaliers". Ce mail a suscité fort logiquement de nombreuses réactions.

À cela s'ajoute la fin des bascules : lorsqu'un poste proposé aux DES de spécialité n'était pas choisi, il pouvait être basculé sur le choix de la médecine générale. Cette procédure est désormais interdite par les coordonnateurs.

En pratique, pour l'AP-HP, quelques ouvertures notamment dans les services nouvellement agréés (10), mais 36 postes ne sont pas rouverts, avec pour les services d'urgences : deux réouvertures et 10 postes non rouverts ; pour la gériatrie : deux réouvertures pour 13 postes non rouverts.

Le choix des internes de médecine générale vient de s'achever sur ces bases.

Il existe enfin des divergences d'appréciation entre les coordonnateurs de médecine générale et ceux de médecine d'urgence et de gériatrie. Ainsi, sur les 356 postes de médecine générale ouverts au sein des services d'urgence, les coordonnateurs de médecine générale estiment que le besoin de formation est d'environ 300. Ces divergences apparaissent au moment critique où les DES de médecine d'urgence et de gériatrie s'autonomisent.

Il est prévu de débattre avec les coordonnateurs de médecine générale et de médecine d'urgence au sein du comité CME des internes de décembre en présence de ses membres : le doyen, les représentants des internes, la DOMU notamment, et d'envisager une méthodologie de répartition déjà étudiée notamment par le P^r Dominique PATERON, qui participera à cette réunion pour mieux prendre en compte l'activité des services, qui est une composante de la valeur formatrice du stage.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la question de la fermeture de ces postes revient régulièrement depuis 10 ans. D'habitude, ils rouvrent l'hiver : ce n'est pas le cas cette année. Il faudrait au moins négocier avec la médecine générale que les services concernés ne soient pas toujours les mêmes. Cinq des 13 postes de gériatrie qui ne rouvrent pas concernent en l'occurrence le pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS).

Le P^r Bruno RIOU juge anormal de laisser les coordonnateurs de médecine générale décider de manière unilatérale et sans concertation de l'ouverture de l'ensemble des postes.

L'ARS d'Île-de-France, lors d'une réunion de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) régional, prévoit une offre de formation extrêmement réduite en 2017 pour un certain nombre de DES, particulièrement la médecine d'urgence (60 diplômes d'études spécialisées complémentaires [DESC] contre 108 aujourd'hui, soit une réduction de plus de 40% de l'offre de formation) et la gériatrie (30 à 35 postes en ONDPS, contre 70 à 80 demandés par le coordonnateur). Ces postes seraient donc basculés *de facto* de la médecine d'urgence et la gériatrie sur la médecine générale et risquent de ne pas être pourvus, du fait du manque d'attractivité de la médecine générale en Île-de-France. Des défauts de recrutement majeurs sont par conséquent attendus à court terme dans les services d'urgence et de gériatrie de l'AP-HP et hors de l'AP-HP.

M. Stefan NERAAL confirme que, traditionnellement, la commission régionale de répartition des postes se contente d'enregistrer les décisions que les deux coordonnateurs de médecine générale prennent seuls, sans pouvoir consulter chacun des 470 services agréés. C'est seulement grâce aux retours des services qu'ils peuvent décider de ne pas reconduire, par facilité, les mêmes décisions chaque année. Toutefois, suite à un conflit ancien avec les coordonnateurs de la médecine d'urgence, le coordonnateur de médecine générale n'a pas préservé les postes aux urgences malgré les demandes répétées des internes.

Le P^r Jean-Luc DUMAS rappelle que le nombre d'internes de médecine générale en Île-de-France a presque doublé en dix ans. Les départements de médecine générale ont dû réaliser des efforts, notamment pédagogiques, considérables pour accueillir et encadrer ce nombre extrêmement croissant d'internes. Les ouvertures et fermetures de poste se font avant tout au regard des projets pédagogiques, et l'ARS a accepté ce principe. Les doyens ont accompagné les départements de médecine générale à cet égard. Un examen au cas par cas montrerait que, souvent, les postes ne rouvrent pas parce que des internes avaient été ajoutés six mois ou un an auparavant dans les services concernés.

II. Hôtels hospitaliers (M. Étienne GRASS, P^r Jean-Claude CAREL)

M. Étienne GRASS rappelle que le recours aux hôtels hospitaliers est encadré par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Le décret d'application est toutefois en attente de publication. Il permettra de lancer une expérimentation qui durera trois ans. Six groupes hospitaliers ont commencé à y travailler avec nous : les hôpitaux universitaires *Paris Île-de-France Ouest* (HUPIFO), Robert-Debré, Necker, Pitié-Salpêtrière, *de l'Est parisien* (HUEP) et *Paris Nord-Val-de-Seine* (HUPNVS). La loi parle de « prestations d'hébergement temporaire non médicalisé ». Elles peuvent être proposées lorsque les séjours répondent aux critères suivants, qui ont été validés par la Haute Autorité de santé (HAS) en novembre 2016 : l'absence de soins, l'autonomie du patient et la nécessité pour lui de rester à proximité de l'hôpital.

Les études menées en 2015 à la Pitié-Salpêtrière, à Bichat et à Beaujon ont montré que plus d'un quart des séjours en chambre répondent à ces critères et sont potentiellement éligibles à une nuitée en hôtel hospitalier. Ces séjours éligibles concernent principalement des séjours en médecine (60 %) ou des séjours préopératoires.

Le modèle économique est beaucoup plus évident pour les séjours préopératoires. Le plus économique est de réserver l'hôtel pour les patients en contrepartie de tarifs avantageux, même si l'on court alors un risque, qui peut être partagé avec l'hôtelier, de ne pas remplir l'hôtel. Utiliser les ressources foncières de l'AP-HP permet de réduire de 25 % les tarifs proposés par les hôteliers.

