

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 9 juin 2015

Nouvelles de la CME (P^r Loïc CAPRON)

- Les P^{ts} Jean-Claude CAREL et Gilles ORLIAGUET ont rendu hommage au **P^r Yves NIVOCHÉ**, anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Robert-Debré, décédé le 31 mai, âgé de 64 ans.
- Le 8 juin, L. CAPRON et six autres membres du groupe *ad hoc* de la CME sur le **projet médical de l'Hôtel-Dieu** (B. CRICKX, N. GARABÉDIAN, A. GERVAIS, B. GRANGER, P. LEGMANN, G. SEBBANE) ont rencontré le D^r Bernard JOMIER, maire adjoint de Paris en charge de la santé et vice-président du conseil de surveillance de l'AP-HP. La CME du 7 juillet reviendra sur ce sujet.
- La CME a désigné deux praticiens dans chacune des 12 **commissions locales d'activité libérale** (CLAL) qui doivent être renouvelées ([liste](#)), et proposé au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) une [liste](#) de praticiens pour siéger au **conseil de discipline** compétent pour les DES (internes en diplôme d'études supérieures).
- La **conférence des présidents de CME de CHU** se réunissait à l'hôtel Scipion le même matin que notre CME et recevait à midi la ministre en charge de la Santé. Loïc CAPRON a donc remercié la vice-présidente de la CME, Anne GERVAIS, d'accepter de présider à sa place à partir du point concernant la préservation de la fertilité à l'AP-HP.
- Sur l'invitation du président de la CME, le directeur général est revenu sur son projet de **réorganiser les rythmes de travail des personnels non médicaux à l'AP-HP**, depuis son [discours de vœux](#) le 15 janvier et la réunion d'ouverture du dialogue proposé aux organisations syndicales le 6 mai, jusqu'aux nouvelles bases de discussion proposées le 26 mai (<http://www.aphp.fr/organisationsdutravail>). Dans un [message daté du 14 mai](#), le D^r Christian GUY-COICHARD avait critiqué les propos que le président de la CME avait tenus à la suite de la CME du 12 mai et que la presse avait relayés, disant que « la CME a[vait] apporté un soutien global au directeur général dans sa volonté de refondre le protocole sur la réduction du temps de travail (RTT) signé en 2002 ». Dans sa [réponse datée du 15 mai](#), le président de la CME a invité les 82 élus de la CME à s'exprimer sur cette question : les 12 présidents de CME locale et un chef de pôle ont approuvé sa position ; 7 élus l'ont désapprouvée ; les 62 autres n'ont pas exprimé d'opinion. Le 26 mai a été diffusée une [motion](#) qui n'avait été soumise qu'à certains membres de la CME et avait reçu la signature de 17 d'entre eux : tout en convenant qu'« une réorganisation est nécessaire », ils demandaient des « contreparties tangibles » pour les personnels. Pour le président de la CME, cette polémique ne doit pas se prolonger. Il faut considérer le fond et la forme de la réorganisation du temps de travail que le directeur général de l'AP-HP a mise en discussion :
 - *quant au fond* (la stratégie), la CME est unanime sur l'opportunité d'engager cette réforme, notamment si l'on veut préserver les emplois au contact des patients ;
 - *quant à la forme* (la tactique), la CME est partagée entre une minorité (moins de 25 % des élus) qui considère que la méthode employée par M. HIRSCH est inadéquate, et une majorité qui suit le président de la CME en estimant qu'elle n'a pas compétence à intervenir là-dessus.

Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2014 (M^{me} Carine CHEVRIER, directrice de la DÉFIP, direction économique, financière, des investissements et du patrimoine de l'AP-HP) [diaporama](#)

Le compte financier retrace l'exécution de l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2014 et fait apparaître le résultat de l'exercice budgétaire (48,8 M€ sur le compte principal, 9,8 M€ tous comptes confondus). La CME l'a approuvé à l'unanimité et 8 abstentions.

