

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 14 AVRIL 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU  
MARDI 7 JUILLET 2015**

## **SOMMAIRE**

I.	Informations émanant du président de la CME	7
II.	Avis sur la nouvelle procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers	9
III.	Avis sur un nouveau projet médical pour l'Hôtel-Dieu	12
IV.	Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP	23
V.	Organisation territoriale de la cancérologie en Seine-Saint-Denis	26
VI.	Temps de travail des internes	28
VII.	Nouveau statut des sages-femmes hospitalières	31
VIII.	Avis sur la révision de la structure des pôles	32
IX.	Questions diverses	34
X.	Approbation du compte-rendu de la réunion du 25 février 2015	35

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLENIÈRE**

1. Informations émanant du président de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)
2. Avis sur la nouvelle procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers (M<sup>me</sup> Christine WELTY, P<sup>f</sup> Thierry BEGUE)
3. Avis sur un nouveau projet médical pour l'Hôtel-Dieu :
  - Conclusions du groupe de travail *ad hoc* de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)
  - Projet du groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE)
  - Projet financier (M<sup>mes</sup> Carine CHEVRIER et Laurence NIVET)
4. Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP :
  - Sécurisation du médicament (P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX)
  - Contrat de bon usage des produits de santé (CBUS, M<sup>me</sup> Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS)
  - Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS, P<sup>f</sup> Philippe LECHAT)
5. Organisation territoriale de la cancérologie en Seine-Saint-Denis (P<sup>f</sup> Yves COHEN)
6. Temps de travail des internes (MM. Jules GREGORY et Stefan NERAAL)
7. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières (M<sup>me</sup> Grazia BRISSET)
8. Avis sur la révision de la structure des pôles (P<sup>f</sup> Gérard CHERON, M<sup>me</sup> Christine WELTY)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte rendu de la réunion du 25 février 2015

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2015

#### **Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>r</sup> Michel AUBIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. le D<sup>r</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry CHINET
- M. le P<sup>r</sup> Yves COHEN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le P<sup>r</sup> François DESGRANDCHAMPS
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>r</sup> Bruno GOGLY
- M. le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET
- M. le P<sup>r</sup> Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Cécile HVOSTOFF
- M. Valentin JOSTE
- M. P<sup>r</sup> Fabien KOSKAS
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M. Louis MAFFI BERTHIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M. le Pr Philippe MENASCHE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>r</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M<sup>me</sup> Marion TEULIER
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot président de la conférence des doyens d'Île-de-France
- M. le P<sup>f</sup> Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M<sup>me</sup> Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Yann FLECHER, représentant du comité technique d'établissement central
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P<sup>f</sup> Bruno RIOU, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général  
directeur par intérim des ressources humaines
- M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M<sup>me</sup> Laurence NIVET, directrice de l'HAD et du projet Hôtel-Dieu - HAD
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)  
M<sup>me</sup> Gwenn PICHON NAUDE, DOMU
- M<sup>me</sup> Florence VÉBER, déléguée aux relations internationales
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  
- M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Pierre CARLI, Marc DELPECH, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, Fabienne LECIEUX, Guy LEVERGER, Ariane MALLAT, Dominique VALEYRE, Jean-Philippe WOLF, Michel ZÉRAH

- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, M. Valentin JOSTE

*La séance est ouverte à 8 heures 30 sous la présidence du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations émanant du président de la CME**

**Le président** accueille le P<sup>r</sup> Fabien KOSKAS, chef du service de chirurgie vasculaire de la Pitié-Salpêtrière, qui remplace le P<sup>r</sup> CARBONNE, parti de l'AP-HP. M<sup>me</sup> Laura LECHIEN, représentant les internes en odontologie à la CME, est remplacée par M. Louis MAFFI-BERTHIER.

Le président indique que le cycle de conférences budgétaires et stratégiques des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH touche à sa fin, la dernière conférence, celle de l'hôpital Paul-Doumer, étant prévue le 7 mai. Ces réunions ont montré la difficile conciliation entre la stratégie et l'efficacité. Les solutions sont inscrites dans le projet d'établissement, et plus particulièrement dans le projet médical voté à l'unanimité par la CME : réorganiser, restructurer, regrouper, supprimer les activités devenues inutiles ou qui ne doivent pas être nécessairement réalisées à l'hôpital pour rendre service aux patients, ce qui conduit à l'ouverture de l'AP-HP sur les centres hospitaliers d'Île-de-France et sur la ville.

Une CME extraordinaire est prévue le mardi 26 mai à 18 heures pour discuter des propositions de chefs de pôle qui seront faites au directeur général, à qui revient la décision de nomination.

La CME est représentée au conseil d'administration de l'association pour la gestion des œuvres sociales des administrations parisiennes (AGOSPAP) par deux membres titulaires, les D<sup>rs</sup> Martine MARCHAND et Louise GOUYET et deux suppléantes, les D<sup>rs</sup> Anne-Reine BUISINE et Valérie PERUT. Le D<sup>r</sup> Louise GOUYET ayant quitté l'AP-HP, le président propose de la remplacer par le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE et de désigner le D<sup>r</sup> Isabelle NEGRE, comme seconde suppléante. La CME approuve cette proposition à l'unanimité.

Un nouveau site internet de la CME a ouvert le 8 avril. Il remplace l'ancien site créé et animé pendant 12 ans par M. Henri LIFCHITZ, qui vient de partir à la retraite.

Le directeur général a adressé aux personnels un message sur l'organisation du temps de travail. Le président l'invite à s'exprimer sur ce changement, qu'il avait annoncé dans son discours de vœux.

**Le directeur général** explique que trois chantiers ont été lancés dans le domaine social.

- Le chantier des crèches initié à la fin de l'année 2014 est désormais terminé. L'objectif était de conventionner les crèches de l'AP-HP afin qu'elles soient éligibles aux subventions de fonctionnement et d'investissement. Ceci permet d'obtenir des recettes de fonctionnement d'un montant de 15 M€ par an, de manière pérenne. 10 M€ d'investissements seront également perçus, ce qui permettra de mettre les crèches aux normes. Une convention avec la Ville de Paris permettra parallèlement d'accueillir davantage d'enfants qu'actuellement.
- La poursuite de la déprécarisation des personnels de l'AP-HP. La loi de 2012 permet en effet de déprécariser des personnes qui enchaînent des contrats à durée déterminée (CDD) et remplissent des postes permanents. Suite aux discussions avec la communauté médicale, une action sera menée auprès des personnels de recherche : techniciens d'études cliniques (TEC) et assistants de recherche clinique (ARC). Des échanges sont en cours avec les organisations syndicales.
- L'organisation et le temps de travail : il s'agit de revoir les protocoles qui datent d'une quinzaine d'années sur la concordance des temps de travail entre les différents acteurs et la

répartition du travail dans la journée sur la semaine, afin de s'adapter à de nouvelles organisations médicales. Dans le cadre des unités de chirurgie ambulatoire, les besoins de présence du personnel dans la journée ne sont pas exactement les mêmes que dans le cadre de la chirurgie conventionnelle. De même, dans les unités d'hospitalisation de jour, les plages horaires devraient différer des plages habituellement constatées. Les horaires privilégiés (7h36/7h50) génèrent des journées de réduction du temps de travail (RTT) nombreuses, mais difficiles à prendre et irrégulières, ce qui crée des difficultés de remplacement ou de stabilité de planning. Des échanges seront menés avec les organisations syndicales afin de trouver des organisations plus efficaces et plus stables, et d'obtenir des prévisions dans le trimestre et dans l'année, d'autant plus que les instabilités sont génératrices d'absentéisme. Un travail sera mené, à partir d'un état des lieux des pratiques à l'assistance publique, avec les organisations syndicales au niveau central, en associant les responsables médicaux, afin de mettre en place une nouvelle organisation plus pertinente en renforçant, à cette occasion, l'encadrement de proximité.

**Le président** demande s'il existe un risque élevé de conflit social dans le cadre de ces trois projets.

**Le directeur général** assure que la volonté de la direction de l'AP-HP est de définir des voies équilibrées, avec des éléments positifs, notamment une meilleure régularité, un meilleur accès à la formation et une plus grande efficacité du service public. Il ajoute que les problématiques des conditions de travail ne seront pas dissociées des problématiques d'efficacité liées à une meilleure organisation des temps de travail.

**Le président** demande si l'AP-HP reviendra sur les 35 heures.

**Le directeur général** indique que l'AP-HP respectera évidemment les textes en vigueur, tout en recherchant un meilleur équilibre.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** rappelle que la loi a 15 ans et a besoin d'être revue. Il estime que le risque de conflit social est faible, dès lors que les organisations syndicales ne seront pas mises devant le fait accompli et qu'il existera des marges de négociation.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BEGUE** note, s'agissant des contrats précaires, que l'inquiétude est importante au sein des services, les dates de concours ou commissions n'étant pas connues suffisamment à l'avance. Au-delà des TEC, une attention doit être portée aux secrétaires médicales, qui sont des personnes clés des services.

**Le président** cède la parole au P<sup>f</sup> Paul LEGMANN, qui lui a adressé une question diverse sur ce sujet.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** s'interroge, s'agissant des CDD qui travaillent dans les services, notamment des secrétaires médicales, sur les perspectives 2015. Il demande si les concours seront ouverts avec suffisamment de postes pour répondre aux besoins.

**Le directeur général** précise que l'objectif est de donner de la visibilité aux personnels sur les 12 prochains mois, c'est-à-dire jusqu'au printemps 2016. Les prévisions de concours par catégorie et par GH devraient ainsi inclure 700 postes, et non plus 200. Un état des lieux est actuellement établi afin de recenser les personnes qui ont cumulé des contrats courts sur des postes répondant à des besoins permanents. Si ces mesures présentent un surcoût (prime d'installation,



titularisation...), l'objectif est de mettre en place une organisation efficace ne créant pas davantage de rigidité.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** note que l'accès aux crèches et leur mise aux normes sont positifs, mais craint que cette ouverture ne pénalise les médecins du fait des seuils de ressources. Il souhaiterait que l'accès aux crèches soit préservé, notamment pour les internes et chefs de clinique qui ont des enfants.

**Le directeur général** assure que cet accès sera non seulement préservé, mais élargi, le taux d'occupation des crèches actuel étant relativement faible. Il rappelle que les tarifs seront évidemment progressifs en fonction des revenus.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** demande si des échanges sont prévus sur l'organisation du temps de travail des praticiens hospitaliers, notamment pour des spécialités à recrutement difficile au sein de l'AP-HP.

**Le directeur général** confirme que des discussions sont en cours pour les urgentistes et les services d'urgence adultes et pédiatriques. D'autres questions seront examinées dans un second temps au niveau ministériel.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** précise qu'il faisait référence aux anesthésistes-réanimateurs.