Le décret imposera de ne pas faire supporter aux patients un coût supérieur à celui d'un séjour hospitalier. La différence sera à la charge de l'hôpital.

Le P^r Jean-Claude CAREL explique qu'à l'hôpital Robert-Debré, les objectifs du projet sont d'améliorer le confort des patients, de limiter les séjours en hospitalisation conventionnelle et d'optimiser les durées de séjour.

La modélisation financière réalisée sur les services de chirurgie et deux services de médecine montre que, sur le plan financier, le projet est parfaitement viable en chirurgie. En médecine, le résultat financier serait, soit neutre, soit défavorable.

L'hôtel utilisé est situé à 7 ou 8 minutes à pied de l'hôpital Robert-Debré. L'hôpital paye la nuitée, et les patients payent les repas. La mutuelle rembourse le forfait « chambre individuelle ». Trois à 5 séjours seulement sont concernés par semaine actuellement : le projet est encore en développement. Un recueil de consentement et une information sont effectués en amont du séjour du patient, ce qui représente un impact important pour la logistique de programmation de séjour.

M. Étienne GRASS précise que le décret est en cours de parution et que les candidatures seront déposées en fin d'année.

Le président souligne que ce projet représente une alternative à l'hospitalisation parmi d'autres, dont la chirurgie ambulatoire. Lorsqu'il était interne aux États-Unis en 1979, les hôtels hospitaliers existaient déjà. Avec 40 ans de retard, la France commence donc à envisager cette possibilité.

Le D^r Anne GERVAIS souligne que toutes les mutuelles ne couvrent pas 45 € pour le forfait « chambre individuelle », et imposent un nombre de nuitées maximal par an. Elle craint donc que ce projet entraîne des créances irrécouvrables, d'autant qu'il semble difficile d'envisager de proposer des chambres partagées à l'hôtel aux patients.

Le P^r Jean-Claude CAREL précise que l'hôtel hospitalier sera proposé, et non imposé aux patients. Par ailleurs, c'est l'hôpital qui paye l'hôtel. Le patient doit donc payer l'hôpital selon les modalités habituelles, soit le forfait journalier à 18 €.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande comment le modèle pourrait ne pas être financièrement négatif si l'hôpital paye l'hôtel sans être remboursé.

Le P^r Jean-Claude CAREL explique qu'une chambre d'hôpital est chaque fois libérée et que le prix de revient d'une nuit hospitalière est plus élevé que la nuitée hôtelière qui est de l'ordre de 65 €.

Le D^r Sophie CROZIER ne voit pas l'intérêt du projet pour les patients et souligne que cette modalité n'est pas applicable à tous les patients et tous les services.

Le P^r Jean-Claude CAREL répond que l'environnement est plus agréable à l'hôtel. Les estimations faites à un moment donné montrent que 20 à 30 % des patients pourraient relever des hôtels hospitaliers (variable selon les hôpitaux et les structures) et que donc 70 à 80 % des patients ne sont pas éligibles.

Le P^r René ADAM demande si des structures hybrides ont été prévues pour hospitaliser à la fois des malades et leurs familles, mais aussi héberger des élèves infirmiers, des médecins étrangers, etc.

M. Étienne GRASS explique que le futur hôtel de l'hôpital Nord a été conçu de cette manière.

Le P^r Jean-Claude CAREL ajoute que des tarifs préférentiels y sont prévus pour les familles.

Le président estime que les questions posées montrent qu'un supplément d'information est nécessaire. Aux États-Unis, les patients étaient ravis de ne pas dormir à l'hôpital tout en restant à proximité d'une structure hospitalière. Pendant ce temps, le coût évité pour l'hôpital permet de soigner d'autres patients et de se doter d'IRM, etc. Il faut bien entendu veiller à ce que le patient ne soit pas en danger, mais il faut aussi tenir compte du coût de la journée d'hospitalisation induite.

Le D^r Nathalie DE CASTRO demande si ce projet vise à remplacer les hôpitaux de semaine et comment est géré l'accueil des patients à l'hôpital le matin, en l'absence de chambre disponible.

M. Étienne GRASS confirme que les taux d'éligibilité sont de 90 % dans les hôpitaux de semaine, et qu'il est crucial de repenser alors l'arrivée du patient à l'hôpital.

Le P^r Jean-Claude CAREL et **le président** soulignent également l'importance d'organiser les hôpitaux de manière à prévoir cet accueil, c'est un enjeu majeur de réussite de ce projet.

Le D^r Clara BOUCHÉ demande confirmation que ce projet ne concernera pas les patients habitant déjà à proximité de l'hôpital.

Le P^r Jean-Claude CAREL le confirme.

III. Point sur le projet médical des *Hôpitaux universitaires Paris Sud (HUPS)* (P^r Jacques DURANTEAU, M^{me} Elsa GENESTIER)

Le P^r Jacques DURANTEAU explique que cette présentation se concentrera sur les projets restructurants du GH au sein de son territoire et sur les problèmes rencontrés.

M^{me} Elsa GENESTIER rappelle que les HUPS comportent trois sites qui pratiquent la médecine et la chirurgie. Deux de ces sites pratiquent également l'obstétrique. Ils sont situés sur deux territoires de santé différents (le Val-de-Marne Ouest et les Hauts-de-Seine Sud).

1. Les axes principaux du projet médical

a. Développer l'ambulatoire

Des plateformes ambulatoires ont été créées pour la médecine, avec le regroupement des hôpitaux de jour du pôle *Neurosciences* à Bicêtre à l'été 2015, et la création prévue en 2017 d'une plateforme ambulatoire à Antoine-Béclère regroupant toutes les spécialités médicales.

