

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 AVRIL 2014**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 10 JUIN 2014**

SOMMAIRE

| | | |
|------|--|----|
| I. | Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME | 6 |
| II. | Gestion informatique du dossier médical : point sur le développement et le déploiement d'ORBIS à l'AP-HP | 10 |
| III. | Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail <i>Des lits, pour quoi faire ?</i> | 15 |
| IV. | Rapports annuels 2013 sur les produits de santé à l'AP-HP | 18 |
| V. | Exécution budgétaire au 31 décembre 2013 | 22 |
| VI. | Questions diverses | 23 |

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME (P^r Loïc CAPRON et D^r Anne GERVAIS)
2. Gestion informatique du dossier médical : point sur le développement et le déploiement d'ORBIS à l'AP-HP (P^{rs} Michel ZÉRAH et Éric LEPAGE)
3. Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail Des lits, pour quoi faire ? (M^{me} Christine WELTY)
4. Rapports annuels 2013 sur les produits de santé à l'AP-HP
 - sécurisation du médicament (P^r Béatrice CRICKX)
 - contrat de bon usage des produits de santé (M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS)
 - commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS, P^r Philippe LECHAT)
5. Exécution budgétaire au 31 décembre 2013 (M^{me} Carine CHEVRIER)
6. Questions diverses
7. Approbation du compte rendu de la réunion du 14 janvier 2014

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2014)
- Avis sur une demande de mutation d'un MCU-PH

Composition A

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2014)

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^f Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le P^f Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHERON
- M. le P^f Thierry CHINET
- M. le P^f Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M. le D^r Cyril DAUZAC
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^f Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bruno GOGLY
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M. Valentin JOSTE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. Julien LENGLET
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^f Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M. Matthieu PICCOLI
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M. le P^f Alain SIMON
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^f Jean-Philippe WOLF
- M. le P^f Michel ZÉRAH

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, doyen de la faculté de pharmacie, Université Paris Descartes
- M. le P^f Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'Université Denis Diderot
- M. Olivier YOUINOÛ, représentant du comité technique d'établissement central

• ***en qualité d'invités permanents, les doyens :***

- M. le P^f Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie

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

- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M^{me} Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur à la direction médico-administrative
- M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
- M^{me} Juliette TELLIER, directrice déléguée à la communication
- M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet par intérim
- M. Patrick CHANSON, conseiller en communication auprès du directeur général
- M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative
- M^{me} Florence VEBER, direction du service aux patients et de la communication

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M^{me} Nadia BENZEKRI, cabinet de la présidence de la CME

- ***Représentant de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les Drs et Prs Jean-Luc DUMAS, Mickaël FORTUN, Philippe GRENIER, Bertrand GUIDET, François HAAB, Olivier HENRY, Vincent JARLIER, Matthieu LAFAURIE, Laura LECHIEN, Fabienne LECIEUX, Louis MAMAN, Valérie PERUT, Gérard REACH, Philippe RUSZNIEWSKI, Marion TEULIER, Jon Andoni URTIZBEREA, Dominique VALEYRE
- M^{mes} Caroline PRADINES, Caroline RAQUIN, Françoise ZANTMAN

La séance s'ouvre à 8 heures 30 sous la présidence du P^r Loïc CAPRON.

I. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME

Le président annonce que le P^r François HAAB, urologue à l'hôpital Tenon, est élu au Conseil de Paris. Il démissionne de son mandat à la CME où il siégeait en qualité de chirurgien hospitalo-universitaire. Il sera remplacé par le P^r François DESGRANDCHAMPS, urologue à l'hôpital Saint-Louis.

Le décret du 20 septembre 2013 prévoit que quatre étudiants siègent à la CME. M^{me} Marion TEULIER et MM. Valentin JOSTE et Michaël FONTUGNE, respectivement étudiants en médecine, pharmacie et odontologie ont rejoint la CME. La désignation d'un étudiant en maïeutique est en cours. Le second tour de l'élection d'une seconde sage-femme à la CME s'est déroulé le 26 mars 2014. Dix candidates s'étaient présentées. M^{me} Caroline RAQUIN, sage-femme à l'hôpital Louis-Mourier a été élue.

M. Julien LENGLET, représentant des DES de spécialités médicales, arrive à la fin de son internat. Il démissionne de la CME et sera remplacé pour la prochaine séance.

Le directoire du 1^{er} avril 2014 a débattu de plusieurs sujets.