## **II. Avis sur la nouvelle procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers**

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que la note relative à la révision 2016 a été transmise. Elle relève une médicalisation accrue de la procédure, puisque celle-ci est basée sur l'acceptation des postes en fonction de la stratégie de l'AP-HP. Des indicateurs seront transmis en mai sur la base des chiffres 2013. Les indicateurs 2014 seront quant à eux communiqués à compter du mois de septembre. La deuxième nouveauté concerne le classement par les collégiales des candidats, à la demande des GH. L'instruction par le groupe restreint de la CME sera effectuée au regard de ces priorités, et non plus du financement. **M<sup>me</sup> Christine WELTY** relève en conséquence l'arrêt des emprunts et de leur redistribution par la CME et l'autofinancement priorisé des GH. La révision des effectifs devra néanmoins préserver les engagements antérieurement pris par la CME et maintenir une redistribution des postes aux bornes de l'AP-HP limitée aux priorités institutionnelles.

La procédure est par ailleurs allégée puisque les GH disposent d'un mois supplémentaire pour réaliser les travaux au sein de leur communauté. Le dossier de candidat sera également limité au seul CV. L'usage de la 2<sup>e</sup> publication et des publications au fil de l'eau sera parallèlement accru pour favoriser l'attractivité. **M<sup>me</sup> Christine WELTY** signale enfin la fin de l'obligation de reprise du poste H après promotion HU.

L'efficience sur la masse salariale du personnel médical (PM) sera fixée à l'aune de l'actualisation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui sera proposée en consolidation du cycle des conférences stratégiques qui vient de s'achever. Les GH peuvent faire l'efficience sur la totalité de leur masse salariale PM senior par l'utilisation des leviers suivants : permanence des soins en établissement de santé (PDSES), temps de travail additionnel, contractuels, etc. Le calcul de l'efficience 2016 sur la seule révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) est donc assis sur la même assiette et le même pourcentage que celui de 2015, il aboutit donc au même montant de 5 M€.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BEGUE** explique que l'objectif de ce cadrage est de redonner de l'autonomie aux groupes hospitaliers sur la masse salariale PM. S'agissant des collégiales, le maillage au niveau de l'institution doit être maintenu, l'analyse ressortant du niveau central.

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** estime que le remplacement des personnels présentant des problématiques médicales doit être intégré dans les priorités.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** explique qu'il n'est pas possible de recruter du personnel contractuel de remplacement.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** salue les avancées enregistrées, notamment la décentralisation de la procédure au niveau des groupes hospitaliers et la suppression de la perte automatique du poste de PH pour une promotion HU. Il adhère à la démarche et se félicite que des personnes puissent être nommées au 2<sup>e</sup> passage, c'est-à-dire au mois de janvier. Si la facture a quelque peu baissé, il estime qu'elle reste encore importante et ajoute que la ventilation de cette économie devra être examinée. Il craint que certaines économies ne soient extrêmement difficiles à réaliser à périmètre constant.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** explique que la nécessité de réaliser des économies sur le personnel médical peut également se traduire par des économies de périmètre, notamment des restructurations.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande si le vote porte sur la procédure. Une procédure prenant en compte une répartition équitable des effectifs médicaux doit être saluée. Elle déplore en revanche que seule la rentabilité d'une mesure nouvelle soit évoquée pour l'attribution des effectifs, et non sa nécessité médicale : la révision des effectifs devrait avant tout répondre à des besoins de soins.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ** demande qui gèrera le 0,4 % qui correspond à 19 ETP.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que le bureau restreint de la CME fera, sur ce point, une proposition au directeur général, qui disposera.

**Le directeur général** tient à souligner le travail réalisé ces derniers mois afin de répondre aux insatisfactions qui s'étaient manifestées lors de la CME du 9 décembre et d'élaborer une procédure équilibrée. Celle-ci pourra encore évoluer et adopter une orientation pluriannuelle. Le directeur général note enfin, que l'effort du PGFP ne sera ni supérieur ni inférieur à l'effort du précédent projet.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** se félicite que la note de cadrage fasse l'objet d'échanges en CME. Il note que le 0,4 % sert aux retours d'emprunts et permet à la CME d'orienter la politique médicale et de corriger les inégalités en termes d'effectifs. Il s'interroge sur la capacité de la CME à agir sur l'équité au regard des retours d'emprunts prévus et demande à la DOMU d'évaluer l'enveloppe correspondant à la masse salariale qui a été empruntée

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** note que les emprunts se sont multipliés depuis quatre ou cinq ans et précise ne pas disposer de la clé de répartition entre les remboursements annuels et les capacités de financement des mesures institutionnelles nouvelles. Elle ajoute que les remboursements devront épouser les objectifs institutionnels fixés.

**Le président** indique que le montant des remboursements sera connu en juin suite au recensement effectué au sein des GH.

Il souhaite que l'odontologie soit ajoutée aux priorités institutionnelles, conformément aux demandes de l'ARS.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** propose que l'odontologie soit ajoutée sous réserve d'un projet médico-économique validé.

**Le président** ne signera la note de cadrage que si l'odontologie est ajoutée aux priorités.

**Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER** rappelle que la révision des effectifs n'a pas permis d'atteindre les économies demandées et demande comment les 5 M€ envisagés seront répartis.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** assure que les groupes hospitaliers ont réalisé les économies dans le cadre des cycles de conférences stratégiques et budgétaires, sur la base de la gestion des flux de PM. S'agissant de la révision des effectifs 2016, celle-ci n'est pas encore connue, mais la répartition relèvera, en tout état de cause, des GH.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** se félicite de l'absence du retrait de poste de PH en cas de promotion HU et demande si ceci reste valable pour toutes les promotions HU (intraservice, intrapôle, intra-GH hors AP-HP).

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'il est indiqué, page 3, qu'il revient au groupe hospitalier de déterminer si le poste H est reconstitué à la promotion HU.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** demande s'il est possible de raccourcir la procédure d'intégration des PH hors AP-HP au sein de l'AP-HP, ainsi que la procédure pour passer d'un temps plein à un temps partiel PH.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle, s'agissant du second cas, que les délais ne peuvent être raccourcis, compte tenu du statut. Quant au premier cas, lorsqu'un PH extérieur intègre l'AP-HP dans le cadre d'une mesure nouvelle, il est intégré sur la base d'une mise à disposition. Le délai d'intégration comme PH a été raccourci en évaluant la mesure nouvelle, son intérêt médical et financier, ce qui permet d'intégrer le médecin au tour de publication suivant, c'est-à-dire six mois plus tard, au lieu de dix-huit mois par le passé.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** s'interroge sur le mode de rémunération prévu lors de la mise à disposition.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** explique que la personne est rémunérée sur la base de son statut PH, l'AP-HP remboursant l'établissement d'origine.

**Le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN** note que certains postes ne sont pas pourvus immédiatement et demande si les masses budgétaires non utilisées en fin d'année sont perdues pour les groupes hospitaliers.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme ce point, expliquant qu'il s'agit de l'effet « passage en tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) ».

**Le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN** déplore que les jeunes bien formés ne puissent être, de ce fait, retenus au sein de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que la situation actuelle n'est, sur ce point, pas modifiée. Les jeunes entreront dans le cadre de la révision des effectifs.

**Le président** invite chaque chef de service, chaque chef de pôle et chaque président de CME locale à se montrer extrêmement attentif à la gestion du temps médical de son périmètre. L'amateurisme sera en effet immédiatement sanctionné.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** s'interroge sur les marges de manœuvre de la CME centrale sur des postes supra-GH, afin d'éviter certains doublons et concurrences néfastes.

**Le directeur général** rappelle que la CME s'est donné des marges de manœuvre lorsqu'elle a voté son projet médical il y a neuf mois. Elle peut être impliquée dans les réorganisations supra-GH, qui donneront lieu à une discussion, mi-mai, avec les présidents de CME locale et les doyens. Les nominations qui en découleront s'appuieront ainsi sur une légitimité médicale.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** s'étonne que les candidats extérieurs puissent être intégrés au bout de six mois, alors qu'il est exigé, pour les spécialités à recrutement difficile (anesthésie-réanimation), une période de deux ans de PHC avant d'intégrer le statut de PH.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que sa réponse portait sur des médecins déjà PH intégrant l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** note que les besoins de PHC ne répondent pas une nécessité et ajoute qu'une bascule automatique doit être prévue.

**Le président** propose de procéder au vote, conformément au décret du 20 septembre 2013 qui a élargi les pouvoirs de la CME. En votant, la CME assume ces responsabilités supplémentaires, difficilement conquises. Au titre de ces nouvelles compétences, l'article 1<sup>er</sup> de ce décret prévoit notamment que la commission médicale d'établissement est désormais consultée sur : la politique de recrutement des emplois médicaux et sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Le vote de ce jour se rattache à la première. Il ne s'agit pas de voter sur le montant de l'efficience à réaliser en 2016, mais bien sur la méthode de révision des effectifs. En juin seulement, la CME sera consultée sur l'efficience avec le vote sur le PGFP. L'avis demandé à la CME porte sur une note de méthode et non sur une note de cadrage.

Le président approuve la nouvelle méthode proposée après concertation avec les présidents de CME locales et au directoire. C'est un bon compromis entre la décentralisation au niveau des GH, voulue à juste titre par les présidents de CME locales, et la nécessité d'une régulation centrale par la CME.

*À bulletins secrets, la CME émet un avis favorable par 36 voix pour, 23 voix contre, 3 bulletins blancs et 1 bulletin nul.*

### **III. Avis sur un nouveau projet médical pour l'Hôtel-Dieu :**

#### **1. Conclusions du groupe de travail ad hoc de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)**

**Le président** précise que ce groupe était composé de 18 membres de la CME, qu'il tient à remercier pour leur assiduité et leur contribution. 9 réunions se sont tenues du 21 novembre 2014 au 26 mars 2015.

Le groupe était composé de 18 membres de la CME qui se sont réunis 9 fois du 21 novembre 2014 au 26 mars 2015.

Le groupe retient les principes suivants, qui figuraient dans l'introduction du document du directoire de l'AP-HP du 16 septembre 2014:

- maintien d'un Hôtel-Dieu hospitalier ;
- prise en compte des positions de la CME (motions du 10 juillet et 13 novembre 2012) :
  - garantie et amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) ;
  - investissement n'obérant pas les autres projets de l'AP-HP inscrits au PGFP ;
  - compte d'exploitation non déficitaire et aval de la CME sur le projet médical.

L'architecture de l'Hôtel-Dieu est composée de trois parties :

- l'île A, environ 25 000 m<sup>2</sup> (le long de la rue de la Cité), restera l'Hôtel-Dieu « hôpital » ;
- l'aile B, environ 24 000 m<sup>2</sup> (rue d'Arcole) deviendra l'Hôtel-Dieu « immobilier » ;
- l'aile C, environ 4 500 m<sup>2</sup> sera l'Hôtel-Dieu « AP-HP », c'est-à-dire un Hôtel-Dieu « communautaire », incluant notamment des salles de réunion.

Le groupe avalise le transfert d'activités transversales dépendant du siège de l'AP-HP (agence générale des équipements et produits de santé [AGEPS], département de la recherche clinique et du développement [DRCD], comité d'évaluation des technologies de santé [CEDIT]...). Il considère impérative la préservation de l'école de chirurgie des hôpitaux, avec trois options actuellement à l'étude : maintien rue du Fer-à-Moulin, ou transfert à l'Hôtel-Dieu ou aux Saints-Pères.