La chirurgie ambulatoire est développée conformément au plan de l'AP-HP, mais sans arriver à la cible retenue, car la réorganisation du plateau médico-technique pose des problèmes. Le recours à l'hospitalisation à domicile (HàD) se développe et des capacités d'hébergement ont été négociées avec les hôtels environnants.

b. Renforcer les coopérations territoriales et le lien avec la médecine de premier recours

Le P^r Jacques DURANTEAU indique que des accords de partenariat ont été signés avec les principaux partenaires publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) des HUPS : Gustave-Roussy, centre hospitalier sud-francilien (CHSF), centre chirurgical Marie-Lannelongue (CCML). Un projet de partenariat est en cours d'élaboration avec Percy.

Les liens avec la médecine de premier recours sont développés dans le cadre du projet Terris@nté, avec la signature du contrat local de santé avec la municipalité de Villejuif et le projet de création d'une maison de santé universitaire à Bicêtre.

Les filières gériatriques sont renforcées, principalement dans le Val-de-Marne, avec l'amélioration de la fluidité entre unité de gériatrie aiguë (UGA) et soins de suite et de rééducation (SSR), le renfort de l'équipe mobile sur Bicêtre, et le développement de l'ortho-gériatrie. Des difficultés persistent dans les Hauts-de-Seine.

c. Renforcer les activités spécialisées du GH

Ces activités sont les suivantes :

- la transplantation : l'activité de transplantation du pancréas a été lancée à Paul-Brousse depuis mai 2016, avec 15 transplantations par an ;
- la prise en charge des polytraumatisés, avec le développement de la prise en charge des patients cérébro-lésés ;
- la périnatalité, avec une augmentation d'activité importante pour la maternité de Béclère, tant sur la proximité que sur le recours, et le développement du diagnostic pré-implantatoire (DPI) et de la préservation de la fertilité ;
- la neuroradiologie interventionnelle (NRI) adulte/enfant, qui augmente avec le transfert de l'équipe de Beaujon ;

- le service de réadaptation post-réanimation (SRPR), avec la création d'une unité post-réanimation depuis fin 2015.

2. Les axes principaux du projet recherche

a. Renforcer les structures transversales de support de la recherche

Une plateforme maladies rares et un centre de ressources biologiques ont été créés en 2015.

b. Conforter la vocation hospitalo-universitaire du groupe dans le cadre du Grand Paris et de la Vallée scientifique de la Bièvre

Un contrat d'intérêt national a été signé le 4 juillet 2016. Deux autres projets sont portés par le GH : *Cellspace* et l'Institut de santé publique.

3. Résultats à mi-parcours

M^{me} Elsa GENESTIER indique que le projet médical est bien avancé, avec une dynamique d'activité importante, portée par les trois sites. Les séjours sont en augmentation de 8,8 % depuis 2 ans et les séjours en hospitalisation à temps partiel augmentent de 11,7 %.

4. Les difficultés rencontrées

La poursuite du projet médical nécessite de résoudre des difficultés structurelles, liées à la vétusté de certains locaux, qui entrave le développement des projets. Trois sujets sont actuellement prégnants pour le GH.

• Les blocs opératoires

Des non-conformités ont été identifiées lors de la visite de certification, principalement sur le bloc central de Bicêtre. La reconstruction de ce bloc est un élément essentiel de fidélisation des équipes chirurgicales et de développement de l'activité d'un site qui dispose d'un fort potentiel.

• La maternité de Bécclère

3600 accouchements auront été réalisés en 2016 dans une maternité conçue pour une moindre activité et non adaptée en termes de confort hôtelier. Une extension est donc indispensable pour permettre le développement de cette activité dans des conditions, y compris de sécurité, adaptées.

• Les SSR et SLD de Paul-Brousse

Paul-Brousse prévoit de reconstruire ses structures de SLD et de SSR, pour créer des locaux conformes et adaptés, obtenir la reconnaissance d'une activité d'unité cognitivo-comportementale (UCC) – unité d'hébergement renforcé (UHR) et regrouper toutes les capacités de SSR du GH afin de développer l'ambulatoire.

Le P^f Jacques DURANTEAU souligne que l'augmentation de l'activité pose des problèmes de recrutement médical et paramédical, notamment en infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE), en anesthésistes, en infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE), en urgentistes et en radiologues.

5. Les évolutions à prévoir

M^{me} Elsa GENESTIER rappelle que les HUPS sont référent pour 3 groupements hospitaliers de territoire (GHT), ce qui implique des enjeux de coopération territoriale majeurs, particulièrement dans le cadre des projets de recomposition de l'offre de soins publique et ÉSPIC dans le sud de Paris.

Le président remercie le P^r Jacques DURANTEAU et M^{me} Elsa GENESTIER pour leur présentation. Elle résume les enjeux importants qu'il a pu partager avec la communauté médicale locale lors de sa récente visite des trois sites.

Le président soutient les trois principaux projets d'investissement du GH : blocs opératoires de Bicêtre, maternité d'Antoine-Béclère (qui comprend également la pédiatrie), soins de longue durée et soins de suite et de rééducation de Paul-Brousse. Disposer de locaux rénovés et de plateaux techniques performants est essentiel pour attirer et fidéliser les jeunes chirurgiens et les gériatres.

Le directeur général se dit sensible à ces arguments et compte sur le soutien du président pour les redéploiements qu'il faudra opérer afin de financer ces investissements dans le cadre de l'enveloppe du plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Le président souhaite savoir comment le projet des HUPS s'articule avec Marie-Lannelongue et l'institut Gustave-Roussy (IGR).

Le P^r Jacques DURANTEAU indique qu'il s'agit de partenaires historiques, qui sont situés au sein de l'université des HUPS. Il vaut mieux établir des conventions avec ces établissements. Un nombre considérable d'actes chirurgicaux des HUPS sont pratiqués sur des patients qui viennent de l'IGR. Il en va de même avec Marie-Lannelongue. Cette collaboration est notamment indispensable pour la chirurgie thoracique et vasculaire des HUPS. La collaboration avec les GHT est toute aussi cruciale.