- Groupe créé à la demande du directoire, chargé d'émettre des recommandations relatives à la désignation des chefs de service. La première réunion est prévue le 10 avril. Il sera dirigé par le président de la CME, les membres de la CME y seront fortement représentés. Les conclusions du groupe seront présentées à la CME après avis du directoire.
- Lettre de cadrage pour la révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) au titre de l'année 2015. Le calendrier prévisionnel s'étale de septembre à décembre 2014. La CME devra émettre un vote final en janvier 2015. Comme l'an dernier, les GH seront étroitement impliqués dans toutes les étapes de la procédure.

Le président ajoute que l'efficacité, même si elle est souhaitable, n'est pas le moteur de la révision des effectifs. Les impératifs médicaux sont prioritaires.

Une attention particulière sera de nouveau portée sur les promotions universitaires des PH. La règle générale veut que lorsqu'un PH est promu, son poste est repris. Diverses modulations sont prévues, mais aucune n'est cependant automatique. Par ailleurs, un PH désireux de bénéficier d'une promotion universitaire peut muter dans un groupe hospitalier éloigné du centre de Paris avant de revenir dans un hôpital intra-muros, une fois sa promotion obtenue. Ces nominations « ping-pong » défavorisent gravement les GH qui en sont la « raquette » et compromettent souvent leur projet médical. Une mesure de dissuasion est mise en place : toute mutation centripète d'un PU dans les trois années suivant sa nomination sera compensée par la création d'un PH par redéploiement institutionnel total dans le GH qui aura été prématurément quitté, et ce aux dépens du GH d'accueil.

Pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, les candidatures de PH dédié à cette forme d'exercice seront examinées avec bienveillance.

À titre exceptionnel seront créés, par redéploiement institutionnel, trois postes de PH contractuels (PHC) temps plein dédiés au premier aval des urgences. Les services concernés doivent recevoir au minimum 60% de leurs admissions par les urgences et s'engager dans un objectif chiffré d'augmentation de ce taux ou de diminution de leur durée moyenne de séjour.

Si les objectifs sont remplis au terme de deux années, le poste de PHC sera converti en poste de PH. Dans le cas contraire, le poste sera repris.

Comme contribution au plan stratégique 2015-2019, le président rédigera un **projet médical** à partir des travaux de la CME, des contributions des collégiales et des orientations des GH et des hôpitaux hors-GH présentées lors des conférences stratégiques et budgétaires.

Un conseil de surveillance s'est tenu le 3 avril 2014.

Le D^r Alain FAYE précise que le conseil de surveillance a traité prioritairement des affaires courantes et financières. En revanche, un conseil de surveillance extraordinaire est annoncé au mois de juillet 2014 pour échanger sur le plan stratégique.

Le processus annuel d'avis sur les consultanats a été enclenché. La désignation des rapporteurs a eu lieu le 24 mars 2014. Une délibération finale aura lieu lors de la CME restreinte A du 13 mai. Le président transmettra ensuite ses avis aux directeurs généraux de l'AP-HP et de l'ARS.

La révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2015 a débuté. Au siège de l'AP-HP, les conférences HU avec les doyens, les directeurs de GH, la DMA et la CME vont commencer prochainement. Les conférences interministérielles (Santé et Enseignement supérieur) se tiendront en septembre 2014. Le classement des demandes par la CME aura lieu le 14 octobre 2014. Le conseiller du ministère de l'Enseignement supérieur en charge des affaires universitaires, le P^r Yves LÉVY, a été nommé à la direction générale de l'INSERM. La désignation de son successeur devrait intervenir rapidement.

Le directeur général, M. Martin HIRSCH indique qu'une version du cœur du plan stratégique tel qu'élaboré avec le directoire sera distribuée dès demain aux membres de la CME. Au terme du processus mis en œuvre, le plan stratégique devra être adopté par le conseil de surveillance qui se réunira après la CME de juillet 2014, de telle sorte que le plan stratégique ait été communiqué à l'ensemble des instances consultatives avant le 14 juillet 2014.

Le plan stratégique a pour objectif de dessiner les priorités de l'AP-HP de manière globale et met notamment en valeur l'idée d'une institution ouverte sur son environnement, qui doit travailler en coopération et qui doit être capable d'innover. Il fixe un certain nombre d'objectifs ambitieux tout en tenant compte du contexte économique et budgétaire afin de ne pas être caduc dès son adoption.