Le groupe a passé en revue les 10 points de la trame du projet médical soumis à concertation par le directeur général au directoire du 16 septembre 2014.

- Urgences : le groupe de travail mis en place par la DOMU avec le P<sup>r</sup> CARLI n'a pas rendu ses conclusions à la CME, laissant le sujet dans le flou.. La CME restera vigilante sur le respect de la QSS & CAPCU.
- Médecine ambulatoire (tarifs du secteur 1) : le projet vient en continuation des activités actuelles (centre de diagnostic et de thérapeutique, du centre de prise en charge de l'infection VIH, espace santé jeunes, médecine vasculaire, médecine du sport, pathologie professionnelle et santé au travail, sommeil). Des consultations spécialisées seront organisées en lien avec Cochin.
- Ouverture à la médecine générale : l'objectif est partagé par le groupe mais il constate qu'il n'existe pas de projet mûr dans l'immédiat. La médecine générale a besoin de l'AP-HP pour le 2<sup>e</sup> recours et le plateau technique, mais ne souhaite pas s'installer dans nos locaux.
- HAD : elle s'installera à l'Hôtel-Dieu où seront regroupées ses structures actuelles de Vésale, Pitié-Salpêtrière et Tarnier.
- Santé publique et économie de la santé : elles constitueront le point fort du projet académique, avec le centre d'épidémiologie clinique du P<sup>r</sup> RAVAUD et HOSPINNOMICS.
- Éducation thérapeutique : le groupe considère qu'elle doit être réalisée dans les centres qui soignent les maladies chroniques. Le concept d'institut du patient lui apparaît flou.

- Santé mentale : les équipes de psychiatrie adulte de Cochin, Tarnier et Hôtel-Dieu seront regroupées à l'Hôtel-Dieu.
- Soins de suite et de rééducation (SSR) et soins de longue durée (SLD) gériatriques : l'architecture de l'Hôtel-Dieu ne permet pas d'accueillir ce type d'activité.
- Lits halte soins de suite : le projet envisagé en lien avec le SAMU social n'est pas mûr. Une autre idée a émergé : une HAD « à l'envers » pour personnes sans domicile fixe (SDF).
- Prévention : elle s'effectue surtout là où se dépistent et soignent les maladies. L'hôpital s'occupe de prévention secondaire, la prévention primaire relevant de la médecine de ville. Cependant, le centre d'épidémiologie peut être un lieu de recherche intéressant sur la prévention en médecine générale. La présence de la mammographie et du centre de vaccination sont cohérents avec le projet.

Le secteur médico-judiciaire restera inchangé, avec les consultations H24 de l'unité médico-judiciaire (UMJ) et la salle Cusco, . Les porteurs de cocaïne liquide dans l'intestin sont aujourd'hui transférés à Cochin compte tenu du risque important d'intoxication suraiguë et du besoin de chirurgie ou d'endoscopie.

Pour l'organisation et la gouvernance, le projet d'hôpital inter-universitaire de santé publique non rattaché à un GH développé par les P<sup>TS</sup> FAGON et LOMBRAIL est abandonné. Le groupe souhaite que l'Hôtel-Dieu demeure au sein du GH *Hôpitaux universitaires Paris Centre* (HUPC) et reste un hôpital universitaire de l'UFR Paris-Descartes. Il est un pôle du GH et compense les fermetures de Tarnier et du Val-de-Grâce.

Quatre modalités de soins seront ainsi prévues à l'Hôtel-Dieu :

- consultations : accueil 24 heures sur 24 (SAU ou consultation), imagerie, biologie délocalisée (en lien avec Cochin) ;
- hôpital de jour partagé ;
- centre de dispensation des médicaments (rétrocession par U-pharma) ;
- hospitalisation courte sans proximité immédiate d'un environnement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) traditionnel : unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) des urgences, psychiatrie (29 lits), Cusco (gardés à vue), ambulance du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sur place.

## 2. **Projet du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris-Centre** (P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE)

Le P<sup>r</sup> Stanislas rappelle les différentes décisions du directoire de l'AP-HP :

- le site de l'Hôtel-Dieu ne serait pas fermé ;
- le site de l'Hôtel-Dieu ne serait pas séparé du GH HUPC ;
- le projet médical de l'Hôtel-Dieu devrait s'intégrer dans celui du GH HUPC ;
- le projet devrait être validé par la CME centrale dans un souci de « cohérence médicale et de respect des équilibres financiers ».

Le projet du Val-de-Grâce, avec le transfert d'environ 150 lits sur ce site, a été abandonné. Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE rappelle par ailleurs la volonté de l'AP-HP de fermer le site de Tarnier (9 500 m<sup>2</sup>).

Des activités du GH HUPC sont déjà localisées sur le site de l'Hôtel-Dieu :

- pôle 111 ;
- pôle 109 : santé publique – recherche – vigilances (GH) ;
- pôle 110 : ophtalmologie (2017) ;
- autres : biologie, SAU, SMUR, douleur, médecine nucléaire, pharmacie à usage interne (PUI)...

Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE fait part des quatre impératifs qui ont guidé le projet médical.

- Il s'agit du projet de l'ensemble de la communauté médicale du GH HUPC.
- Ce projet tient compte des synergies potentielles entre les différents sites du GH.
- Ce projet nécessite une articulation parfaite avec les activités du site Cochin.
- Ce projet s'effectue au sein de la faculté Paris V et a le soutien du doyen.

Plusieurs limites doivent être prises en compte :

- contraintes architecturales (aile A environ 25 000 m<sup>2</sup>) ;
- projet présenté excluant les autres activités médicales (HAD, école de chirurgie, GEROND'IF...) ;
- contraintes économiques du GH, le déficit global du GH étant de 13,9 M€ en 2014. Le site de l'Hôtel-Dieu y participe du fait des incertitudes du projet médical, des raisons structurelles, ou encore de la baisse des activités sur l'ophtalmologie. Le projet intègre des propositions de diminution du déficit.

Le projet compte six volets :

- activités médicales de proximité et spécialisées ;
- activités de psychiatrie ;
- activité médico-judiciaire ;
- activité de prévention ;
- activité de santé publique ;
- plateaux techniques.

S'agissant du SAU, le service d'urgence compte deux SAU, à Cochin et à l'Hôtel-Dieu. Le scénario actuel prévoit le maintien des activités 24/24h d'urgences et de consultations en lien avec l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Les pistes « d'efficience » suivantes sont proposées : fermeture d'une garde de biologie et d'une demi-garde de radiologie.

Les activités d'hôpital de jour (HDJ) et de consultation sont actuellement réparties sur quatre sites de consultations et deux hôpitaux de jour. Une plateforme de consultations pourrait être constituée en regroupant et en augmentant les activités :

- consultations de spécialités de Cochin sur site ;
- mutualisation des consultations et HDJ ;
- consultations de médecine générale avec étudiants et DES (liens avec la faculté), un accord devant encore être trouvé sur ce point.

Cette plateforme devra permettre :

- une facilité d'accès aux soins ;
- l'accès à un plateau technique d'imagerie (Hôtel-Dieu) et de biologie (Cochin) ;
- un axe dépistage, prévention ;
- une interface directe avec les plateaux techniques lourds et les services d'hospitalisation du GH (création d'une cellule de gestion des lits de Cochin).

En matière de psychiatrie, le GH compte trois structures internes. L'objectif est de les regrouper en un seul lieu (Hôtel-Dieu), de créer un HDJ d'addictologie (ARS 2015) et de fusionner les trois services au début de l'année 2016, au départ du D<sup>f</sup> FERRAND.

Les volets suivants sont prévus :

- centre renforcé d'urgence psychiatrique ;
- consultations rapides d'orientation ;
- création d'un centre de référence pour la prise en charge des victimes de psychotraumatisme ;
- centre de diagnostic et de prise en charge des risques psychosociaux en lien avec la pathologie professionnelle ;
- prise en charge des conduites addictives ;
- centre de thérapies cognitivo-comportementales.

L'UMJ assure 42 200 examens par an, assure une mission importante d'expertise et est en lien avec la garde de psychiatrie. Il n'est pas prévu de changement de périmètre. En revanche, le projet inclut le transfert des « boulettes de cocaïne liquides » dans le service de chirurgie digestive de Cochin. Le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE relève une problématique de financement de l'UMJ (patients non assurés, absence de dotation des consultations, examens complémentaires non remboursés...).

Les activités de prévention, dépistage et d'informations comptent les champs d'application suivants :

- le cancer (lien avec l'association pour le dépistage des cancers, ADECA 75, avec projet gestion cohortes) ;
- les infections sexuellement transmissibles (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, CEGIDD, Tarnier) ;
- les maladies cardiovasculaires (lien avec CD) ;
- les risques psycho sociaux liés au travail en milieu hospitalier (lien avec le service de pathologie professionnelle – regroupement Hôtel-Dieu et Cochin).

En matière de santé publique-recherche, les seules nouveautés portent sur le transfert de l'unité de recherche clinique (URC) de Tarnier et des vigilances du GH.

S'agissant des plateaux techniques et des activités de biologie, sont proposées la fermeture du laboratoire de réponse rapide (LRR) et l'installation d'une biologie délocalisée. Les appareils sont déjà achetés. La garde de biologie serait fermée.

En matière de PUI, les activités de collyres et chimiothérapies sont transférées à Cochin (Jean-Dausset). Une PUI sera en revanche conservée pour la dispensation des médicaments et la rétrocession des médicaments.



S'agissant de l'imagerie, compte tenu de la fermeture du Val-de-Grâce en juin 2016, les propositions sont les suivantes en matière de médecine nucléaire :

- une seule unité de médecine nucléaire sur Cochin ;
- relocalisation de l'ensemble de la médecine nucléaire (projet en cours de rédaction) ;
- coopération supra GH avec l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Quant à la radiologie, le maintien du service sur le site est un point fort et incontournable du projet de l'Hôtel-Dieu.

En conclusion, le projet présenté est nécessaire au GH pour pouvoir accueillir les activités déjà sur l'Hôtel-Dieu et pour fermer Tarnier d'ici environ deux ans. Il est cohérent avec la stratégie médicale du GH. Il se pose comme un modèle de coopération entre un site lourd et un site de proximité. Il est caractérisé par une forte composante de santé publique et de recherche. Il est raisonnable et fait le consensus dans le GH. Enfin, il est structuré au sein d'un pôle (proximité, prévention, psychiatrie, santé publique) pour évaluer son efficience.

### **3. Projet financier**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** rappelle que la surface totale s'élève à 54 200 m<sup>2</sup> de surface dans l'œuvre (SDO) :

- aile A : 25 550 m<sup>2</sup> SDO ;
- aile B : 24 150 m<sup>2</sup> SDO ;
- aile C : 4 500 m<sup>2</sup> SDO.

L'objectif est de se concentrer sur les investissements nécessaires, c'est-à-dire les investissements sur les ailes A et C. Le schéma proposé vise l'équilibre entre cessions et investissements. Le gain net des cessions est compris entre 75 et 105 M€, en retenant l'assiette composée du Fer-à-Moulin et de l'hôtel Scipion. L'hypothèse basse prend en compte un schéma de libération partielle de l'emprise du Fer-à-Moulin en cas d'impossibilité de relocalisation du bâtiment hébergeant l'école de chirurgie.

