

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 12 avril 2016

Nouvelles de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)

– Usagers et certification

Le 29 mars, le président a rencontré M. Thomas SANNIÉ, représentant des usagers au conseil de surveillance. Les usagers doivent être associés à la procédure de certification.

– Coopérations territoriales

- Le 14 mars, le président a rencontré le **D^r Pierre CHARESTAN**, président de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France. Ils souhaitent travailler avec la communauté médicale de l'AP-HP sur la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- Le 7 avril, l'agence régionale de santé (ARS) a réuni le jury de sélection des **assistants spécialistes partagés** entre les hôpitaux de l'AP-HP et les CH d'Île-de-France. Les P^{rs} Jean-Yves ARTIGOU et Paul LEGMANN y représentaient la CME. Sur les 62 dossiers examinés, 48 ont été retenus, soit une nette progression par rapport à 2015 (34 postes pour 55 demandes) et 2014 (22 postes pour 39 demandes). La qualité des dossiers présentés est déterminante pour leur sélection.

– Cumul emploi-retraite

La [loi de modernisation du système de santé](#) (article 142) du 26 janvier 2016 fixe à 72 ans la limite d'âge des praticiens employés dans le cadre d'un emploi-retraite. Fin février 2016, l'AP-HP compte 387 praticiens dans cette situation, dont 102 âgés de 72 ans dans l'année. Tous les contrats en cours iront jusqu'à leur terme mais ne seront pas renouvelés au-delà de la limite d'âge ([note de la DOMU, circulaire du 11 février 2016](#)).

– Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2017

Une efficience de 5 M€ est à nouveau demandée sur la masse salariale 2017 des personnels médicaux. La procédure sera similaire à celle de l'an dernier ([note de procédure](#)) : chaque groupe hospitalier (GH) se verra notifier son budget de dépenses salariales de personnel médical sénior et son montant d'efficience à réaliser. Une enveloppe de 0,4 % de redéploiement de la masse salariale sera retenue au niveau central pour le financement des priorités institutionnelles.

La phase locale s'achèvera le 13 juillet avec le retour des demandes classées des GH assorties des avis des collégiales. Le niveau local est responsable de l'efficience.

La phase centrale se concentrera sur la pertinence médicale des demandes. Elle commencera en septembre avec l'audition des GH (présidents des CME locales et des sous-commissions du temps et des effectifs médicaux [sCTEM], et directeurs) par le groupe restreint de la CME. En octobre, le bureau élargi de la CME fera la synthèse des demandes. La CME se concertera sur le classement final le 11 octobre. Le 6 décembre, elle donnera son avis sur la liste retenue par le directeur général avant sa transmission à l'ARS.

– Conférences stratégiques et budgétaires

Les conférences 2016 des GH et hôpitaux hors GH se sont achevées le 11 avril. Une synthèse sera présentée à la CME du 10 mai.

– École de chirurgie

Le syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris travaille sur un projet qui sera présenté prochainement au directeur général ; puis la CME en sera informée.

– Directoire du 5 avril

Trois sujets ont été évoqués : le projet médical de l'**hôpital Nord**, l'avancement du projet **Hôtel-Dieu**, les modifications du règlement intérieur de l'AP-HP appelées par la [loi de modernisation du système de santé](#) du 26 janvier 2016. Ces trois points seront présentés lors des prochaines CME.

– Informations du directeur général

1. Organisation du temps de travail des personnels non médicaux

Le 1^{er} volet de la [réforme du temps du travail](#) est entré en vigueur le 1^{er} avril, suite à la réunion du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et du comité technique d'établissement central (CTEC) les 29 et 30 mars. Elle concerne la suppression des jours de congés non prévus par la loi. Le second volet de la réforme porte sur les changements d'organisation du temps de travail (généralisation de la grande équipe de journée, disparition de l'organisation du travail en 7h50). Elle entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} septembre, le temps de laisser les GH et hôpitaux hors GH transposer ces changements au niveau local. La réussite de cette réforme repose aussi sur une meilleure synchronisation entre les temps paramédicaux et médicaux. L'implication de la communauté médicale sera donc décisive.

2. Rapport sur les conflits d'intérêts

Le groupe de travail mis en place en septembre 2015 par le directeur général a rendu son [rapport](#) qui a été diffusé le 28 mars. Il sera débattu à la CME du 7 juin.

3. Du fait d'un déplacement à l'étranger, le directeur général sera absent à la CME du 10 mai.

Information sur le projet du nouveau Garches (M. Sylvain DUCROZ, P^r Joël ANKRI) [diaporama](#)

Dédié au handicap lourd, l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches) est vétuste, offre des conditions d'accueil très dégradées et son architecture pavillonnaire est coûteuse. Le nouveau Garches regroupera toutes les activités de soins et de rééducation dans un nouveau bâtiment. Il offrira une prise en charge pluridisciplinaire innovante adaptée à l'ensemble des besoins des personnes de tout âge souffrant de handicap neuro-locomoteur. Les activités d'anesthésie, d'imagerie et d'orthopédie seront réorganisées en 2016 dans le cadre de services bi-site (Raymond-Poincaré – Ambroise-Paré). L'hôpital candidate à l'appel d'offres que l'ARS doit lancer en 2016 pour l'activité hyperbare. La construction du nouveau bâtiment commencera en 2018. 80 M€ ont été inscrits au plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP pour son financement. Son ouverture en 2021 permettra de céder les deux tiers de l'emprise hospitalière.