En tant que doyen de l'université Paris 13, **le P^r Jean-Luc DUMAS** estime que ces enjeux de collaboration territoriale sont partagés par tous les hôpitaux. La préservation de la fertilité était un projet mené également par l'hôpital Jean-Verdier, même s'il perdra sa dimension universitaire avec le transfert du collègue qui viendra renforcer l'équipe de Béclère.

IV. État d'avancement de la mise en œuvre du plan cancer 3 à l'AP-HP (P^r Stéphane CULINE, M. Christophe TOURNIGAND)

Le P^r Stéphane CULINE indique que l'activité liée au cancer est importante à l'AP-HP et progresse en 2015.

Sur la base des recommandations émises par la commission présidée par le P^r Serge UZAN, les objectifs prioritaires suivants ont été fixés pour ce plan cancer.

1. Renforcer la recherche clinique

Les travaux suivants ont été menés :

- diminution des délais d'instruction des projets ;
- amélioration de l'aide à l'investigation clinique ;
- nouvelle répartition des techniciennes d'études cliniques (TÉC) cancer dans les unités de recherche clinique (URC);

- renforcement des moyens grâce à un fonds d’amorçage en 2015-2016.

Il reste toutefois à accélérer la mise en place des essais cliniques dans les services, à développer le partenariat avec les groupes coopérateurs et à créer des plateformes supra-GH pour les essais cliniques.

2. Radiothérapie et imagerie

Le parc a été modernisé, mais il reste à améliorer l’organisation en radiothérapie, à mettre en place un dispositif de pré-annonce du diagnostic en imagerie et à organiser les plateformes pour actes de niveau 3 en imagerie interventionnelle.

3. Biologie moléculaire

Un travail important a été réalisé pour développer la base de données *Oncomolpath* et l’implantation du séquençage à haut débit (*next generation sequencing* [NGS]) dans les différents territoires, ainsi que pour mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) moléculaires. La convention de partenariat signée avec *IntegraGen* permettra également de développer la recherche en médecine personnalisée.

4. Parcours de soins

Un suivi des délais de primo-consultation en oncologie médicale et en radiothérapie a d’abord été mis en place. Ces délais s’améliorent. Le même travail a ensuite été appliqué aux différentes spécialités (cancer du sein, du poumon, etc.), avec un suivi des délais de prise en charge pour la première consultation, l’acte chirurgical, etc., et la mise en place de centres de diagnostic rapide.

Une plateforme pour la préservation de la fertilité féminine a également été mise en place, avec un numéro vert commun et une prise en charge rapide 365 jours par an.

La reconstruction mammaire après cancer sera également prise en charge à l’AP-HP sans dépassement d’honoraires.

5. Référentiels

Des référentiels de prise en charge ont été mis en place.

6. Sarcomes

Les sarcomes sont des pathologies très disséminées dans les différents services. La création d’un réseau de prise en charge des sarcomes à l’AP-HP (RÉSAP) doit lui permettre d’apparaître comme un acteur majeur de la prise en charge des sarcomes au plan national. Une première journée de ce réseau est prévue en février 2017.

7. Territoires

Un certain nombre d’actions sur les territoires ont été mises en place, aussi bien au sein de l’AP-HP qu’avec ses partenaires :

- une plateforme « signatures moléculaires des cancers du sein luminaux » sur le territoire cancer Nord ;
- institut fédératif du cancer en Seine-Saint-Denis ;
- les unités de coordination d’onco-gériatrie (UCOG), pour la prise en charge territoriale en onco-gériatrie dans les 4 territoires et en Île-de-France ;

8. Orientations 2017

- soutenir les soins palliatifs et les soins de support à l'AP-HP ;
- s'investir dans la mise en place de nouveaux métiers en cancérologie ;
- développer la chirurgie ambulatoire, la reconstruction maxillo-faciale, l'hématologie, les traitements oraux, etc.

Une première journée cancer de l'AP-HP permettra le 31 janvier 2017 de présenter ces progrès à l'ensemble des personnels travaillant à l'AP-HP en cancérologie.

Le président remercie le P^f Stéphane CULINE, le comité cancer et la DOMU pour l'important travail réalisé. Il se félicite en particulier du raccourcissement des délais entre la première consultation et le début du traitement. L'AP-HP doit améliorer la lisibilité de son offre de soins en cancérologie et faire valoir l'atout majeur qu'elle présente pour les patients par rapport aux instituts du cancer : proposer une prise en charge multidisciplinaire complète de la personne atteinte d'un cancer.

Le président demande si l'application de ce travail aux différentes spécialités s'organise bien dans les différents GH.

Le P^f Stéphane CULINE le confirme. Cette démarche des GH avait été initiée avec les centres intégrés et elle se décline maintenant dans les territoires, même si ce n'est pas toujours facile.

Le P^f Christophe CELLIER estime que les spécialistes d'organe (chirurgiens digestifs, urologues, gynécologues, pneumologues, hépato-gastroentérologues, dermatologues, etc.) devraient être davantage impliqués et valorisés dans ce plan cancer, car ils sont souvent les premiers à détecter les différents cancers et à les prendre en charge à la phase initiale, mais également pour le suivi thérapeutique. Cette spécificité est unique à l'AP-HP par rapport aux centres de lutte contre le cancer (CLCC) et devrait être mise en exergue.

Le P^f Stéphane CULINE explique que les spécialistes d'organe reçoivent les patients en primo-consultation dans les centres de prise en charge rapide des cancers et participent pleinement aux travaux du groupe cancer, sur la réduction des délais notamment.

Le D^f Nathalie DE CASTRO rappelle que le nombre de lits contraint les capacités des services d'oncologie, de sorte que les services des urgences, des maladies infectieuses, etc., reçoivent en permanence 4 à 5 patients issus de l'oncologie. Elle demande comment ce point est abordé dans le plan cancer.