Dans l'équilibre, il faut aussi noter que le transfert à l'Hôtel-Dieu permet également d'éviter des investissements (AGEPS, Tarnier...) de 8,5 à 10,5 M€.

Les besoins d'investissements s'élèvent à environ 87 M€, incluant un socle technique de 31 M€ et l'aménagement pour un montant de 56 M€. L'aménagement des façades devrait être autofinancé par un fonds dédié. Compte tenu de la valorisation des risques (provision pour rocade, risque amiante, aménagement de l'axe central, délais...), l'investissement est compris entre 96 et 104 M€.

Pour l'aile B, une stratégie d'évitement des investissements sera déployée. La gestion sera ainsi confiée à un tiers, qui portera les investissements. L'AP-HP investirait en propre entre 6 et 12 M€.

S'agissant des perspectives d'exploitation, le résultat futur de l'Hôtel-Dieu sera la somme des résultats économiques des trois destinations :

- équilibre économique lié aux activités localisées dans l'aile A ;
- équilibre économique lié à la programmation de l'aile B (projet en cours d'élaboration) qui pourrait générer des redevances ;
- équilibre économique lié aux activités localisées dans l'aile C.

Au 31 décembre 2014, le déficit ressort à 11,9 M€ dont :

- des surcoûts transitoires des activités médicales et fonctions support pour un montant de 2,3 M€ ;
- des charges de structure (entretien de zones inexploitées) pour un montant de 4,6 M€.

Le fonctionnement de Tarnier coûte parallèlement environ 1 M€.

En projection sur l'aile A, un équilibre semble possible entre les différentes activités, selon les hypothèses disponibles, avec des activités excédentaires ou équilibrées (imagerie, urgences, psychiatrie, laboratoire du sommeil, service des pathologies professionnelles et environnementales et rétrocession) et des activités déficitaires (consultations, UMJ, SMUR, centre de diagnostic).

À cet équilibre potentiel entre activités s'ajoutent au périmètre de l'AP-HP :

- des économies immédiates liées à la mise en exploitation du site Hôtel-Dieu : « suppression » de charges nettes actuelles du site de l'Hôtel-Dieu liées au maintien d'activité support et des charges de structures générées (économie de 6 M€) ;
- une efficacité, en exploitation, du fait des libérations de surfaces par transferts de services sur le site de l'Hôtel-Dieu : Tarnier, Fer-à-Moulin, Vésale, HAD (économie d'*a minima* 1 M€) ;
- des recettes additionnelles liées aux filières d'adressage issues des consultations de l'Hôtel-Dieu.

Ces éléments offriront les conditions d'un modèle d'exploitation équilibré de l'Hôtel-Dieu.

**Le président** ouvre la discussion.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** se félicite que la CME dispose, pour la première fois, d'une vision relativement claire du projet. Les avancées sont incontestables et la CME peut désormais raisonnablement se prononcer. S'il subsiste légitimement certaines incertitudes, le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET ne souhaiterait pas que cette opération sur l'Hôtel-Dieu se traduise par le report des difficultés sur les autres GH. Il note par ailleurs qu'il subsiste une interrogation sur les urgences et souhaiterait connaître l'état des discussions avec la mairie de Paris, notamment sur le terrain de Saint-Vincent-de-Paul, et l'aide de la Ville de Paris et de la Région dans le cadre de ce projet.

**Le directeur général** note que la majorité et l'opposition à la Ville de Paris avaient fait connaître publiquement il y a un an qu'elles ne voteraient jamais la modification du plan local d'urbanisme (PLU) qui ôterait toute vocation hospitalière à l'Hôtel-Dieu. En revanche, la fermeture de Tarnier est envisageable, tout comme la cession de Scipion et du Fer-à-Moulin ou la modification partielle de la vocation de l'Hôtel-Dieu. S'agissant de Saint-Vincent-de-Paul, la situation était jusqu'à présent bloquée du fait des demandes inacceptables de la Ville de Paris. Un accord est désormais soumis à l'avis des Domaines sur des conditions de vente, qui sont tout à fait convenables pour l'AP-HP. Le prix pourra être indiqué lors du conseil de surveillance du mois de juin. Les intérêts de l'AP-HP ont été sauvegardés. Un accord a également été obtenu sur la problématique du logement social. La configuration est ainsi équilibrée pour l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** note qu'il est indiqué que ce projet pourrait accueillir Géronidif et souhaiterait obtenir des précisions sur ce point. Il demande si des consultations de patients âgés seront envisagées à l'Hôtel-Dieu, alors que Broca dispose déjà d'une forte orientation dans ce domaine.

**Le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE** précise que ceci n'est pas envisagé à ce stade. S'agissant de GEROND'IF, il s'agit d'une activité médicale non gérée par le groupe hospitalier.

**Le président** s'est renseigné sur ce point : GEROND'IF disposera d'un bureau, d'une salle de réunion et d'un secrétariat, mais n'aura pas d'activité clinique sur place. La vocation de GEROND'IF est de favoriser le progrès médical et la recherche clinique des gériatres d'Île-de-France.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** estime que la présentation du P<sup>f</sup> CHAUSSADE constitue un bon compromis, même s'il n'a pu participer aux différents groupes de travail suite aux événements du 7 janvier. Les urgences de l'Hôtel-Dieu sont, à son sens, indispensables, au regard des risques de terrorisme majeurs. S'agissant du SMUR, le passage en H24 du SMUR de l'Hôtel-Dieu visait à sécuriser l'Hôtel-Dieu la nuit. Dès lors qu'un urgentiste reste, la problématique de conserver le SMUR H24 est posée. L'organisation des SMUR pourrait, plus largement, être redéfinie sur l'ensemble de Paris intra-muros.

**Le président** estime qu'amener des blessés graves en masse à l'Hôtel-Dieu est totalement déraisonnable. En revanche, l'accueil des victimes de psycho-trauma est opportun.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** rappelle que les blessés graves sont envoyés directement dans les salles de réveil ou dans les blocs opératoires.

**Le président** précise que l'Hôtel-Dieu prendra en charge les victimes de psychotrauma, comme il l'a fait lors des attentats du mois de janvier, où il y a eu plus de personnes victimes de trauma psychique que physique. Il remercie, à cette occasion, le D<sup>f</sup> DANTCHEV.

**Le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN** rappelle son attachement à l'école de chirurgie, qui est essentielle pour la formation des internes et la recherche chirurgicale. Il remercie le directeur général d'avoir écrit un courrier afin de rappeler l'importance de cette école. Si différentes options sont envisageables, le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN souhaiterait qu'une décision définitive soit rapidement prise sur la localisation retenue.

Le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN souhaiterait savoir comment la ville de Paris aidera l'AP-HP afin de conserver une vocation médicale à l'Hôtel-Dieu dans un contexte où les incertitudes perdurent depuis plusieurs années pour les personnels.

Quant au plan économique, le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN espère obtenir davantage d'éléments, notamment par rapport à la situation des autres groupes hospitaliers.

**Le directeur général** réaffirme l'attachement de l'AP-HP à une école de chirurgie de qualité. L'apport des chirurgiens est en effet essentiel tant pour les jeunes que pour favoriser les innovations en matière de chirurgie. L'école de chirurgie ne sera pas une victime collatérale du projet de l'Hôtel-Dieu. Au contraire, la situation doit avancer. S'agissant des gros animaux, il tient à remercier le P<sup>f</sup> MENASCHE, qui a accepté une discussion pour pouvoir, le cas échéant, conserver au centre de Paris cette activité et éviter Maisons-Alfort.

Pour le directeur général, ne pas conserver le site de l'Hôtel-Dieu ne permettrait pas de supprimer le déficit, bien au contraire. Le projet présenté constitue au contraire un moyen de débloquent la situation.

À ce stade, aucune hypothèse d'apport de financement de la Ville de Paris et de la Région n'a été intégrée. À partir du moment où l'AP-HP développera une vision du site plus précise, sa crédibilité sera en effet plus grande pour faire part de demandes auprès de ses partenaires.

**Le président** estime essentiel que le CHU d'Île-de-France favorise l'enseignement, la recherche et le progrès chirurgical, ce pourquoi il a insisté auprès du directeur général pour obtenir cet engagement.

Il indique que le groupe de travail de la CME a invité la mairie à s'exprimer devant lui, notamment pour l'interroger sur les engagements qu'elle était prête à prendre pour la réalisation du projet du nouvel Hôtel-Dieu. Il regrette que la mairie ait décliné cette invitation, laissant la place au doute sur ses intentions.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL** remercie d'avoir été invité à participer au groupe de travail. Il espère que le GH Paris Centre sera traité de manière équitable par rapport au reste de l'AP-HP. Il relève un déséquilibre entre l'investissement estimé de l'ordre de 100 M€ et les cessions évaluées plutôt à 75 M€ sans l'école de chirurgie. Il estime que les parts de l'avoir collectif revenant à un projet transversal et celles dédiées au projet spécifique du GH Paris Centre doivent être distinguées.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** indique que les valorisations des cessions et des investissements ont été définies avec l'appui d'un expert externe.

S'agissant de l'exploitation de l'aile B, la redevance devrait être progressive. Concernant l'aile C, des recettes pourraient être perçues pour des locations de salles, notamment des salles de réunion. Ces recettes n'ont toutefois pas, à ce stade, été estimées. Quant à l'aile A, deux modèles économiques doivent être distingués. L'un est lié au projet médical présenté qui sera intégré au GH Paris-Centre, et pour lequel les conditions d'équilibre potentiel sont réunies. La moitié de cette aile accueillera l'AGEPS, l'HAD ou le DRCD. Sur ce point, l'équilibre est permis par les économies envisageables à Tarnier, Vésale et au carré Saint-Louis. Ces économies dépassent le seul périmètre du GH Paris-Centre et ressortissent à l'AP-HP.

**Le directeur général** tient à rappeler que l'Hôtel-Dieu reste un patrimoine important au service de l'ensemble de l'AP-HP, dont une partie relève du projet médical du GH et de Paris V. Pour l'autre partie, les économies générées sur certains sites bénéficieront à l'ensemble de l'AP-HP. Parallèlement au travail de la communauté médicale du groupe de travail de la CME et du GH, l'objectif a été de remplir les objectifs fixés en juillet 2014, c'est-à-dire de ne pas investir de l'argent dans l'Hôtel-Dieu qui pourrait être nécessaire pour d'autres projets institutionnels.

**Le D<sup>f</sup> Nathalie DE CASTRO** salue le travail réalisé et note que des idées pertinentes ont été présentées. S'agissant des contraintes politiques, elle ne se déclare pas compétente pour se prononcer sur l'opportunité de conserver ou non l'Hôtel-Dieu. Il convient, à son sens, d'examiner la pertinence du projet médical et l'intérêt de l'Hôtel-Dieu pour l'AP-HP et les Parisiens, sujets pour lesquels elle estime que la réponse n'est pas évidente. Elle s'interroge sur le coût d'une fermeture de l'Hôtel-Dieu ou du transfert des activités de soins de l'Hôtel-Dieu.

