13 novembre 2015

Chères et chers collègues,

Une tuerie sans précédent a plongé Paris dans l'effroi. Paris, mais aussi la France et même le Monde entier ; comme les média nous l'ont fait savoir, mais aussi les messages que chacun de nous a pu recevoir.

Vous avez été à la hauteur de l'impensable défi. Sans délai, sans hésitation et sans relâche, toutes nos ressources se sont activées : SAMU, SMUR, urgences, réanimations, chirurgie, anesthésie, imagerie, psychiatrie, biologie, pharmacie... Les Parisiens ont trouvé leur hôpital public tout entier mobilisé à leur service, au plus haut niveau de professionnalisme, de technicité et d'hospitalité. Cela allait de soi, mais vous l'avez accompli avec un brio qui impose l'admiration.

Vous avez ainsi rappelé avec éclat le sens du mot *public* : être public, c'est faire tous les jours discrètement ce que vous avez exceptionnellement accompli depuis vendredi soir ; c'est aussi accepter le supplément immatériel de salaire que procure l'honneur de servir un idéal de dévouement à toutes les personnes en souffrance.

Mon mandat finira le mois prochain. Je suis bouleversé de l'achever sur ce drame, mais je quitterai ma présidence avec l'immense fierté d'avoir servi une AP-HP qui sait se montrer héroïque.

Acceptez toute ma gratitude et mes plus sincères compliments pour ce que vous faites depuis vendredi. Transmettez-les à vos équipes hospitalières soignantes, mais aussi non soignantes, car c'est notre établissement tout entier qui a instantanément ouvert grand ses portes pour accueillir et traiter les blessés et les malades, ses véritables seigneurs et maîtres.

Loïc CAPRON, président de la CME de l'AP-HP

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 10 novembre 2015

Nouvelles de la CME (Pr Loïc CAPRON)

- Un siège est vacant dans le collège des chirurgiens hospitalo-universitaires. Les deux suppléants élus en 2011 étant dans l'impossibilité de l'occuper, il restera inoccupé jusqu'à la fin de la mandature (décembre 2015).
- En hommage au P^r Guy SEBAG, décédé le 28 novembre 2014, le groupe hospitalier (GH) Robert-Debré inaugurera un cycle de conférences consacré à l'imagerie médicale le 11 décembre 2015 (<u>invitation</u>).
- La CME du 8 septembre a adopté à l'unanimité notre <u>projet Développement</u> <u>durable 2015-2019</u>. Le D^r Christian Guy-Coichard représente la CME dans le comité stratégique chargé de sa mise en œuvre. Un chapitre du projet concerne les médecins (performance énergétique des équipements, hôpital numérique, recherche en santé publique, etc.). La future CME devra continuer de s'en préoccuper en 2016.

Délégation de compétences

Les textes ne permettent pas au président de la CME (PCME) de déléguer ses compétences aux présidents des CME locales (CMEL); la CME ne peut déléguer aux CMEL que ses compétences en matière d'organisation interne et de programme d'action pour l'amélioration de la QSS & CAPCU (qualité et de la sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers). Le PCME est favorable à une évolution réglementaire adaptée à notre organisation en 12 GH, en permettant de plus larges délégations. Il a proposé une démarche conjointe en ce sens aux PCME des deux autres CHU organisés en GH, les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique—hôpitaux de Marseille (AP-HM), mais il n'a pas obtenu d'eux l'unanimité qui aurait été souhaitable pour obtenir une évolution des textes sur ce point.

- Dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie.

Comme les soins de suite et de réadaptation (SSR) la psychiatrie n'est pas tarifée à l'activité (T2A), mais financée par une dotation globale. En 2013, la collégiale de psychiatrie a souhaité travailler avec la Défip (direction économique, des finances, des investissements et du patrimoine) de l'AP-HP pour améliorer la transparence des comptes et définir un nouveau modèle qui répartisse plus équitablement la DAF entre les GH. Lors du <u>bureau du 28 octobre</u>, il est apparu que les psychiatres doivent encore harmoniser leurs points de vue sur ce sujet. Nous y reviendrons à la CME du 8 décembre.