Le P^f Stéphane CULINE répond que ce point n'est pas abordé en tant que tel dans le plan cancer. La cancérologie devient ambulatoire, mais seulement jusqu'à ce que la maladie impose une hospitalisation conventionnelle. Or, les capacités à ce stade ne sont pas toujours adaptées aux besoins.

Le D^f Isabelle NÈGRE remarque que le traitement de la douleur n'a pas été abordé.

Le P^f Stéphane CULINE répond que ce point a été inclus dans les soins de support, qu'il reste à mieux organiser.

Le P^f Nelly FRYDMAN souligne que les psychologues aident beaucoup dans le cadre de l'activité de préservation de la fertilité.

Le D^f Anne GERVAIS regrette que le temps d'attente entre la consultation et le scanner à l'AP-HP oblige souvent à réaliser le scanner en externe, ce qui entraîne à nouveau de nombreuses pertes de temps. Elle souhaiterait donc que ce problème soit abordé dans le plan cancer.

Le P^r Stéphane CULINE indique que le problème a été abondamment évoqué, sans qu'une solution simple soit trouvée.

Le P^r Christian RICHARD estime que le parcours du patient non programmé manque dans ce plan cancer. Trente à 40 % des patients en réanimation ont aujourd'hui des néoplasies. À l'accueil des urgences, de nombreux patients arrivent également avec un diagnostic de cancer sur lequel les informations sont difficiles à obtenir.

Le rapport risque-bénéfice des médicaments utilisés impose également qu'une surveillance rapprochée soit prévue lorsqu'ils sont administrés aux patients.

Le P^r René ADAM rappelle qu'en augmentant par un facteur de 1,6 % le nombre de techniciens de recherche clinique, le nombre d'inclusions dans des essais multicentriques en cancérologie a quadruplé. Cela montre, plus généralement, que pour promouvoir la recherche à l'AP-HP, il faut doter les services de techniciens de recherche clinique, tout au moins les services qui y sont le plus dédiés.

Le président est convaincu de cette nécessité, pour la chirurgie comme pour la cancérologie.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite que le rapport « SOS Soins palliatifs » soit présenté en CME.

Le P^r Rémi SALOMON souligne que l'association des soins palliatifs et de l'HàD est efficace et insuffisamment développée.

Le directeur général remercie également le P^r Stéphane CULINE pour la qualité de sa présentation, qui reflète le travail hebdomadaire considérable réalisé par le comité depuis 18 mois.

Les indicateurs relatifs aux délais de prise en charge ou aux délais de lancement des essais permettent d'être optimiste. Le plan a ainsi été conçu avec des indicateurs qui engagent l'AP-HP. Même si certains progressent moins bien que d'autres, ces débuts sont très prometteurs et manifestent une feuille de route très claire.

Ce suivi enfin mis en place permettra de ne plus être complexé par rapport à d'autres structures, de concentrer les investissements là où c'est nécessaire. Le rapport UZAN pointait notamment de manière frappante l'obsolescence d'un certain nombre des équipements de l'AP-HP. Un plan d'équipements a ainsi été ordonné pour rattraper le retard.

Le soutien à la recherche ne doit cependant pas impliquer de disperser de l'argent et du temps de techniciens dans des essais qui n'entraînent pas d'inclusions dans des essais multicentriques permettant d'utiliser la taille de l'AP-HP.

Le P^r Stéphane CULINE rappelle qu'en 2015, un essai sur deux à l'AP-HP n'avait pas inclus de patient.

Le président juge également indispensable de ne pas disperser les moyens de l'AP-HP et de favoriser les équipes qui font vraiment de la recherche.

Le P^r Stéphane CULINE ajoute qu'il faut réfléchir à une mutualisation des moyens de recherche.

V. Information sur l'état prévisionnel des recettes et dépenses (ÉPRD) modificatif 2016 (M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ)

Le président regrette qu'aucune personne de la DÉFIP n'ait été présente dans les réunions du bureau restreint pour la révision des effectifs de praticiens hospitaliers malgré ses demandes. Sa participation est indispensable pour s'assurer du financement des postes demandés.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ indique qu'elle sera présente lors de la dernière réunion qui aura lieu dans quinze jours. Chacune des réunions précédentes avait été préparée en amont avec la DOMU.

Au 30 juin 2016, le respect de l'objectif de résultat 2016 (- 39 M€ sur le compte principal) semble tenable, sous réserve de la poursuite de la dynamique de l'activité qui permet de compenser les augmentations des charges de personnel. Des incertitudes demeurent cependant, avec un risque sur les dotations relatives aux MIGAC et au fonds d'intervention régional (FIR), et des effets négatifs potentiellement importants sur les opérations de clôture comptable, notamment liées à l'entrée dans la démarche de certification des comptes.

1. Activités et recettes

À fin juin, la progression d'activité en hospitalisation (hospitalisation complète et hospitalisation partielle) est de + 6,67 % par rapport à 2015, soit un écart à la cible de l'ÉPRD positif de 3,47 %, grâce notamment à une bonne dynamique de l'hospitalisation partielle, qui progresse de 10 % (+ 5,6 % par rapport à la cible de l'ÉPRD).

2. Suivi des dépenses

À fin juin, la progression de masse salariale prévue est respectée. En revanche, l'augmentation du point « fonction publique » représente en année pleine 50 M€ pour l'AP-HP, dont 12,5 M€ dès 2016, soit une augmentation de la masse salariale de 1,5 % par rapport à 2015, contre une prévision de 1 % dans l'ÉPRD. Un tiers de cet écart est également lié à l'accroissement du nombre des personnels non médicaux.