S'agissant du plan financier, le D<sup>f</sup> Nathalie DE CASTRO juge difficile d'investir près de 100 M€ dans un projet alors qu'il sera demandé à l'ensemble des GH des efforts sans précédent, et que le site devrait fermer dans deux, cinq ou dix ans, en fonction des évolutions du contexte politique. Elle ne

votera pas ce projet pour l'ensemble de ces raisons, même si elle en reconnaît une certaine intelligence.

**Le directeur général** indique qu'autant il se sentirait incapable de défendre un mauvais projet médical face à une demande politique, autant l'AP-HP peut tenir compte de certains éléments d'ordre urbanistique ou juridique dans le cadre d'un projet médical cohérent. S'il n'a pas de légitimité médicale, il estime que les travaux menés par le groupe de travail de la CME et le GH permettent de définir un projet médical qui présente, à son sens, une utilité. Le projet intégré de psychiatrie liant les urgences médico-judiciaires, les consultations d'urgence et les dispositions de regroupement des équipes constitue, à son sens, un projet médical pertinent pour l'AP-HP.

**Le président** rappelle que l'Hôtel-Dieu dispose d'un emplacement central et que les Parisiens y sont très attachés. Le projet proposé à ce stade est un point de démarrage qui reste à développer.

**Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS** considère que le nombre de réunions déjà consacrées à ce sujet est considérable. Ce projet énumère des activités sanitaires cohérentes et soutenues par le groupe hospitalier. Ces activités sanitaires déployées sur 25 000 m<sup>2</sup> représentent 100 M€, financés par les cessions de Vésale, Scipion et Fer-à-Moulin. Les conférences budgétaires viennent de s'achever et l'objectif de densification des activités sanitaires dans chaque GH a été mis en avant. M. Emmanuel QUISSAC a effectué une présentation sur les 53 000 m<sup>2</sup> non occupés à l'APHP lors de la CME du 10 avril 2012, le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS s'interroge donc sur la cohérence financière du projet.

Des efforts sont réalisés au quotidien dans l'ensemble des services pour dégager des économies. Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS craint, comme l'a indiqué le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER le 10 juillet 2014, que cet investissement ne soit effectué au détriment d'autres, plus utiles à l'AP-HP et à l'ensemble des GH. Certaines activités pourraient, à son sens, être exercées sur d'autres sites, voire à l'extérieur de l'AP-HP. Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS indique qu'elle ne votera pas non plus le projet.

**Le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE** appelle à ne pas faire de confusion entre l'investissement total et la partie dévolue au groupe hospitalier. En matière de densification, il rappelle que le GH HUPC a fermé Saint-Vincent-de-Paul et a densifié Port-Royal 1 ou encore la biologie.

**Le D<sup>f</sup> Nicolas DANTCHEV** indique que les équipes qui travaillent sur le site de l'Hôtel-Dieu soutiennent sans réserve le projet présenté par le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE, qui, il l'espère, permettra définitivement de sortir de la situation de blocage.

**Le P<sup>f</sup> Christian RICHARD** note que l'équilibre budgétaire n'est pas acquis pour l'ensemble des activités. La psychiatrie sera ainsi essentielle. S'agissant du projet médical, la place faite à l'ambulatoire n'est pas claire. Le projet médical est embryonnaire et l'impact des mesures nouvelles devra être examiné. Il s'interroge ainsi sur la réalité de la mise en place des nouvelles activités médicales et des projets architecturaux, et rappelle qu'il conviendra de déterminer les effectifs nécessaires et les impacts sur le 0,4 %.

**Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER** estime que le projet et son financement sont relativement précis. Les activités prévues existent déjà sur le site ou ailleurs. La restructuration des activités de psychiatrie permettra une bien meilleure efficacité et la libération des locaux de Tarnier.

Le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER note que le projet peut sans doute être qualifié de prudent, mais estime que l'alternative consisterait à laisser la situation dégénérer, ce qui entraînerait des coûts bien plus

importants que ceux envisagés dans ce projet. Il regrette néanmoins la lenteur de mise en œuvre des décisions et espère que le projet présenté pourra être déployé le plus rapidement possible.

**Le président** confirme que la situation était différente en juillet 2014, puisque le directoire n'avait pas pris position et que la fermeture du Val-de-Grâce n'avait pas été annoncée. Le GH a dû trouver une autre solution, puisqu'il comptait investir la moitié du Val-de-Grâce.

**Le D<sup>f</sup> Julie PELTIER** note que le maintien du SAU est une décision relativement politique, avec un plateau technique 24h/24 ou encore le retour des pompiers.

**Le président** rappelle que le projet de la DOMU et du P<sup>f</sup> CARLI n'a pas été présenté à la CME, et que le retour des pompiers ne peut donc pas être envisagé à ce jour.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Claude ALVAREZ** note, s'agissant de l'UMJ, que la préfecture de Police est en train de migrer sur les Batignolles, et demande si la volumétrie actuelle, à savoir environ 40 000 passages, perdurera, d'autant plus qu'une UMJ privée est ouverte à Argenteuil et compte une succursale dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement.

**Le président** informe que le groupe de la CME a interrogé le D<sup>f</sup> Caroline REY-SALMON sur ce point. Elle considère que ce déménagement ne remettra pas en cause la localisation de l'UMJ à l'Hôtel-Dieu car la police souhaite un point central, ce qui n'est le cas ni des Batignolles ni d'Argenteuil.

Le président donne lecture de l'avis qu'il soumet au vote de la CME :

« *Ayant pris connaissance*

- *des conclusions et recommandations de son groupe ad hoc,*
- *du projet médical conçu par le groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris-Centre (GH HUPC),*
- *du projet financier esquissé par la direction économique et financière, des investissements et du patrimoine (DEFIP),*

*La commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP :*

1. *prend acte du fait que l'Hôtel-Dieu doit conserver en partie (aile A) une vocation hospitalière et universitaire au sein du GH HUPC et de la faculté de médecine Paris-Descartes,*
2. *juge que le projet médical du GH HUPC est une base compatible avec la qualité et sécurité des soins, et avec la bonne prise en charge des patients,*
3. *veut que des conditions optimales de fonctionnement continuent d'être garanties à l'école de chirurgie des hôpitaux de Paris,*
4. *demande que le projet financier (investissement et fonctionnement) soit assis sur des bases mieux assurées (cessions immobilières, travaux, activité),*
5. *sera de nouveau consultée sur le projet global, médical et financier, jusqu'à sa mise en œuvre et aussi souvent que nécessaire (mais au moins une fois par an). »*

Le président indique qu'il votera pour et propose de procéder à un vote à bulletins secrets.

*L'avis recueille 32 voix défavorables, 31 voix favorables et 1 bulletin blanc.*

**Le président** discutera avec le directeur général des suites à donner à ce vote avant de revenir devant la CME.

#### **IV. Bilan, projets et indicateurs concernant les produits de santé à l'AP-HP :**

##### **1. Sécurisation du médicament**

**Le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX** insiste sur l'importance d'une coordination entre la qualité/gestion des risques, la pertinence d'utilisation des médicaments et la politique d'achats et sur les rôles du président de la CMEL et du directeur.

L'AP-HP a été évaluée dans le cadre de la certification des établissements de santé. Des réserves majeures et des recommandations ont été exprimées par la Haute Autorité de santé (HAS). Grâce à l'investissement de l'ensemble des personnels, une amélioration nette a, depuis, été enregistrée et certaines réserves ont pu être levées. Le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX rappelle que le contrat de bon usage (CBUS) des produits de santé offre des opportunités d'actions correctrices. Des sanctions financières sont prévues en cas de non-respect des objectifs.

Le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX indique être responsable du système de management de la qualité, de la sécurité et de la prise en charge médicamenteuse. Des réunions régulières sont organisées avec les 17 responsables de GH ou d'hôpital afin de maintenir le plan d'action, échanger sur les points critiques et partager les expériences.

Les bonnes pratiques ont trait aux problématiques de gestion des stocks. Le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX tient, sur ce point, à remercier Véronique BINET-DECAMPS, qui a réuni un groupe de travail et vient de publier un mode d'emploi sur la gestion des stocks dans les unités de soins et les antennes. Une journée institutionnelle ouverte aux régions et au Développement professionnel continu (DPC) a par ailleurs été organisée sur le thème de la gestion du traitement personnel du patient de l'admission à la sortie (récupération des données à l'admission, gestion pendant l'hospitalisation, ordonnance de sortie et lien avec la ville).

Un travail a également été mené sur les actions prioritaires à inscrire dans le plan stratégique. L'objectif est de s'améliorer sur l'analyse pharmaceutique des prescripteurs, grâce à une montée en charge au travers de l'informatisation, compte tenu du risque pour la certification. Les retours d'expérience sur les erreurs médicamenteuses sont essentiels. Des items qualité doivent porter sur le médicament au sein des contrats de pôle. Un travail doit enfin être mené sur le support unique prescription/administration.

Près de 2 000 événements indésirables médicamenteux sont recensés, nombre en augmentation du fait d'un meilleur signalement. La moitié est détectée avant l'administration. L'ensemble du circuit est impacté (administration, logistique, dispensation, prescription). 10 % de ces événements sont associés à la préparation d'injectables, à l'utilisation d'un logiciel et à la mauvaise gestion du traitement personnel du patient. Les anticancéreux et les anticoagulants sont le plus souvent en cause. Seuls 13 % de ces événements ont fait l'objet d'une analyse systémique.

10 événements majeurs (menace du pronostic vital ou décès) ont été enregistrés, en lien notamment avec des problématiques d'identitovigilance. Tous ont été signalés.

S'agissant des formations, des séminaires sont organisés pour les préparateurs de pharmacie. Une formation porte sur la gestion des risques. Des places sont toujours disponibles. Un projet de formation spécifique des internes en médecine et pharmacie est également développé. Les efforts de communication (participation à la Journée « médicament » annuelle AP-HP/région) doivent parallèlement encore être développés.

## **2. Contrat de bon usage des produits de santé (CBUS)**

**M<sup>me</sup> Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS** rappelle que le CBUS est un dispositif contractuel incitatif. Une démarche de sécurisation des circuits des produits de santé et de leur bon usage avec une maîtrise de leurs dépenses est mise en place depuis plus de 8 ans. Le non-respect des engagements pris par l'AP-HP au titre de ce contrat pourrait avoir un impact financier majeur. **M<sup>me</sup> Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS** signale que cette année, l'ARS n'a pas véritablement communiqué sur sa façon d'évaluer le rapport d'étape d'annuel du CBUS.

Les cibles à atteindre augmentent chaque année. Le lien est de plus en plus important avec les résultats des autres évaluations obligatoires (certification, IPAQSS, ICATB2...).

Les résultats témoignent d'une légère diminution des disparités entre hôpitaux MCO (à l'exception de la HAD). Une importante dynamique est constatée en matière de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse et de gestion des risques.