Information sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (ÉPRD) 2015, et avis sur l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2015-2019 de l'AP-HP (M^{me} Carine CHEVRIER) [diaporama](#)

Le durcissement des contraintes budgétaires oblige la direction générale à revoir le PGFP 2015-2019 (dont la 1^{ère} année correspond à l'ÉPRD 2015) : moindre progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), baisse des tarifs, réduction des crédits affectés aux missions d'intérêt général (MIG) et aux soins de suite et de réadaptation (dotation annuelle de financement, DAF, des SSR).

La direction générale propose de maintenir notre niveau d'investissement (2 G€ sur 5 ans). Profitant de l'amélioration de notre endettement (- 13 % depuis 2011), elle entend financer ce choix en empruntant plus plutôt qu'en augmentant l'efficacité (réduction des dépenses, qui signifie diminution des effectifs, et augmentation des recettes, qui signifie surcroît d'activité) au-delà de 50 M€ supplémentaires sur 5 ans. Lancée par le président de la sous-commission CME des finances (Guy BENOÎT), la discussion a salué les efforts de la DÉFIP, mais très majoritairement désapprouvé le PGFP sur deux arguments principaux :

- le refus du « matraquage » budgétaire que le gouvernement impose aux hôpitaux, plus violemment chaque année, en y compromettant l'offre, la qualité et la sécurité des soins ;
- l'incongruité, dans ce contexte, d'un nouvel Hôtel-Dieu à 100 M€, quand la [CME du 14 avril](#) a exprimé ses doutes sur un tel projet médical.

Sur proposition du D^r Anne GERVAIS, vice-présidente de la CME, cinq élus ont manifesté leur volonté de ne pas prendre part au vote. Sans remettre en cause le travail de la DÉFIP, ils considèrent que voter suppose d'avoir un choix : ici, il n'y a aucun choix puisque la contrainte budgétaire est externe à l'AP-HP et nationale ; le vote ne devrait donc pas avoir lieu.

Le président de la CME a reconnu la légitimité des arguments contre le PGFP, mais a déclaré qu'il voterait pour :

- par cohérence avec notre vœu que l'AP-HP se réorganise, comme cela a été rappelé en début de séance et écrit dans l'introduction (*Principes et contexte*) du [projet médical 2015-2019](#) que nous avons rédigé et voté à l'unanimité il y a juste un an ;
- par admission résignée, mais résolue, du précepte que la contrainte financière est l'aiguillon le plus efficace pour hâter le changement ;
- par refus de cautionner les partisans de l'immobilisme, menace la plus grave qui pèse aujourd'hui sur l'AP-HP.

Des 55 votants (sur 60 élus présents), 34 se sont prononcés contre le PGFP, 20 pour et une abstention. La CME a donc émis un avis clairement négatif.

Avis sur les conclusions du groupe CME et DOMU concernant les transplantations à l'AP-HP (P^{rs} René ADAM et Jean-François DESGRANDCHAMPS) [diaporama](#)

La CME a approuvé à l'unanimité les recommandations du groupe ([lettre de mission](#)) :

- lancer un plan d'action pour augmenter le nombre de donneurs ;
- diffuser les équipements permettant la perfusion des organes pendant leur transport ;

- pour chaque organe (foie, rein), mutualiser les équipes de prélèvement ;
- poursuivre regroupement des équipes de greffes sur la base de justifications médicales et économiques.

Une réflexion complémentaire sur les greffes de tissus (artères, os, etc.) est souhaitée.

Avis sur les conclusions de deux groupes stratégiques AP-HP de la DOMU

– Ophtalmologie (M^{me} Françoise SABOTIER-GRENON, P^r Bahram BODAGHI) [diaporama](#), [rapport](#)

Par 56 voix pour, 2 contre et 2 abstentions, la CME a approuvé les propositions du groupe de travail :

- renforcer l'offre de soins en petite couronne (Avicenne, Bicêtre, Ambroise-Paré) en organisant la délégation de tâches aux orthoptistes et en investissant dans des équipements à la pointe de l'innovation ;
- réfléchir à une offre ambulatoire dans le projet Hôpital nord ;
- maintenir les partenariats avec les Quinze-Vingts et la fondation ophtalmologique Rothschild (FOR) qui permettent le développement d'une recherche de haut niveau principalement organisée autour du département hospitalo-universitaire (DHU) *Vision et handicaps* et de l'Institut de la vision des Quinze-Vingts ;
- veiller à une gouvernance adéquate pour le regroupement des activités adultes de Cochin, l'Hôtel-Dieu, Lariboisière et Necker, dans un bâtiment unique en cours d'agrandissement à Cochin, avec un investissement de 15 M€.