Le projet intitulé *Livre vert*, dans la mesure où il est soumis à concertation et consultation, sera mis en ligne et adressé à plusieurs acteurs, correspondants et partenaires pour recueillir leurs réactions. L'un des éléments importants de la stratégie de l'AP-HP consiste en effet à rendre réelle la notion de parcours de soins. Pour cela nous devons tenir compte de ce qui se passe en amont et en aval de notre institution. En effet, certains acteurs sont demandeurs d'une certaine façon de travailler avec l'AP-HP. Durant la période, des contributions extérieures et internes organisées ou individuelles pourront être recueillies. Il sera ainsi possible de préciser et d'enrichir le document et de débattre de son contenu. L'AP-HP ne doit pas en effet imposer la manière dont elle travaille avec son environnement mais interagir avec son environnement.

Par ailleurs, un certain nombre d'éléments viendront s'ajouter au plan stratégique, par exemple la réflexion sur la dimension stratégique de la politique menée en matière de cancer. Le groupe de travail que préside le P^r Serge UZAN travaille sur le sujet. Il fera connaître ses réflexions à la

fin du mois d'avril 2014. Le groupe de travail sur l'Hôtel-Dieu livrera quant à lui ses réflexions durant la seconde quinzaine du mois de mai 2014. Il est également prévu un travail spécifique sur la psychiatrie et deux ou trois autres thèmes qui méritent des approfondissements.

Le document tiendra compte des conférences stratégiques des groupes hospitaliers. Les groupes hospitaliers ont évidemment répondu à la consigne donnée de se projeter dans la période 2015-2019. Chaque groupe hospitalier pourra ensuite, à la rentrée, décliner un plan stratégique dont les différentes orientations seront connues.

Le directeur général donne à présent quelques éléments de calendrier. À la mi-avril 2014, un comité de pilotage sur le projet hôpital Nord dans sa globalité sera mis en place. Il s'agira d'inclure dans les réflexions les hôpitaux Bichat et Beaujon, ainsi que l'articulation avec le projet médical de l'hôpital Lariboisière, de telle sorte que les grands investissements soient travaillés en commun.

À la fin du mois d'avril et au début du mois de mai 2014, un bilan du fonctionnement des urgences en hiver, au cours des six mois écoulés, sera établi. Il sera l'occasion de proposer un certain nombre de mesures pour répondre au défi que connaissent l'ensemble des services d'urgence de l'AP-HP. Le bilan tiendra compte notamment des effets induits par la transformation de l'Hôtel-Dieu.

À la fin du mois de mai 2014, deux points importants seront traités, les réflexions sur l'Hôtel-Dieu pour intégration dans le plan stratégique et la fin de la réflexion menée avec le Service central de santé des armées sur de possibles synergies. En effet, le service central des armées et les sites d'Île-de-France se transforment.

Le 14 juin 2014, se tiendront les journées Portes ouvertes de l'AP-HP sur l'ensemble des sites d'Île-de-France. Il s'agit d'un moment important de mobilisation en interne et d'ouverture à l'externe pour montrer les actions menées en matière de recherche, de soins, d'enseignement, etc., avec des sites qui ont leur originalité et leurs forces pour répondre au mieux aux attentes des patients et des différentes parties prenantes. Il est prévu des temps de présentation et de conférences dans les différents hôpitaux, depuis les activités quotidiennes jusqu'aux activités technologiques. Les partenariats avec la presse seront importants. Les visiteurs devraient donc venir nombreux.

Enfin, un conseil de surveillance sera probablement convoqué avant le 19 juin pour procéder à l'installation des nouveaux membres.

Par ailleurs, **le directeur général** indique qu'il a été décidé, après des discussions avec le président de la CME, d'apporter des modifications à la direction médico-administrative. Jean-Michel DIÉBOLT est appelé à prendre la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'AP-HP. Il s'agit de donner une nouvelle impulsion à cette direction pour que la dimension relative à l'audit soit totalement présente. Parallèlement, il a décidé de confier la direction médico-administrative à Christine WELTY, qui a occupé de nombreux postes au sein de l'AP-HP. Elle fait partie du directoire depuis son renouvellement au mois de décembre 2013. Elle prendra ses fonctions dans les jours qui suivent. Outre le changement de personne, il a été considéré que la nouvelle dynamique devait se traduire également par une nouvelle appellation de la direction, désormais baptisée direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU). Le nouveau nom marque l'idée que l'effort à conduire doit porter sur l'organisation. Il signifie en outre que la question universitaire doit être portée au niveau du siège de l'AP-HP pour pouvoir mener une réflexion stratégique face aux stratégies des universités et des