Quelques points de vigilance doivent toutefois être signalés. S'agissant des pratiques, de l'organisation et des structures, les attentes en matière d'informatisation sont fortes. S'il n'y a pas d'évolution au niveau de la prescription/administration des médicaments, l'appel d'offres pour l'achat d'un logiciel concernant les dispositifs médicaux implantables est en attente de publication. **M<sup>me</sup> Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS** ne relève pas non plus d'évolution notable concernant la montée en charge de la pharmacie clinique et notamment de l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses. Quant à la tenue du dossier patient, elle doit être améliorée. Par exemple, certains résultats de l'AP-HP aux indicateurs nationaux sont inférieurs aux cibles régionales (RCP2 en cancérologie, TDP8 traitement de sortie, TDA12 prescription médicaments/post anesthésie) et on retrouve une non-traçabilité de l'administration des médicaments dans 25 % des dossiers patients audités.

La prise en charge médicamenteuse du patient doit être assurée tout au long de son parcours de soins. Afin d'améliorer la conciliation médicamenteuse lors de l'admission du patient, un nouvel outil, le dossier pharmaceutique (DP), peut être installé notamment dans les pharmacies à usage intérieur. Ainsi, un quart des PUI de l'APHP sont connectées maintenant au DP. Quatre services cliniques utilisent régulièrement cet outil.

Quant à la maîtrise des dépenses, l'utilisation des médicaments facturables en sus des GHS en dehors des indications « autorisées » concerne 18 % des patients (4 500 en 2014). Dans 37 % des cas, le « justificatif » dans le dossier patient n'est pas retrouvé, ce qui pourrait être nous être reproché par l'assurance maladie.



Le taux de prise en charge des produits de santé facturables en sus des GHS sera fixé par l'ARS et communiqué à l'AP-HP vers le 15 juin 2015.

### **3. Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)**

**Le P<sup>r</sup> Philippe LECHAT** indique que les dépenses en médicaments s'élèvent à plus de 1 milliard d'euros, en lien avec les nouveaux traitements des hépatites C, médicaments soumis à prescription hospitalière et rétrocedés. À part cette catégorie de médicaments, ce sont surtout les médicaments immunodépresseurs qui sont en augmentation depuis 2010.

Les dépenses en médicaments hors groupes homogènes de séjour (GHS) représentent 282 M€. Le groupe 4 (hors autorisations de mise sur le marché [AMM], hors PTT et hors recommandations temporaires d'utilisation [RTU]) représente environ 13 % du montant de ces dépenses, soit 43 M€. Les immunoglobulines sont en progression constante.

Les dépenses en dispositifs médicaux représentent 280 M€, dont 1/3 hors GHS pour des montants concernés en progression de 17 %. Les dispositifs médicaux du système cardiovasculaire représentent la majorité des dépenses et sont en augmentation.

Le P<sup>r</sup> Philippe LECHAT rappelle que l'ARS incite les GHS à ne pas prescrire les médicaments inscrits sur la liste en sus (et donc coûteux) en cas d'alternatives thérapeutiques disponibles et surtout lorsqu'ils sont prescrits hors référentiels (hors AMM, hors PTT et hors RTU).

La COMEDIMS a été très active en 2014, avec 38 réunions organisées. Les principales problématiques traitées en 2014-2015 sont les suivantes :

- Nouveaux traitements : hépatite C/Mélanome ; arrivée des biosimilaires des anticorps monoclonaux (influximab) ; transplantation fécale et microbiote intestinal (Clostridium difficile, Crohn, RCH) ; changement de statut du plasma SD ;
- Bon usage : Plan antibiotique, prescription en dénomination commune internationale (DCI) ; prescriptions hors GHS hors référentiels ;
- Valorisation des DM innovants coûteux non financés : mise en place du guichet unique CEDIT- COMEDIMS.

Un travail est toujours mené sur la mise au point du livret du médicament dans le cadre de l'arrivée d'ORBIS avec un groupe de travail spécifique d'ORBIS - COMEDIMS.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** explique que l'objectif est d'avancer sur l'informatisation, qui permet l'analyse pharmaceutique, et d'améliorer le livret du médicament. Il s'agit également d'inciter à la notification et d'organiser les retours d'expériences, qui sont toujours formateurs.

**Le président** estime que la mise en place de la DCI des médicaments devrait être facilitée par l'informatisation. Le prescripteur pourra en effet écrire « Aspégic » et l'ordinateur traduira « acide acétylsalicylate de lysine ». Le président insiste sur l'impact financier du bon usage des médicaments, puisqu'une pénalisation est prévue si les critères ne sont pas remplis.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** note que l'absence d'accès au réseau conduit parfois à ne pas administrer immédiatement certains médicaments et ajoute que les trois logiciels ne sont pas certifiés par la HAS.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** explique que les logiciels doivent être certifiés dans les prochains mois. S'agissant des retours d'expériences, un appui doit être demandé aux services qualité.

**M<sup>me</sup> Amélie VERDIER** précise avoir écrit à l'ensemble des éditeurs sur le sujet de l'habilitation. Un engagement écrit a été obtenu d'ORBIS.

**M. Guy BENOIT** note que le circuit et le bon usage du médicament sont un sujet essentiel, pour des raisons tant financières que sanitaires. Il propose ainsi qu'au moins une partie des 0,4 % soit orientée sur cette thématique. Il rappelle par ailleurs que de nombreux préparateurs en pharmacie sont en contrat à durée déterminée et qu'un vrai programme de titularisation doit être déployé. La question de la préparation des médicaments par les pharmacies doit par ailleurs être abordée. Un véritable plan de développement de la pharmacie clinique et de prise en charge des médicaments doit être déployé. Enfin, M. Guy BENOIT s'interroge sur l'état de la situation s'agissant du projet de guichet unique sur les dispositifs médicaux stériles afin de permettre aux chirurgiens d'avoir accès à des dispositifs médicaux innovants.

**Le P<sup>r</sup> Philippe LECHAT** reconnaît qu'il faut accompagner financièrement le déploiement de dispositifs médicaux innovants, en finançant les études cliniques nécessaires. Il est envisagé que 2,5 M€ soient consacrés à ces fins. La mise en place du guichet unique permettant de financer l'accès à des dispositifs médicaux innovants, coûteux et non encore pris en charge par l'assurance maladie, devrait être effective dans les prochains mois. Le financement dégagé permettra de prendre en charge ces dispositifs médicaux dans le cadre d'études cliniques avec établissement d'un partenariat de l'AP-HP avec les industriels.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** demande, s'agissant des allergies médicamenteuses, notamment à la pénicilline, si des supports peuvent être remis aux patients en cas d'accident grave.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** rappelle qu'une carte doit être, dans ce cas, remise aux patients afin de décrire la molécule supposée et le type d'événement. Une liaison doit également être établie avec la ville.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** estime que l'analyse et le retour d'expérience des événements indésirables graves doivent être développés, au-delà des seuls aspects déclaratifs. Il s'interroge par ailleurs sur les actions menées en faveur d'une meilleure traçabilité des dispositifs médicaux.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** reconnaît que la notification est importante. Des affiches avaient par exemple été apposées suite aux accidents en lien avec les ampoules de chlorure de potassium (KCl). S'agissant des antibiotiques, l'identitovigilance est essentielle. Une action devra par ailleurs être déployée sur les anticoagulants.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** rappelle que le CBUS est l'affaire de tous, car les impacts sont importants en matière financière. Il s'interroge par ailleurs sur l'entrée en vigueur de la directive européenne en faveur de la sérialisation et son déploiement au sein de l'AP-HP.

## **V. Organisation territoriale de la cancérologie en Seine-Saint-Denis**

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** explique que l'objectif a été de définir une stratégie publique de cancérologie en Seine-Saint-Denis en cohérence avec le plan stratégique AP-HP et en lien avec le comité de

liaison Fédération hospitalière de France (FHF)/AP-HP, le groupe national FHF cancer et l'ARS (qui a apporté un financement).

Ce travail est parti d'un constat de faiblesse de la cancérologie publique en Seine-Saint-Denis, notamment dans certaines disciplines telles que la chirurgie urologique. En cas d'augmentation des seuils de +10 par l'ARS, de nombreux sites perdraient leur autorisation. Alors que le cancer est la première cause de mortalité sur le territoire, le taux de fuite est compris entre 40 % et 68 %. L'enjeu porte sur la reconquête de parts de marché et/ou la réduction de ce taux en fonction des disciplines médicales.

Un travail a été mené en 2014 en organisant des ateliers de travail par pathologie pour définir des circuits patients. L'objectif est de mettre en place une organisation structurée de la coopération publique à l'échelle du département, *via* un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens (institut fédératif). Ce GCS regrouperait deux grands types d'activités : activités de support opérationnel (communication, pilotage de l'activité, coordination et planification des parcours), et activités de coordination de l'innovation, de la recherche, de l'enseignement et de la formation. Il organiserait territorialement les activités et le parcours patient.

L'institut fédératif doit donc :

- organiser l'attractivité de la filière vis-vis des praticiens ;
- améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre vis-à-vis de la médecine de ville ;
- coordonner les actions de restructuration de l'offre ;
- définir et mettre en œuvre le plan de communication ;
- piloter et suivre l'activité.

L'objectif est d'être un 3C territorial.

Un comité de pilotage doit être constitué de représentants de chaque établissement membre de l'institut fédératif et fixer les grandes orientations de l'institut avec une présidence de l'oncologie du CHU. Le dispositif opérationnel comprendrait un coordonnateur administratif, un coordonnateur médical et un secrétariat.

Des actions de communication devront être menées (EPU, journées du dépistage, brochures...). Un pilotage de l'activité devra être mis en place (audits qualité, tableaux de bord...), ainsi qu'une cellule de coordination.

Le CRC d'Avicenne inclura l'ensemble des patients dans les protocoles. Ce travail devra être valorisé en termes de publications.

De nombreuses actions restent encore à mener : trouver un nom pour l'institut, nom de domaine, convention, cartographie, nomination des référents, du président, qui devrait *a priori* être le P<sup>f</sup> Laurent ZELEK, et du médecin coordonnateur...

**Le président** a visité plusieurs centres hospitaliers (CH) de Seine-Saint-Denis (Aulnay-sous-Bois, Montfermeil, Montreuil, bientôt Saint-Denis) et insiste sur le caractère tout à fait exemplaire de ce travail. Il demande si le GIRCI (Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation), qui est une émanation du DRCD de l'AP-HP, constitue une aide, et si l'implication de la faculté de médecine de Bobigny est importante.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** précise, s'agissant du GIRCI, que des échanges sont en cours. L'implication de la faculté doit également encore être développée.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** félicite le P<sup>r</sup> Yves COHEN et son groupe pour cette initiative, qui pourrait inspirer de nombreux GH. S'agissant des points de faiblesse, il demande si l'activité doit être renforcée ou si, au contraire, d'autres structures de l'AP-HP peuvent être sollicitées.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** indique, s'agissant de l'urologie, qu'une stratégie pourrait être déployée pour mettre en place un service en Seine-Saint-Denis compte tenu de la fréquence de ce cancer.