- Le directeur général s'est exprimé sur quatre sujets.

1. Fondation AP-HP pour la recherche médicale

Son conseil d'administration a été installé le 30 octobre ; le PCME en est membre (<u>composition</u>). M. Martin HIRSCH en a été élu président et le P^r Bertrand FONTAINE vice-président. La fondation vise à :

- encourager la générosité des usagers (patients et leurs proches) ;
- offrir aux dons une autre destination que les associations de service, en conciliant transparence, sécurité juridique et souplesse de fonctionnement ;
- atténuer les effets de la baisse qui frappe les financements publics (programme hospitalier de recherche clinique [PHRC], enveloppe des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation [MERRI]);
- développer les partenariats avec les autres organismes de recherche (INSERM, universités...).

Le conseil scientifique définira les axes prioritaires d'utilisation des dons non fléchés. Il sera mis en place lors de la prochaine réunion du conseil d'administration le 3 décembre.

2. Groupe de travail sur la prévention des conflits d'intérêts

Chargé de définir une stratégie qui ne pénalise ni la recherche ni l'innovation (<u>note</u> présentée au directoire du 1^{er} septembre), le groupe, où siège le PCME, a tenu sa 1^{ère} réunion le 30 octobre (<u>composition</u>). Les règles relatives au cumul d'activités sont souvent méconnues, notamment des PU-PH (qui doivent obtenir une double autorisation de l'Université et de l'AP-HP). Il convient donc de trouver les moyens de mieux informer. Ce sera l'objet de la prochaine réunion du groupe.

3. Hôpital Nord (Bichat-Beaujon)

Le directeur général souhaite que le dossier passe devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) mi-2016 ; après que le directoire et la CME auront débattu sur le projet médical que présentera les GH *Hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine*.

4. Organisation du temps de travail

L'accord conclu le 27 octobre entre la direction générale et la Confédération française démocratique du travail (CFDT) s'appliquera à l'ensemble de l'AP-HP à compter du 1^{er} janvier 2016, après consultation des instances représentatives du personnel. Il est détaillé sur le <u>site de l'AP-HP</u>. Lors du directoire du 3 novembre, les médecins ont apporté un soutien unanime à cette démarche qui doit améliorer la prise en charge des patients, préserver les conditions de travail des personnels et améliorer notre performance économique. Les médecins doivent s'impliquer fortement dans ces réorganisations : leur réussite est en partie liée à une synchronisation entre temps de travail des personnels paramédicaux et médicaux. En 2016, la CME devra s'impliquer dans la réflexion sur la « concordance des temps ».

Concertation sur la proposition que la CME présente au directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) de l'AP-HP (M^{me} Gwenn Pichon-Naudé) diaporama

Au terme du travail réalisé par les GH et des réunions du groupe restreint de la CME puis de son bureau élargi, 204 demandes de poste sont classées A (soutien) et 212 C (rejet) ; 43 (classés B) restent à arbitrer par la direction générale.

Une enveloppe de 0,4 % de la masse salariale du personnel médical sénior (soit 2,17 M€) était réservée au niveau central pour le financement des priorités institutionnelles et le remboursement des emprunts (<u>note de procédure</u> du 20 avril 2015).

À cette enveloppe de 0,4 % s'ajoutent désormais :

- 0,2 M€ annoncés lors du bureau élargi du 4 novembre pour financer 12 postes d'anesthésistes-réanimateurs (transformations de PH contractuels en titulaires);
- 0,3 M€ pour financer le passage en temps continu dans les services d'urgences (v. plus loin).

Les demandes classées A excèdent ces ressources de 0,15 M€ ; des arbitrages restent donc nécessaires.

Soutenu par le PCME, le P^r Louis Maman, doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de l'université Paris-Descartes, a déploré le faible nombre des créations de postes en odontologie ; ce qui est contraire aux priorités qu'a établies le <u>rapport</u> sur le développement de l'odontologie à l'AP-HP en mai 2013.

Le 8 décembre, la CME votera sur la proposition finale que lui fera directeur général.