communautés d'université. Enfin, le directeur général fait état parallèlement de la transformation de la direction du service aux patients pour créer une direction de la communication individualisée et une délégation aux relations internationales au moment où plusieurs projets internationaux sont à l'ordre du jour (construction d'un CHU à Constantine, notamment). Une direction pour les patients, les usagers et les associations de taille plus modeste verra le jour. L'ensemble sera présenté au comité technique d'établissement du siège à la fin de la semaine, avant des évolutions d'organisation plus profondes programmées avant ou après l'été 2014.

Le président confirme que le changement décidé à la direction médico-administrative a été concerté étape par étape avec le directeur général. Il adresse ses vœux de succès à M^{me} WELTY. Le changement de nom proposé pour cette direction lui convient. Il précise que cette direction a un rôle central. Elle instruit et prépare les décisions que le directeur général doit prendre, en concertation avec le président de la CME. L'équilibre médico-administratif concerté avec l'ancienne direction générale est maintenu.

Le doyen Benoît SCHLEMMER, s'agissant de la révision des effectifs de PH, se félicite, puisque les mots ont leur importance, d'avoir entendu le terme de « modulations ». Face aux informations apportées jusqu'alors, en effet, les doyens s'étaient émus du peu d'importance accordée à l'université en regard de la volonté de reprise systématique des emplois de PH dès lors qu'un PH titulaire était nommé dans une fonction universitaire. Ils s'inquiètent toujours de voir des équipes affaiblies, ou menacées de l'être, par la réduction du temps médical disponible lors de la reprise de ces emplois.

Le président n'a pas beaucoup entendu les doyens s'émouvoir sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers 2014 où la règle était déjà appliquée. Il souhaite savoir dès lors si les doyens ont des reproches à adresser à la révision 2014 de ce point de vue et de préciser si le système leur a semblé injuste.

Le doyen Serge UZAN considère que, dans la mesure où les éléments rédigés avant la révision 2014 sont réécrits, il est possible de s'interroger sur l'usage qui en sera prévu pour la prochaine révision. Le P^f Serge UZAN évoque des situations d'automatisme. La situation correspondant à la nomination à l'intérieur d'un service ou d'un pôle demeure compréhensible. Par contre au-delà du pôle, il serait nécessaire d'écrire que les postes feront l'objet d'un éventuel réexamen.

Le doyen Benoît SCHLEMMER souligne par ailleurs, que le fait de confier à une direction de l'AP-HP l'organisation universitaire (au sein de la direction de l'organisation médicale et universitaire) est extrêmement ambitieux. Il se serait contenté pour sa part qu'il soit fait allusion aux relations avec l'Université.

Le doyen Serge UZAN préconise d'adopter le terme de direction de l'organisation médicale et de la relation universitaire (DOMRU).

Le D^f Christophe TRIVALLE suppose, pour sa part, qu'un nouveau directeur de GH sera nommé sur les hôpitaux universitaires Paris Sud. Par ailleurs, il remarque qu'il n'existe pas de version anglaise du site de l'AP-HP, ce qui peut représenter un frein à la vocation internationale de l'AP-HP.

Le directeur général promet une concertation sémantique sur le nom de la DOMRU avec le président de la CME. Il confirme en outre que le site Internet de l'AP-HP va évoluer.

II. Gestion informatique du dossier médical : point sur le développement et le déploiement d'ORBIS à l'AP-HP

Le P^r Michel ZÉRAH précise que la présentation va répondre aux principales remarques entendues sur l'outil ORBIS. Le système est considéré en premier lieu comme étant trop complexe. Il considère pour sa part que le système n'est pas complexe mais complet. Le système permet en effet la réunification de la totalité des identifiants au niveau de l'Assistance publique et la prise en compte du dossier administratif et est la première pierre du dossier médical. Une liaison est établie avec le plateau technique, puisque 80 % des laboratoires sont connectés à ORBIS. Le système est communicant et ouvert avec l'extérieur. La plupart des systèmes des grands hôpitaux américains présentent une architecture identique, c'est-à-dire celle d'un système intégré. Le P^r Michel ZÉRAH ajoute que la deuxième réflexion entendue depuis plus récemment porte sur la lenteur à la mise en œuvre et sur le non-respect des délais.