**Le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET** rappelle que la médecine nucléaire, la radiologie et la biologie sont essentielles en matière de cancérologie.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** assure qu'un travail est également mené sur les services supports. La Seine-Saint-Denis compte trois centres de radiothérapie, dont un centre public. La biologie du CHU doit être une biologie de recours par rapport aux autres hôpitaux. La recherche sur l'oncogénétique commence à être développée.

**Le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** rejoint la position du P<sup>r</sup> René ADAM et souhaiterait obtenir des détails sur le projet de développement des coopérations inter-GH dans le nord, notamment sur les pathologies digestives.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** confirme qu'un partenariat important pourrait être développé entre Saint-Louis et Avicenne. À ce jour, le projet n'a toutefois pas encore été validé.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** déplore la faiblesse de la cancérologie ORL et espère que des solutions pourront être trouvées, alors que la sphère ORL représente 15 % des cancers humains. Il ajoute que les réseaux doivent être développés.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** explique, s'agissant de l'ORL, qu'il a fallu résoudre une crise. La volonté est toutefois toujours présente. Le P<sup>r</sup> Yves COHEN tient à remercier le CH de Montfermeil pour l'aide apportée.

**Le président** s'étonne que le centre hospitalier de Gonesse n'ait pas été intégré.

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** indique que ce centre fait désormais partie de l'institut fédératif.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** précise qu'une démarche semblable est entreprise au niveau régional pour le cancer des patients âgés. Une réunion a récemment été organisée sur ce sujet avec 38 établissements.

## **VI. Temps de travail des internes**

**M. Stefan NERAAL** expose le point de vue des internes en médecine générale. Il rappelle qu'une directive européenne de 1993 fixe à 48 heures le temps de travail hebdomadaire maximum. En juin 2013, l'Union européenne (UE) a mis la France en demeure par de respecter cette directive, et considéré que la définition actuelle du temps de travail des internes n'y était pas conforme. Un décret modifiant le temps de travail des internes tel que défini dans le code de la santé publique a été publié le 26 février 2015 dans un contexte où le taux de *burn-out* des internes de médecine

générale s'élève à 32 % selon une étude en cours menée par le P<sup>F</sup> JAURY. 3 suicides d'internes de médecine générale (IMG) sont intervenus en Île-de-France depuis septembre 2014.

La situation prévalant jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 2015 est la suivante :

- 11 demi-journées hebdomadaires, dont 9 à l'hôpital et 2 en formation universitaire ;
- repos compensateur de 11 heures obligatoire à l'issue d'une garde de nuit ;
- obligations de service bornées du lundi matin au samedi midi, les demi-journées diurnes en sus (samedi après-midi et dimanche) étant rémunérées comme des demi-gardes.

Sont désormais prévues 10 demi-journées hebdomadaires, dont 8 à l'hôpital (-1), 1 en cours et 1 de formation personnelle (non incluse dans les 48 heures). Le repos de sécurité devra être pris immédiatement après la relève, même après une astreinte. La pause sera de 15 minutes par demi-journée. Chaque garde de nuit sera comptabilisée comme 2 demi-journées décomptées des 8. Le samedi matin ne sera pas considéré comme une demi-garde. Enfin, des tableaux de service opposables devront être réalisés, avec des moyennes faites sur 3 mois et, en cas de dépassement des 48 heures, un système de récupération, non défini.

Au-delà des moyens de recours actuels (syndicats d'internes, CME, amiable), est prévue une saisie directe du directeur de l'ARS par les représentants des internes, pouvant conduire à une perte d'agrément des stages ne respectant pas la réglementation.

L'assemblée générale des internes de médecine générale a demandé l'application de la loi des 48 heures :

- stages ambulatoires : parfaitement applicable ;
- stages aux urgences : applicable (et déjà appliquée quasiment partout) à condition d'avoir assez d'internes, et de prévoir le nombre d'internes postés par jour en fonction du nombre d'internes affectés au service ;
- stages en hospitalisation (« salle ») : nécessité d'adaptations dans l'organisation des services et/ou d'augmentation du nombre d'internes, avec un éventuel roulement.

**M. Jules GREGORY** expose ensuite le point de vue des internes des autres spécialités

Il rappelle que les gardes et astreintes sont comptabilisées comme temps de travail.

Un sondage a été réalisé en mars 2015 auprès d'environ 300 internes parisiens des autres spécialisés. Le temps de travail actuel est estimé entre 60 et 80 heures. La moitié d'entre eux estiment cette charge lourde, l'autre moitié convenable. Le salaire est en revanche jugé par la plupart comme insatisfaisant. Le temps de travail considéré comme « optimal » est majoritairement situé au-delà des 48 heures. Les internes sont opposés à 83 % à l'application stricte du décret.

De vrais problèmes existent :

- temps de travail hebdomadaire excessif dans certains services (non application du repos de sécurité) et des demi-journées de formation non respectées ;
- part importante liée aux tâches administratives ;
- rémunération mensuelle basse, qui risque de diminuer en l'absence de garde ;
- un statut de moins en moins respecté ;
- *burn-out* et suicides : une réelle souffrance au travail.

La réponse apportée par le décret du 26 février 2015 est néanmoins inadaptée. Une formation de qualité au lit du patient et au bloc est en enjeu fondamental pour les internes parisiens. Il n'est, sur ce point, pas acceptable de changer de paradigme, en abandonnant la formation professionnalisante. Une garde par semaine ne correspondrait qu'à 3 jours diurnes à l'hôpital, ce qui pose un problème de continuité des soins. Au-delà de la diminution salariale, le texte ne répond en rien à la surcharge administrative et à la souffrance au travail

Les chefs de clinique et les externes sont en train de s'emparer du dossier. La diminution du temps de travail des internes ayant un impact direct sur leur exercice. Une solution permettant d'effectuer des heures supplémentaires sera sans doute nécessaire.

**Le président** estime que seuls les internes, accompagnés des chefs de clinique voire des externes, ont le pouvoir d'obtenir du Gouvernement l'adaptation ou l'abrogation de ce décret. Les hôpitaux ne peuvent demander qu'un sursis à son application. C'est ce qui a été fait dans une lettre datée du 8 avril adressée à M<sup>me</sup> TOURAINE pour solliciter le report de l'application de ce décret au mois de novembre, afin de permettre des discussions. Le président espère qu'une réponse positive sera apportée à cette lettre signée de la Fédération hospitalière de France (FHF), de la conférence des doyens, ainsi que des conférences des présidents de CME et des directeurs généraux de CHU et de CH. Le président demande si les internes engageront une renégociation du décembre avec le Gouvernement si ce sursis est obtenu.

**M. Jules GREGORY** confirme que ce décret n'est pas satisfaisant. Un texte convenant aux internes de médecine générale et des autres spécialités doit être recherché. Une solution commune doit, en tout état de cause, être proposée au ministère par l'ensemble des acteurs.

**M. Stefan NERAAL** partage ce point de vue au niveau parisien, tout en rappelant que le syndicat national, l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), estime que le décret doit être appliqué.

**Le P<sup>f</sup> René ADAM** rappelle que la formation des internes en chirurgie est spécifique et ne peut se faire en dehors du bloc opératoire. Il relève une prise de conscience croissante des seniors sur ce point.

**Le P<sup>f</sup> Fabien KOSKAS** indique que le constat de l'inapplicabilité de ce décret est particulièrement partagé pour ce qui concerne les services de chirurgie et autres spécialités. Il suggère de réfléchir à une partition des activités entre temps de travail et temps de formation différente de celle, considérée arbitrairement de 50% et 50%. En effet, dans les services de chirurgie, le pourcentage dévolu à la formation est en général bien supérieur à 50%.

**M. Stefan NERAAL** rappelle que l'UE considère à égalité les temps de travail et de formation dans le décompte des 48 heures.

**Le P<sup>f</sup> Benoît SCHLEMMER** explique que les doyens sont extrêmement sensibilisés sur ce sujet. Leur position est unanime pour considérer que ce texte menace de compromettre la qualité de formation des internes, particulièrement dans les disciplines à gardes, puisque le temps de travail résiduel devient extrêmement réduit si les autres demi-journées dites de formation sont conservées. Le texte doit ainsi être réexaminé, ou complété par un arrêté qui permette d'ajuster le temps de formation. Il note d'ailleurs qu'au sein des autres pays européens, l'application de la directive européenne est variable.

**M. Jules GREGORY** note que les arrêtés d'application du décret ne sont pas encore parus.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT** rappelle que les textes, qui incluaient les deux demi-journées de garde dans le temps de travail, n'étaient jusqu'à présent pas appliqués.

## **VII. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières**

**M<sup>me</sup> Grazia BRISSET** rappelle que deux grades de sage-femme sont actuellement prévus :

- le grade de démarrage de la carrière, qui correspond aux fonctions de sage-femme clinicienne ;
- le grade associé à l'orientation de la carrière (expertise clinique, coordination ou formation en maïeutique). Les sages-femmes de ce grade peuvent également être investies de responsabilités fonctionnelles en matière de coordination et de formation et de l'encadrement d'équipes soignantes. Elles assistent, le cas échéant, le praticien responsable d'un pôle d'obstétrique. Elles peuvent enfin être nommées responsables d'unités de physiologie. Les sages-femmes des hôpitaux du second grade qui exercent des fonctions de gestion et d'organisation peuvent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi.

Sont reclassés dans le second grade du corps des sages-femmes des hôpitaux :

- les sages-femmes cadres et cadres supérieurs du corps des sages-femmes ;
- les directeurs d'école préparant au diplôme d'Etat de sage-femme et les directeurs d'école préparant au certificat cadre sage-femme.

Peuvent accéder au second grade les sages-femmes des hôpitaux du premier grade ayant accompli dans leur grade au moins huit ans de services effectifs dans le corps. Le nombre de promotions dans le second grade est calculé chaque année, dans chaque établissement. Les quotas viennent d'être publiés.

Ce statut est complété d'un statut de coordonnateur en maïeutique, qui reconnaît les responsabilités particulières exercées par les sages-femmes, également collaboratrices du chef de pôle dans les plus grosses maternités, responsables d'unités physiologiques ou directrices d'école de sages-femmes hospitalière.

**M<sup>me</sup> Grazia BRISSET** rappelle que les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Les sages-femmes des hôpitaux bénéficient des dispositifs de formation continue ouverts aux agents de la fonction publique hospitalière. Le plan de développement professionnel continu des sages-femmes est intégré au plan de développement professionnel continu des professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, et à ce titre présenté en CME.

Les sages-femmes des hôpitaux relèvent de la direction chargée du personnel médical pour la gestion de leur affectation et de leur carrière. Le corps des sages-femmes des hôpitaux relève de commissions administratives paritaires dédiées.

**Le président** indique que les sages-femmes sont au milieu du gué, entre le statut paramédical et le statut de personnel médical qu'elles sont en droit d'exiger. La CME suit attentivement ces évolutions.

**M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE** insiste sur les réorganisations nécessaires au sein des services, notamment en ce qui concerne l'encadrement, et sur les difficultés de positionnement des cadres actuels au sein des structures. De ce fait, elle s'inquiète de l'organisation des soins en périnatalité dans les maternités à « grande » activité avec des équipes sages-femmes de plus en plus importantes.