Sur les dépenses des produits de santé, un certain nombre de postes de dispositifs médicaux progressent fortement, notamment :

- les dispositifs médicaux à usage unique : + 9,7M€ ;
- les réactifs de laboratoire : + 5 M€.

3. Prévisions d'atterrissage

L'augmentation de l'activité permet d'anticiper 30 M€ de recettes supplémentaires. L'augmentation des charges est essentiellement liée aux dépenses de dispositifs médicaux et à l'augmentation de la masse salariale. Le résultat consolidé (+ 59 M€) est proche de la prévision de l'ÉPRD (+ 57 M€), l'écart s'expliquant par un montant des produits de cessions légèrement supérieur à la prévision (93 M€ contre 90 M€ prévus initialement).

4. Décision modificative pour l'ÉPRD 2016

Elle tiendra compte de la légère hausse du résultat consolidé. Des ajustements sur les budgets des USLD et ÉHPAD permettront également de prendre en compte les dotations de soins réellement notifiées, après l'approbation de l'ÉPRD initial. La dotation non affectée intégrera quant à elle l'augmentation des produits de cession.

M. Guy BENOÎT se félicite de ces bons résultats. L'activité avait progressé en 2014 de 2,2 % et en 2015 de 2,3 % : elle va donc progresser de 11 % en trois ans. Rapporter cette hausse à l'évolution du personnel et à celle des investissements révèle une situation potentiellement problématique.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ convient que le rapport entre la progression de l'activité et celle de la masse salariale a permis de réduire les déficits de l'AP-HP à 39 M€ en 2015 (contre plus

de 100 M€ il y a quelques années). Le volume des investissements est toutefois croissant, avec 400 M€ d'investissements prévus en 2016 dans le cadre du PGFP.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne que l'augmentation de l'activité de 5 % aux urgences représente 30 000 passages supplémentaires en 6 mois, avec un taux d'hospitalisation de 22 %, ce qui signifie 180 lits supplémentaires pour l'aval des urgences.

Le président indique que les données régionales d'activité présentées lors du dernier conseil de tutelle tendent à montrer un transfert d'activité des hôpitaux publics d'Île-de-France vers l'AP-HP.

Le D^r Anne GERVAIS constate que l'activité augmente et que les dépenses de personnel ne sont pas corrélées. Or il faut du personnel pour déployer cette activité. Cette situation entraîne 67 M€ de dépenses supplémentaires en personnel de remplacement, contre 63 M€ précédemment ; 6 M€ de dépenses pour l'intérim et 9 M€ pour les heures supplémentaires. Il semblerait plus logique de consacrer ces dépenses à l'embauche.

Le P^r Sadek BELOUCIF s'étonne que les dépenses d'intérim médical s'élèvent dans les chiffres présentés seulement à 1,5 M€.

M^{me} Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ rappelle que ces chiffres sont à fin juin. L'intérim non médical diminue de 16 % par rapport à juin 2015. L'intérim médical augmente, mais sur des volumes faibles. Développer le personnel permanent plutôt que le personnel de remplacement est un objectif des dialogues budgétaires, même si l'inverse est constaté en fin d'exercice : à fin juin, le personnel non médical permanent diminue par exemple de 167 ÉTP, alors que les effectifs de remplacement augmentent de 181 ÉTP.

VI. Utilisation de la *check-list* au bloc opératoire (D^r Paul MÉRIA, P^r François RICHARD)

Le D^r Paul MÉRIA rappelle que la *check-list* permet d'améliorer l'organisation et les comportements dans les blocs opératoires, et ainsi la sécurité des patients, en évitant les erreurs avant l'intervention chirurgicale. Son intérêt est prouvé scientifiquement. Elle permet également de partager des informations et de réaliser des vérifications croisées. On constate cependant une méconnaissance de ces *check-lists* à tous les niveaux, et que la motivation des équipes comme les taux de remplissage de ces listes sont perfectibles.

Les *check-lists* sont remplies sur le logiciel IPOP, mais pas toujours suffisamment. La communication et la formation sont donc à améliorer.

Il faudra d'abord décider si la saisie ne doit pas devenir intégralement informatique. Des audits réguliers devront être menés sur l'utilisation de la *check-list*, sur les plans quantitatifs comme qualitatifs.

La communication devra se décliner de la manière suivante :

- rappel des conséquences positives et négatives du bon ou mauvais usage de la *check-list* ;
- information semestrielle des chefs de service sur les événements indésirables graves (ÉIG) survenus à l'AP-HP ;
- présentation systématique des résultats des audits au conseil de bloc.

Des réunions entre les directeurs d'hôpital, les chefs de service de chirurgie et d'anesthésie devront également être provoquées pour :

- rappeler aux chefs de service qu'ils sont responsables de la bonne utilisation de la *check-list* par leurs équipes ;
- discuter des résultats des audits ;
- nommer un « responsable pédagogique local » de la *check-list* (chef de service ou consultant en mission) ;
- définir les actions locales propres à l'hôpital et la révision de la charte de fonctionnement (adaptation prônée par la HAS) ;
- créer un intéressement financier des services efficaces (à partir d'un gel de budget à redistribuer).

La formation initiale et continue des personnels médicaux et non médicaux devra intégrer la sécurité du patient. Les internes devront être formés également.

Le président juge la *check-list* fondamentale. Tous les blocs opératoires doivent l'utiliser systématiquement. C'est non seulement une obligation médico-légale, mais aussi un moyen efficace d'éviter des événements indésirables graves.

Le D^r Patrick DASSIER rappelle que, dans certains hôpitaux comme l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), les chirurgiens ne peuvent pas avoir leurs bistouris tant qu'ils n'ont pas rempli une *check-list*. Depuis le décret sécurité de 1994, les anesthésistes sont obligés de remplir une *check-list* de préparation de la salle. Le problème est de savoir qui la remplit. Généralement il s'agit des IBODE sous l'encadrement du chirurgien.