Le P^r Éric LEPAGE rappelle le calendrier de déploiement de la solution ORBIS dans les différents hôpitaux qui permet d'uniformiser la partie dossier médical, de faciliter la prise en charge du patient venant d'un autre service ou hôpital, de partager l'information entre les professionnels et diminuer les délais de production des comptes-rendus. Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées concernant principalement la performance. Un travail important a débuté dans le domaine. Un second travail est en cours pour améliorer la disponibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 de l'outil, qui constitue une vraie préoccupation.

En termes de calendrier, l'objectif est d'avoir débuté le déploiement dans l'ensemble des hôpitaux court séjour de l'AP-HP en 2016.

Pour le site d'Ambroise Paré, le palier 2 concerne essentiellement le circuit du médicament et du dossier de soins. Le dossier de soins a été mis en place en pneumologie, il a été repris en janvier 2014 avec la mise en place du circuit du médicament. Le déploiement du circuit du médicament et du dossier de soins a démarré en cardiologie et néphrologie en juin et avril 2014.

Le système est également considéré comme trop coûteux. Pour l'aspect SIC, l'ensemble des coûts d'investissement avaient été chiffrés à 125 millions d'euros. Ils seront probablement de 117 millions d'euros. Les coûts d'infrastructures, en particulier la mise en place d'un certain nombre de postes de travail, augmente les coûts à 131 millions d'euros. Ce projet bénéficie d'un financement Hôpital 2012 de 41,6 millions d'euros. Ce coût peut être comparé à d'autres projets menés en France ou à l'étranger. Ainsi, ce projet correspond à un coût d'investissement de 5 400 euros par lit contre, par exemple, 12 000 euros pour la Harvard Medical School uniquement sur le circuit du médicament ou 86 000 € pour le Mount Sinai Hospital. En outre, le budget consacré au système d'informatisation s'élevait en 2013 à 1,7 % du budget total des hôpitaux, contre 7 % aux États-Unis et 2 % en Grèce, comme l'a rappelé Sébastien Marché, directeur des opérations stratégiques chez Orange Healthcare » lors des Journées *Hôpital numérique* de mars 2014.

Face à la critique d'un outil trop administratif et insuffisamment médical, le sujet de la recherche a fait l'objet d'une attention particulière avec un premier travail sur un entrepôt de données qui permettra d'intégrer les données cliniques d'ORBIS pour du traitement d'information. *datas*. Le système est en phase de test avec le groupe utilisateur. Un second travail débute portant notamment sur l'utilisation des *big*.

Le P^r Michel ZÉRAH en vient à la question d'un système jugé trop monolithique et insuffisamment à l'écoute des utilisateurs. Il rappelle qu'un certain nombre de dossiers de spécialités ont déjà été mis en place. Des groupes de travail réfléchissent à des adaptations pour chaque dossier. Chaque site est inclus dans un groupe de travail de spécialité dès lors que le déploiement d'ORBIS démarre.

En termes de perspectives, il évoque une richesse biologique, hospitalière, universitaire et économique considérable sur le point d'être perdue à cause du manque de serveurs, de capacité de stockage, de logiciels pour interpréter les données et de personnel adapté. S'agissant de l'ouverture vers les territoires de santé, un certain nombre de projets se mettent en place. Ils sont fondés sur une architecture de plateforme d'échange au niveau des personnels de santé, des patients ou vers les autres établissements de santé. Les services seront locaux ou distants à travers de grands projets nationaux de santé.

Le déploiement d'un système d'information pérenne pour l'AP-HP est extrêmement important. Il doit être unifié et intégré et également ouvert vers l'extérieur pour permettre la communication vers les différents acteurs de santé. Dans un avenir proche, l'accent devra être mis sur la plateforme d'échange et de services, sur la mobilité, sur la mise en œuvre d'outils d'aide à la recherche et sur la participation aux projets régionaux, nationaux et européens. Sachant que, ce jour, le système Windows XP devient obsolète tandis que de nombreux postes de l'AP-HP l'utilisent, la réflexion sur les outils informatiques modernes de l'AP-HP devient indispensable.

Le président souhaite savoir si le reproche de lenteur potentielle, voire effective, du système est considérée dans les réflexions conduites par le groupe.

Le P^r Michel ZÉRAH confirme que la principale remarque des utilisateurs porte sur la lenteur du système, due à l'obsolescence des machines, quels que soient les logiciels utilisés.