**M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN** ajoute que les dernières réunions avec la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) se sont terminées au mois de mars. La situation reste encore complexe.

**Le directeur général** remercie **M<sup>me</sup> BRISSET**, qui a pris ses fonctions il y a quelques semaines au sein de la DOMU, alors que les équipes du siège de l'AP-HP ne comptaient aucune sage-femme. Il insiste sur l'importance des chantiers futurs et ajoute qu'un suivi attentif sera réalisé.

### **VIII. Avis sur la révision de la structure des pôles**

**Le P<sup>f</sup> Gérard CHERON** rappelle que la fin du mandat des chefs de pôles nommés après la révision polaire de 2011 intervient au 1<sup>er</sup> juillet 2015. La nomination des futurs chefs de pôle doit être réalisée au plus tard à cette date. En amont, les éventuelles évolutions de structures impactant le périmètre des pôles ont donc fait l'objet d'une évaluation et ont été actées devant la sous-commission des structures de la CME.

Chaque GH a dû établir le bilan de son organisation en pôles 2011-2015, notamment au regard des rubriques suivantes :

- réponse aux objectifs des contrats de pôle ;
- dynamique de recherche et d'enseignement ;
- qualité et sécurité des soins ;
- management et gestion RH ;
- filières de soins et amélioration des prises en charge.

Le P<sup>f</sup> Gérard CHERON insiste sur l'investissement de la DOMU, qui a animé ce travail, et des membres de la sous-commission. Les échanges avec les GH, engagés dès juin 2014, ont été riches afin d'identifier les fragilités, les besoins d'évolution, les projets de réorganisation ou encore les propositions d'organisation innovantes (pôles inter ou supra GH).

Plusieurs GH n'ont pas proposé de modification de leur organisation polaire : hôpitaux universitaires (HU) Robert-Debré, Pitié-Salpêtrière – Charles Foix, Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO), Paris Ouest (HUPO), Paris Sud (HUPS), Saint-Louis – Lariboisière, Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD), Paris Est (HUEP). Les discussions ont, cependant, été extrêmement riches.

Quatre GH ont proposé des modifications :

- Necker : suppression du pôle imagerie par regroupement des services de radiologie dans le pôle réanimation-urgences-anesthésie ; suppression du pôle rein-œil-cœur par regroupement avec le pôle hématologie-immunologie-infectieux ;
- Henri-Mondor : suppression du pôle réanimation/anesthésie/SAMU/SMUR et regroupement d'une part avec le pôle médecine chirurgie cardiovasculaire (activité d'anesthésie/réanimation) et d'autre part avec le pôle médecine interne/gériatrie/urgences et spécialités (activité SAMU/SMUR) ; création d'un pôle bloc ;



- Paris Centre (HUPC) : suppression du pôle santé de l'Hôtel-Dieu et regroupement avec le pôle recherche clinique-santé publique ;
- Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS) : suppression du pôle recherche/santé/information médicale et regroupement avec le pôle biologie/PUI ; suppression du pôle urologie/gynéco-obstétrique et regroupement avec le pôle femme/enfant ; suppression du pôle infectieux et regroupement avec le pôle maladies systémiques/cancérologie ; suppression du pôle anesthésie/réanimation/médecine d'urgences et regroupement avec le pôle tête, cou, orthopédie, rachis.

Des clauses de rencontre à deux ans sont prévues pour :

- HUPNVS : regroupement des pôles cœur/vaisseaux et thorax/vaisseaux ;
- HUEP : regroupement des pôles périnatalité et gynécologie-obstétrique-médecine de la reproduction ; pôle polyhandicap pédiatrique ; pôle odontologie.

En synthèse, sur 125 pôles, le P<sup>f</sup> Gérard CHERON recense 8 propositions de suppression de pôle et une proposition de création de pôle. La nouvelle mandature devrait ainsi compter 118 pôles. Des clauses de rencontre à deux ans sont prévues pour 6 pôles au sein de 2 GH.

**Le président** remercie le P<sup>f</sup> Gérard CHERON et l'ensemble de la sous-commission pour son investissement. En synthèse, deux problèmes sont soulevés : l'un concerne le GH HUPIFO, l'autre les pôles gériatriques.

**Le P<sup>f</sup> Thierry CHINET** indique que le comité exécutif et la CME locale se sont prononcés pour valider l'organisation projetée.

**Le D<sup>f</sup> Olivier HENRY** explique que des préoccupations s'étaient exprimées suite au projet de modification de certains pôles de gériatrie, comme en témoigne le communiqué de la collégiale adressé à la CME. Un pôle gériatrique très important regroupant les hôpitaux Clemenceau, Dupuytren et Émile-Roux avait été envisagé. Le D<sup>f</sup> Olivier HENRY ajoute que la problématique de Sainte-Périne était également posée et se félicite qu'elle semble résolue. Il demande si la politique en matière de gériatrie rend difficile la constitution des pôles proposés dans cette discipline.

**Le président** indique que le problème a été résolu par un communiqué de la collégiale des gériatres du 16 mars qui indique que : « 1. il n'y a pas de modèle unique pour l'organisation de la gériatrie au sein des pôles ; 2. les organisations proposées par les GH, notamment celles qui ont fait leurs preuves, doivent être soutenues. La collégiale de gériatrie ne soutiendra pas un modèle d'organisation polaire unique et imposé. »

**Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS** s'interroge sur le nombre moyen ou médian de personnels par pôle, en notant que l'article 49 débattu devant l'Assemblée nationale prévoit une définition par décret d'un nombre minimal et d'un nombre maximal d'équivalents temps plein (ETP). Le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS pense que les structures médicales opérationnelles des hôpitaux sont les services et non les pôles dont la légitimité n'apparaît pas. Elle indique donc qu'elle s'abstiendra.

**Le P<sup>f</sup> Gérard CHERON** répond qu'odontologie peut comprendre 73 ETP, tandis que le pôle anesthésie/urgences/réanimation/imagerie du GH Necker regroupe environ 1 000 ETP. Les pôles obéissent à des logiques médicales.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** note qu'une réunion a souligné le caractère très hétérogène de l'organisation polaire au sein des GH de l'AP-HP, et engage la DOMU à travailler à une meilleure homogénéité dans les responsabilités des chefs de pôle et dans la représentation des pôles.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** estime simplement qu'une réunion doit être organisée en préalable entre les présidents de CME locales et les chefs de pôle, éventuellement sous l'égide de la DOMU.

Le président s'étonne de cette proposition. L'organisation et la représentation des pôles ne relève pas de la DOMU, mais du règlement intérieur. Ce règlement entre dans les compétences de la CME, qui est apte à réunir éventuellement les présidents de CME locale et les chefs de pôle sur ce sujet sans recourir à la DOMU, dont l'aide ne pourra cependant qu'être appréciée.

*La CME approuve la révision de la structure des pôles par 28 voix pour et 13 abstentions*

## **IX. Questions diverses**

### **Laïcité à l'AP-HP**

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** souhaiterait qu'une réponse précise soit apportée sur les problématiques de laïcité, alors que certains personnels ou étudiants portent des signes religieux ostentatoires, et font du prosélytisme. Il demande par ailleurs si l'infirmier imam, qui a fait du prosélytisme avec les frères KOUACHI, travaille toujours aux urgences de la Pitié-Salpêtrière.

**Le directeur général** indique que des échanges ont été engagés avec les directeurs de groupe hospitalier entre janvier et mars. L'implication des directeurs et des encadrants est importante. Ceux-ci se montrent fermes, ce qui n'exclut pas des efforts de pédagogie lorsque c'est nécessaire. Il a par ailleurs été demandé aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) d'introduire des éléments plus forts sur les valeurs de la République et la laïcité. Si les étudiants ne font pas partie du service public, les règles de la laïcité s'appliquent dès lors qu'ils franchissent les murs de l'hôpital pour effectuer leur stage. Le directeur général souhaiterait parallèlement que les universités s'emparent de ce débat.

L'étudiant concerné a été retiré des urgences le 9 janvier au matin. Son stage a néanmoins pu être validé, compte tenu de la période qu'il avait déjà réalisée. Il a réussi les examens et a ainsi obtenu son diplôme d'infirmier. Il n'a toutefois plus de lien avec l'AP-HP. Un courrier a été adressé aux deux ministres début janvier afin de demander que l'AP-HP soit informée des personnels mis sous surveillance, et que soit examinée la question, qui dépasse l'AP-HP, des exigences pour les élèves et étudiants qui effectuent des stages à l'hôpital.

**Le D<sup>r</sup> Christian Guy-COICHARD** note que directeur général a annoncé en décembre la création de la fondation AP-HP pour la recherche et conjointement un recensement des associations de service domiciliées à l'AP-HP et de leur financement. Il demande si le recensement prévu a été effectué et quels en sont les enseignements.

**Le directeur général** explique que la création d'une fondation n'aboutira pas à une diminution de l'argent disponible en termes de mécénat ou de dons pour les travaux de recherche.

La création d'une fondation sera l'occasion d'éclaircir des problématiques qui se posaient dans le cadre des associations de services qui pouvaient positionner l'AP-HP en situation de conflit d'intérêts ou, du moins, en situation difficile vis-à-vis de la Cour des comptes.

Le directeur général indique que le travail de la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) sur les associations de service vient de lui être remis. Le recensement a été plus satisfaisant que les années précédentes, puisque le taux de réponse est supérieur à 80 %. 377 associations de services ont, au total, été recensées. Ces données seront prochainement transmises.

Le directeur général rappelle enfin que les statuts de la fondation doivent être soumis à approbation par décret, ce qui prend du temps, car les universités, et l'INSERM, essaient de s'opposer à la création d'une fondation hospitalière. Il précise qu'une rencontre est prévue à la fin de la semaine avec les présidents d'université.

### **Reconstitution des biothérapies**

**Le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD** indique que l'ingénieur en prévention des risques professionnels de l'AP-HP a mis en évidence les risques potentiels d'un certain nombre de médicaments commercialisés depuis plus de dix ans : Ambisome, Vfend, Remicade, Soliris, Bactera et l'ensemble des anticorps monoclonaux, bien que rien ne soit inscrit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) des spécialités, qui ont, pour la plupart obtenu des AMM européennes. Est préconisée une préparation centralisée au sein des pharmacies, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des hôpitaux. Le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD précise avoir saisi le président de la COMEDIMS pour un avis scientifique, et éventuellement la modification des RCP par l'Agence française ou européenne du médicament. Il saisit ce jour la CME, compte tenu de la modification des pratiques médicales qui en découlera et des moyens qui devront être affectés aux pharmacies.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que ces médicaments doivent être constitués en PUI et ajoute qu'il n'est pas nécessaire d'affecter des moyens nouveaux au sein de l'ensemble des PUI. Un travail sera mené avec les gérants de PUI, afin de dresser un état des lieux des pratiques.

## **X. Approbation du compte-rendu de la réunion du 25 février 2015**

*Le compte-rendu de la réunion du 25 février 2015 est approuvé à l'unanimité.*

*La séance est levée à 13 heures.*

\*                      \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 12 mai 2015 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 30 avril 2015 à 16 heures 30**