Le P^r Francis BONNET juge l'ensemble des mesures proposées satisfaisantes pour développer une culture de la sécurité dans les blocs opératoires, mais suggère de développer les retours d'expérience sur les événements adverses indésirables qui se produisent. Il souligne également l'importance du *check out*, qui conditionne tout le processus postopératoire.

Le P^r François RICHARD acquiesce. Deux erreurs de malade sont survenues en 2015, mais, sur le terrain, les personnels ne le savent pas. Les événements indésirables graves doivent être relayés auprès des chefs de service.

Par ailleurs, la *check-list* informatique doit être systématisée, ce qui suppose notamment que les directions locales de l'informatique progressent nettement dans la prise en charge des problèmes informatiques dans les blocs. Elles doivent également apprendre à fournir plus rapidement des indicateurs de fonctionnement des blocs ou d'utilisation des *check-lists*.

Enfin, dans les hôpitaux où les *check-lists* ne sont pas correctement remplies, le directeur de l'hôpital doit réunir les chefs de service de chirurgie pour discuter de cette question avec eux.

Le président propose au P^r François RICHARD de contacter M^{me} Christine WELTY pour écrire aux directeurs de GH une lettre qu'ils cosigneraient. Il souhaite une étude des possibilités concrètes permettant de systématiser la *check-list* informatique.

VII. Avis sur la création d'une filiale internationale de l'AP-HP (D^r Florence VÉBER)

Le D^r Florence VÉBER rappelle que le coût des séjours de ces patients a fait l'objet d'une décision d'augmentation des tarifs de 30 % par rapport au tarif journalier de prestation (TJP) au compter du 1^{er} septembre 2013.

Cela a permis entre autres de pouvoir comptabiliser ces séjours (hors urgences, aide médicale d'État [AME], accords spécifiques) et de constater qu'ils représentent aujourd'hui environ 2 500 séjours sur 1,2 million de séjours par an à l'AP-HP (< 0,1 %).

Le gouvernement incite aujourd'hui l'ensemble des hôpitaux français à accueillir ces patients. Un document « Venir se soigner en France » qui liste un certain nombre d'établissements français publics (dont l'AP-HP) et privés sera diffusé prochainement dans toutes les ambassades.

Un premier point sur cette politique avait été effectué en CME en juillet 2015. Il en ressortait que les recettes étaient mal recouvrées et que l'offre n'était pas suffisamment structurée. En réponse aux problèmes de recouvrement, les décisions suivantes avaient été prises :

- une limitation de la dispense d'avance de frais à 10 organismes (contre 600 environ auparavant) ;
- une systématisation du paiement de l'intégralité du devis payé à l'avance pour les individuels et pour les organismes ;
- un travail spécifique de recouvrement auprès de l'Algérie et de l'Arabie saoudite, qui ont maintenant payé une bonne partie de leurs dettes institutionnelles.

Ce « marché » des hôpitaux est évalué avec une croissance de 11 % dans les 10 ans à venir. De nombreux pays s'y sont déjà positionnés.

Le directeur général de l'ARS a validé le fait que l'AP-HP remplissait, sur les deux derniers exercices, les conditions financières requises pour créer une filiale. Seuls dix autres centres hospitalo-universitaires (CHU) les remplissent en France.

Le champ d'activité à l'international est limité aux actions suivantes :

- pouvoir fournir le mail d'un praticien impliqué ;
- pouvoir donner une réponse rapide à une demande en moins de 24 heures idéalement ;
- disposer d'une hôtellerie satisfaisante (chambre individuelle et cabinet de toilette).

70 pathologies adultes et 40 pédiatriques ont ainsi été identifiées comme présentant un traitement standardisé et pouvant être référées à des équipes reconnues.

Ce dispositif, validé par les praticiens et les collégiales, prévoit pour les patients non-résidents :

- à la place de la majoration des coûts de 30 %, une forfaitisation des prises en charge, sur une base légèrement inférieure aux offres européennes, afin de conserver un bon niveau d'attractivité ;
- un codage spécifique à 9 C (207 €) pour les consultations longues et complexes ;
- un démarrage du programme au 1^{er} novembre 2016, après la publication de l'arrêté tarifaire ;
- une liste d'un administratif et d'un médecin référent par GH pour répondre aux questions et réaliser le suivi, qualitatif et quantitatif du dispositif ;
- une révision annuelle avec possibilité d'ajuster l'offre ;
- la présentation de cette offre en français et en anglais sur le site de l'AP-HP.

Les objectifs du dispositif sont les suivants :

- offrir une offre de recours sélectionnée et structurée aux patients qui n'en bénéficient pas dans leur pays ;
- valoriser l'expertise de l'AP-HP en lui donnant de la visibilité ;

- augmenter les recettes.

Aucune priorité d'admission ni traitement préférentiel (aucun espace réservé) ne sont toutefois prévus, en conformité avec la politique de service public de l'AP-HP. Un travail doit se poursuivre au niveau des GH et en lien avec la direction des patients, usagers et associations (DPUA) sur les conciergeries. La patientèle visée est davantage de classe moyenne que *very important person* (VIP).

Le projet doit démarrer en 2017. Un vote de la CME est nécessaire, avant un vote du comité technique d'établissement (CTE), puis un passage en conseil de surveillance le 15 décembre.

Le président appuie la création d'une filière internationale de l'AP-HP. De nombreux pays et hôpitaux ont déjà créé de telles filiales. L'AP-HP doit assurer le rayonnement de la médecine française à l'étranger. Le cadre juridique et financier présenté sécurise le projet. Il appelle donc la CME à soutenir le projet.

Le P^r Paul LEGMANN demande comment sont désignés les membres du conseil de surveillance.