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) <u>diaporama</u>, <u>avenant</u>

Par 35 voix pour, une contre et 12 abstentions, la CME a approuvé le 2^e avenant au CPOM. Il engage l'ensemble de notre institution sur le respect d'objectifs qui concernent plus particulièrement les parcours de soins, le virage ambulatoire (y compris en SSR) et l'optimisation des organisations. Il complète le 1^{er}avenant et le « contrat socle » que la CME avait respectivement approuvés le **13 janvier 2015** et le **10 décembre 2013**.

Avis sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes à l'AP-HP (M^{me} Christine Welty) diaporama

Un contexte particulièrement délicat (<u>diaporama du 13 octobre</u>) a obligé à retarder d'un mois la discussion de cette réorganisation. Par 50 voix pour, 4 contre et 3 bulletins nuls, la CME a approuvé :

- l'application au 1^{er} janvier 2016 du décompte horaire et du référentiel national de gestion du temps de travail médical (<u>instruction ministérielle du 10 juillet 2015</u>) dans les services d'urgences de l'AP-HP;
- la mise en œuvre progressive du référentiel en ajustant les effectifs et les organisations cibles (conformément au <u>courrier ministériel du 20 octobre</u> <u>2015</u>);
- l'augmentation des effectifs de 27 équivalents temps plein (ETP) pour les services d'urgences adultes et de 9,6 ETP pour les urgences pédiatriques, répartie de manière à harmoniser les ETP aux nombres de passages, et financés hors de la révision des effectifs 2016 et de son enveloppe des 0,4 % (v. plus haut);
- la mise à jour des maquettes d'organisation du temps médical des services qui seront soumises aux commissions locales et centrale de l'organisation de la permanence des soins (COPS), et validées par la CME.

Les postes créés se répartiront en 50 % de PH, 35 % de PH contractuels (PHC), et 15 % d'assistants et attachés. Les recrutements peuvent être engagés dès à présent. Afin de garantir leur qualité, les CME locales les valideront pour les PHC, assistants et attachés, et la CME pour les PH titulaires.

Le groupe de travail de la DOMRU sur le temps continu, réuni le 13 novembre, examine maintenant les modalités d'application de la réforme dans les SAMU et les SMUR.

Conclusions du groupe de travail de la DOMRU sur l'universitarisation de la pharmacie hospitalière à l'AP-HP (P^r Jean-Michel SCHERRMANN) <u>diaporama</u>, <u>rapport</u>

Depuis 2006, les pharmaciens hospitaliers peuvent intégrer le corps des hospitalouniversitaires (HU), mais peu l'ont fait dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) de l'AP-HP (les HU y représentent 13 % des effectifs). Pour rendre plus attractif le statut HU, le groupe de travail piloté par le P^r SCHERRMANN, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris-Descartes :

- préconise de diminuer la charge horaire d'enseignement théorique (de 192 heures à une centaine par an) pour que les HU puissent mieux assurer leurs autres tâches académiques (recherche et enseignement pratique);
- a défini des axes de recherche partagés entre l'AP-HP et les facultés de pharmacie, alors que les priorités sont aujourd'hui peu liées à l'activité hospitalière;
- a obtenu l'accord de la direction générale pour accompagner la création de postes d'assistants hospitalo-universitaires (AHU) par redéploiement.

Ces orientations permettront de concilier plus aisément les missions d'enseignement, de recherche et de soins. Recherche universitaire et pratique hospitalière s'enrichiront mutuellement, notamment pour améliorer les circuits de distribution des médicaments et réduire le nombre des événements indésirables graves d'origine médicamenteuse.

Point sur le déploiement et le développement du dossier informatisé de patients Orbis à l'AP-HP (D' Laurent Tréluyer, P' Michel Zérah) diaporama

En octobre 2014, la direction générale a décidé d'accélérer le déploiement d'Orbis dans les seuls GH où il était déjà engagé, puis de faire réaliser un audit indépendant avant de décider son extension à l'ensemble de l'AP-HP (<u>CME du 14 octobre 2014</u>).