Conclusions du groupe de travail sur la chirurgie à l'AP-HP (P^r Laurent HANNOUN) [diaporama](#), [rapport](#)

Le P^r HANNOUN propose :

- **un plan d'action portant sur 10 thèmes** sensibles pour l'activité et l'attractivité de nos services de chirurgie : entrée du patient dans le parcours de soins chirurgical, modernisation de l'hôtellerie, mise à niveau technologique des blocs opératoires et accessibilité aux images, valorisation des équipes paramédicales, charte de fonctionnement entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, gouvernance des structures, évaluation qualitative des pratiques chirurgicales, dynamisation de la recherche, valorisation du temps de travail au bloc opératoire, formation pratique des jeunes chirurgiens (compagnonnage et école de chirurgie des hôpitaux de Paris) ;
- **quatre scénarios de regroupement des équipes** et création de plateformes pluridisciplinaires de chirurgie ambulatoire avec des salles opératoires dédiées. Ces restructurations sont indispensables pour dégager les moyens nécessaires à la réalisation du plan d'action et à la mise à niveau technologique des plateaux médico-techniques.

La mise en œuvre concrète de ce rapport conditionnera l'avenir de la chirurgie à l'AP-HP. Sa capacité à attirer et à fidéliser les jeunes chirurgiens, et à motiver les équipes en dépendent. Le président de la CME et le directeur général ont décidé la mise en place d'un groupe de suivi où la CME sera représentée.

Masseurs-kinésithérapeutes à l'AP-HP (P^r Alain YELNIK, M. Gérard COTELLON) [diaporama](#)

Au 1^{er} mars 2016, 54 postes de masseurs-kinésithérapeutes sur 604 étaient vacants à l'AP-HP.

Cette pénurie s'explique principalement par les faibles rémunérations offertes comparées à celles du secteur privé. La direction des ressources humaines (DRH) réfléchit à des solutions entrant dans les marges de manœuvre de l'AP-HP (recrutement d'étudiants en tant qu'agent des services hospitaliers [ASH] avec engagement de servir, reprise d'ancienneté de l'exercice libéral antérieur, etc.). Parallèlement, des discussions sont en cours avec le ministère pour permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de cumuler activité libérale et hospitalière. Mais l'existence de plateaux techniques modernes est aussi un facteur d'attractivité.

Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP

- **Sécurisation du médicament : bilan de la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse à l'AP-HP (P^r Béatrice CRICKX) [diaporama](#)**
- **Bilan de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) (P^r Philippe LECHAT) [diaporama](#)**
- **Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP (P^r Daniel VITTECOQ) [diaporama](#)**

La qualité de la prise en charge médicamenteuse figure parmi les axes majeurs du [programme d'action](#) de la CME pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & Capcu). Quatre objectifs prioritaires se dégagent aujourd'hui :

- déployer l'informatisation de la prescription ;
- développer la pharmacie clinique et l'analyse pharmaceutique des prescriptions ;
- signaler les événements indésirables ([charte de l'AP-HP du 13 janvier 2014](#)) et systématiser les comités de retour d'expérience (CREX) ;
- promouvoir la maîtrise médicalisée des dépenses.

La CME a apporté son soutien au plan pour le bon usage des antibiotiques lancé en décembre 2015 ([CME du 15 octobre 2015](#)).

Avis sur le plan d'équipement mobilier 2016 de l'AP-HP (M. Didier LE STUM) [diaporama](#)

La CME a voté à l'unanimité le plan d'équipement 2016. Malgré les efforts incontestables de la direction générale, les besoins restent considérables, notamment pour les équipements courants, et le taux de vétusté reste très élevé (plus de 75 %).

Avis sur la modification des annexes 12 (commission d'appréciation des offres [CAO] pour la passation des marchés de travaux et de prestations intellectuelles), 13 (commission de transparence des marchés) et 15 (commission des contrats publics) du règlement intérieur de l'AP-HP (M^{me} Aude BOILLEY-RAYROLES) [diaporama](#)

La CME a adopté à l'unanimité et une abstention les modifications du règlement intérieur de l'AP-HP destinées à garantir la transparence, l'impartialité et la qualité de nos procédures d'achats.

Qualité de vie au travail dans la procédure de certification (M^{me} Véronique GHADI, Haute Autorité de santé [HAS]) [diaporama](#)

La qualité de vie au travail (QVT) est une condition de la qualité des soins, de l'attrait de nos hôpitaux et du dynamisme des équipes. La HAS en a fait une thématique obligatoire du compte qualité. Les visites de certification s'assureront que cette dimension est prise en compte dans les projets de pôle et de service, et dans l'organisation des soins.

Les [travaux de la HAS](#) seront utiles aux réflexions du [groupe de travail](#) sur la prévention et le traitement des situations conflictuelles ou à risques concernant les personnels médicaux.

La QVT passe par un renforcement du management de proximité. Il faut :

- ré-instituer les conseils de service ;
- assurer un encadrement de proximité tourné vers la cohésion des équipes et la qualité des soins plus que vers les tâches administratives.

Bilan à un an du plan stratégique de l'AP-HP (M. Étienne GRASS) **diaporama & bilan**

Notre **plan stratégique 2015-2019** s'accompagne de 57 indicateurs destinés à suivre sa mise en œuvre. La levée des réserves de la certification V2010, la progression du nombre d'évènements indésirables graves (ÉIG) déclarés, par exemple, font partie des motifs de satisfaction. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse (33,9 % en 2015), ainsi que le taux d'utilisation des blocs opératoires (77,4 %). En revanche, la durée moyenne de passage aux urgences adultes reste stable (3h45). Nous devons donc poursuivre nos efforts en 2016.

P^r Noël GARABÉDIAN, le 15 avril 2016