Le D^r Florence VÉBER indique que, réglementairement, le directeur général est membre du conseil de surveillance de sa filiale et doit y nommer des personnalités qualifiées extérieures à la fonction publique. Il peut se faire représenter. Le conseil de surveillance sera limité à cinq à sept personnes, et la représentation du directeur général sera majoritaire.

Le président suggère d'y nommer une personne du conseil de l'Ordre.

La création d'une filiale internationale de l'AP-HP est approuvée à l'unanimité et trois abstentions.

VIII. Questions diverses

Financement de l'éducation thérapeutique

Le D^r Clara BOUCHÉ explique que les programmes d'éducation thérapeutique sont validés et financés par l'ARS. L'AP-HP redistribue ces financements aux GH mais ils ne parviennent pas directement aux équipes. Or, dans le contexte de souffrance des équipes paramédicales, une partie de l'activité des infirmières dédiées à l'éducation thérapeutique est basculée vers des activités de soins courants et certains programmes ferment, ce qui représente un manque à gagner pour l'AP-HP.

Le président précise que la pédiatrie est particulièrement concernée par ces programmes, qui sont très importants pour les enfants, leurs parents, et les adultes en général également. Cette mission publique relève pleinement des missions d'intérêt général.

M^{me} Christine WELTY explique que ces missions sont financées par le FIR depuis 2011, pour un peu moins de 10 M€ à l'AP-HP. La répartition a été établie entre les GH, auxquels a été laissée la responsabilité de financer les différents programmes réalisés. Un financement supplémentaire de 20 000 € par an et par mission d'éducation thérapeutique, et de 250 € par an et par patient était également prévu, mais il a été réduit à 250 € par an et par patient. La direction veille à ce que la répartition soit correctement effectuée au sein de chaque GH, mais elle relève d'un dialogue de gestion entre la direction des GH et le correspondant éducation thérapeutique qui y est désigné.

Le D^r Clara BOUCHÉ indique faire partie des coordinateurs de programme. Elle a rencontré la direction de son hôpital, qui lui a répondu que ces financements ne seraient pas alloués aux programmes d'éducation thérapeutique tant que les GH seraient en déficit budgétaire. Necker

semble être le seul hôpital où un intéressement est prévu pour les équipes. Une mesure incitative de l'AP-HP devrait être prise pour sensibiliser les directeurs d'hôpitaux à la souffrance actuelle des acteurs de l'éducation thérapeutique afin de préserver cette activité.

Le président appuie ces programmes d'éducation thérapeutique qui sont fondamentaux pour le suivi des patients, et auxquels des sommes, quoique peut-être insuffisantes, sont normalement allouées.

Coupe « PATHOS »

Le D^r Olivier HENRY lit la déclaration suivante de la collégiale des gériatres à propos de la coupe Pathos qui est demandée avant le 28 février 2017 :

« L'objectif n'est pas clairement annoncé par l'ARS. La précédente coupe fut effectuée en 2011 au nom d'une convergence tarifaire destinée à faire perdre des moyens. Les sites à l'époque s'étaient fortement impliqués et il n'y a pas eu de retour malgré un taux important de patients SMTI (soins médico-techniques importants).

Deuxièmement, le regroupement des lits de SLD a abouti à ce que nous avons annoncé : à son isolement et à un défaut croissant d'attractivité, notamment pour les médecins. La grande majorité de ceux qui exercent aujourd'hui sont des médecins à diplôme étranger, souvent en cours de formation et qui ignorent jusqu'à l'existence de Pathos.

Troisièmement, les difficultés de recrutement de praticiens qualifiés en gériatrie sur plusieurs sites et dans plusieurs services ne nous permettent pas de soustraire certains d'entre eux à leur activité clinique afin de suivre la formation nécessaire pour participer à cette coupe, surtout dans un calendrier aussi contraint (moins de 30 % des médecins présents aujourd'hui en gériatrie connaissent Pathos).

Quatrièmement, il existe une révision de l'outil, car le précédent n'était pas exempt de défauts : Pathos 2, qui est actuellement en cours de test dans une trentaine d'ÉHPAD, mais ne serait pas utilisé pour la coupe à venir, ce qui paraît pour le moins curieux, si l'outil est plus pertinent et plus facile à utiliser. Pour ces raisons, nous demandons le report de cette enquête et attendons des objectifs clairs et bien définis, ainsi qu'un soutien logistique fort de nos directions (saisie et aide de l'ensemble des équipes). Cette coupe n'est pas simplement l'affaire du corps médical, mais de tous et ne peut en aucun cas reposer exclusivement sur celui-ci.

Je voudrais remercier le président, ainsi que le P^f Paul LEGMANN, d'avoir pris la mesure de ces deux problèmes qui sont les nôtres : l'importance croissante prise par les praticiens attachés associés dans nos services, qui exercent à plein temps devant la diminution progressive depuis 10 ans des internes. À titre d'exemple, seuls deux internes sont affectés pour le semestre à venir à Émile-Roux, qui comporte 900 lits, soit 5 fois l'hôpital Bretonneau. Il faudra donc d'autres praticiens attachés, que, comme le D^r Christophe TRIVALLE l'a souligné, nous ne trouvons pas.

L'isolement du SLD a été une erreur et a eu les effets désastreux que nous connaissons aujourd'hui. Un service de gériatrie à l'avenir doit comporter les trois éléments de la filière de soin : le court séjour, le soin de suite et le soin longue durée. »

Le président indique que les problèmes de la gériatrie seront abordés à la prochaine CME.

Le D^r Olivier HENRY demande à la direction d'appuyer les gériatres pour reporter cette coupe Pathos.

IX. Approbation du compte rendu de la CME du 13 septembre 2016

Le compte rendu est approuvé à l'unanimité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 19 heures 35.

* *
*
*
*

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

mardi 8 novembre 2016 à 16 heures 30

Le bureau se réunira le :

mardi 25 octobre 2016 à 16 heures 30