– Préservation de la fertilité (M^{me} Elsa GENESTIER) [diaporama](#), [rapport](#), [annexes](#)

La CME a approuvé à l'unanimité les propositions du groupe :

- créer une plateforme AP-HP d'accès aux soins de préservation de la fertilité dotée d'un numéro d'appel unique, orientant les patients et leur proposant un accès en moins de 48 heures à un centre de préservation de la fertilité 365 jours par an ;
- organiser les parcours de prise en charge clinique et biologique des patients (affections cancéreuses et non cancéreuses requérant des traitements compromettant la fertilité) et homogénéiser les pratiques au sein de l'AP-HP.

Le groupe continuera à se réunir pour suivre la mise en œuvre de ces recommandations et travailler à la définition de référentiels en lien avec le [comité cancer](#) de l'AP-HP.

Indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS), et incitation financière à la qualité (D^r Isabelle GASQUET) [diaporama](#)

Bien qu'imparfaits, les IQSS permettent de comparer les performances de l'AP-HP à celles des autres hôpitaux et de mesurer les progrès accomplis. Obligatoirement mis à la disposition du public, ils doivent aussi nous aider à orienter notre politique d'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). Les résultats 2014, très variables d'un hôpital à l'autre, montrent que nous pouvons progresser. C'est l'objectif du [programme d'action](#) QSS & CAPCU de la CME et du projet stratégique [Gestion des risques et qualité](#) qu'elle a approuvé à l'unanimité le 9 décembre 2014.

Nouvelle organisation du département de la recherche clinique (DRCD) de l'AP-HP (M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE) [diaporama](#)

M^{me} FAVREL-FEUILLADE (directrice du DRCD) propose une réorganisation qui vise à satisfaire les attentes des médecins (voir l'[enquête](#) présentée à la CME du 14 janvier 2014) sur les délais de mise en œuvre des projets, la médicalisation de la gouvernance

du DRCD, le service rendu aux unités de recherche clinique (URC) et aux investigateurs. La CME se félicite que les actions engagées aillent dans le bon sens : titularisation des personnels contractuels de recherche, réforme des circuits de gestion des projets de recherche, création d'une coordination médicale collégiale animée par le vice-président recherche du directoire. La CME, compétente en matière de politique de recherche clinique ([décret du 20 septembre 2013](#)), souhaite néanmoins être représentée de droit dans cette coordination et regrette l'absence de coordinateur médical au sein de la gouvernance du DRCD.

Recensement des associations de service à l'AP-HP (D^r Louis LEBRUN, direction de l'inspection et de l'audit, DIA) [diaporama](#)

Sur un principe de déclaration volontaire, la DIA a recensé 377 associations de service intervenant dans 465 services ou unités. Leur objet concerne la recherche (89 % des associations), la formation (48 %) ou la communication (30 %). Les industriels du médicament ou de matériel biomédical concourent aux ressources des trois quarts d'entre elles. La direction générale souhaite sécuriser juridiquement l'ensemble des acteurs concernés par ces associations et réunira un groupe de travail sur ce sujet. La création de la fondation de l'AP-HP pour la recherche, approuvée à l'unanimité par la CME du 9 décembre 2014, et l'instauration du contrat unique remettent les associations de service en question. Si elles restent légales et bien contrôlées, leur souplesse permet de pallier l'insuffisance des financements et la lourdeur des procédures administratives.

P^r Loïc CAPRON, le 15 juin 2015.