De juin à mi-juillet derniers et à la demande de l'AP-HP, la Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication (DISIC) a réalisé un audit portant sur trois sites pilotes (Ambroise-Paré, Bicêtre, Tenon-Saint-Antoine). Le rapport qui en a résulté :

- apprécie très favorablement le dossier médical unique ; les services où il est déployé n'envisagent pas un retour en arrière ;
- relève des risques graves de défaillance et d'indisponibilité, des temps de réponses du système longs et erratiques, et l'absence de support 24 h sur 24, 7 jours sur 7;
- souligne les améliorations futures à apporter, telles que le perfectionnement de l'ergonomie, l'accès sur des supports mobiles, l'ouverture du dossier patient aux intervenants extérieurs, ou la sécurité du système.

Le rapport conclut en recommandant de poursuivre le déploiement d'ORBIS sur l'ensemble des GH sous réserve :

- d'un plan d'action à court terme (4 à 5 mois) pour éliminer les risques relevés cidessus : la direction générale a déjà engagé ce plan ;
- d'avoir terminé le déploiement au moins dans les sites pilotes ;
- de négocier entre l'éditeur et l'AP-HP (direction générale, CME, GH) une feuille de route détaillée pour le déploiement d'ORBIS et pour ses évolutions nécessaires sur 5 ans coordonnant déploiement, livraisons fonctionnelles majeures et mises à niveau des infrastructures.

Le reste de la présentation a fait le point sur le déploiement et le développement d'ORBIS dans nos hôpitaux.

En février 2012, l'actuelle CME a résolument adhéré à l'implantation d'Orbis à l'AP-HP; elle a depuis prêté une attention régulière et soutenue à son évolution et se félicite des progrès accomplis. La prochaine CME devra rester sur la même ligne de soutien vigilant, car il s'est largement confirmé que ce dossier est capital pour favoriser la qualité et la sécurité des soins, pour développer la recherche clinique et pour améliorer les conditions de travail des équipes soignantes.

Premiers éléments de cadrage des états prévisionnels des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2016 et 2017 de l'AP-HP (M^{me} Carine CHEVRIER) <u>diaporama</u>

Sans surprise, l'AP-HP devra continuer à faire des efforts d'efficience en 2016 (143 M€) et 2017 (144 M€) en baissant ses dépenses (pour un tiers des économies), et en augmentant ses recettes et son activité (pour deux tiers). À ce prix, elle pourra investir 400 M€ par an.

La solidarité entre les GH est au cœur de la politique de l'AP-HP. Elle ne peut se fonder que sur une répartition équitable de l'efficience entre eux.

Plutôt que la recherche acharnée d'une activité accrue, qui va à l'encontre de l'intérêt public en poussant à la surconsommation de soins, les véritables sources d'efficience sont la réorganisation et la modernisation de notre offre de soins. Notre établissement doit adopter le véritable rôle qu'il doit jouer dans un réseau sanitaire moins centré sur l'hôpital, plus ambulatoire et plus ouvert sur les partenariats extérieurs ; tout en continuant à exercer pleinement les fonctions académiques du CHU, en matière de formation et de progrès médical.

Plan d'action Hémovigilance de l'AP-HP (D^r Nadia ROSENCHER) diaporama

Les accidents transfusionnels augmentent tous les ans à l'AP-HP. Dans 99 % des cas, il s'agit d'une erreur sur l'identité du patient (avec des conséquences graves dans 0,88 % des cas).

La première façon d'y remédier est de diminuer le nombre des transfusions inutiles. Tous

les prescripteurs sont donc invités à prendre connaissance attentivement des recommandations de bonnes pratiques qu'a rappelées le D^r ROSENCHER, correspondante d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle compétente pour l'ensemble de l'AP-HP. Mais il faut aussi des hémovigilants. Il est aujourd'hui exceptionnel que du temps soit spécifiquement affecté à cette fonction, qui repose donc sur le volontariat bénévole, avec une tendance naturelle à l'épuisement. Le directeur général s'est engagé à résoudre ce problème afin de mettre en place un réseau complet d'hémovigilants dans nos hôpitaux.

P^r Loïc CAPRON, le 16 novembre 2015.