Le P^r Thierry CHINET conteste vivement la manière dont est mis en place le dossier de soins dans son service, entraînant une complexification inacceptable du travail des infirmier(e)s. Il confirme en outre la lenteur de l'accès informatique. Pour autant, il reconnaît que l'outil ORBIS peut être extrêmement positif et soutient donc la poursuite de l'informatisation du dossier médical.

Le P^r Jacques DURANTEAU témoigne du fait que le déploiement d'ORBIS s'est déroulé de façon satisfaisante à l'hôpital Bicêtre. L'accompagnement doit se poursuivre. Les ordinateurs doivent en outre être changés pour gagner en rapidité et en confort d'utilisation pour faire le succès à long terme du logiciel.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE insiste sur le nécessaire respect des dates et des délais pour qu'un groupe hospitalier puisse se préparer à son informatisation. Il pointe par ailleurs l'importance du système informatique en matière de recherche, notamment s'agissant des interfaces avec les cohortes qui se sont constituées. Or il a appris qu'une cohorte sur les maladies chroniques de l'hôpital Cochin ne pourra pas partager d'informations avec le système informatique de l'AP-HP. Le P^r Stanislas Chaussade y voit un handicap majeur.

Le P^r Éric LEPAGE rappelle qu'aujourd'hui, en cardiologie, il existe un registre régional d'angioplasties et de coronographies. Or ORBIS envoie tous les six mois automatiquement l'ensemble des données nécessaires au registre. Par ailleurs, un certain nombre de travaux ont été entamés en particulier avec la mairie de Paris sur les certificats de naissance et les

certificats de décès, l'outil Trajectoire. Il n'existe donc aucune raison pour que cette question ne trouve pas de solution pour l'hôpital Cochin.

Le doyen Serge UZAN souligne que, d'ores et déjà, les cohortes de l'AP-HP sont exploitées sans rétribution en retour. Il préconise une réflexion sur le sujet. Il voit en effet dans les cohortes une richesse exceptionnelle dont il est possible de tirer bénéfice auprès des industriels et d'un certain nombre de structures.

Le P^r Éric LEPAGE précise qu'un travail sur l'utilisation des données a été entamé avec le DRC. Une charte sera présentée à la CME sur le sujet. Concernant RKDOS, ce logiciel va disparaître et un groupe de travail a été créé afin de pouvoir établir les RCP dans ORBIS et en partageant les données avec certains sites hors AP-HP.

Le P^r Jean-Philippe WOLF préconise une réflexion sur l'obligation de posséder les papiers originaux relatifs aux consentements éclairés. Il trouve regrettable en effet que, malgré les saisies informatiques, les assistantes doivent conserver les originaux sous format papier, ce qui génère le double de travail au lieu de le réduire.

Le P^r Éric LEPAGE confirme cette procédure.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'interroge sur les raisons de l'absence d'un groupe gériatrique parmi les groupes de spécialités.

Le P^r Michel ZÉRAH répond que le sujet n'a pas encore débuté et être abordé avec la collégiale de gériatrie.

Le D^r Patrick PELLOUX trouve inquiétante la dépendance du système par rapport aux enjeux des multinationales de location de logiciels. Une réflexion de long terme est-elle menée en matière de politique de sécurité pour éviter des chantages aux taxes et aux nouveaux financements au cours du temps ? Il regrette par ailleurs que le système Carmen utilisé par les SAMU ne soit pas compatible avec le logiciel des pompiers de Paris.

Le P^r Éric LEPAGE observe que chaque structure garde sa liberté de choix dans le cadre de marchés publics imposant des contraintes. En revanche, un travail est à mener sur les cadres d'interopérabilité pour permettre les échanges d'informations entre les différents outils. Il souligne que le système d'information de l'AP-HP a été construit pour prendre en compte ces cadres d'interopérabilité.

La vice-présidente rappelle qu'initialement, l'investissement présenté en 2012 devait s'élever à 550 millions d'euros. Elle constate la dépense est de 132 millions. Comment peut-on expliquer cette moindre dépense ?

Le P^r Éric LEPAGE ne dispose pas de l'information au global. En revanche, la baisse des coûts sur Agfa tient au retard pris sur un certain nombre de modules qui n'impose pas de payer la maintenance et au fait que le montant évoqué intègre un montant de marché maximal. Certaines options ne sont pas retenues par l'AP-HP (comme par exemple, le déploiement d'un hôpital), induisant une baisse des coûts.

Le P^r Guy SEBAG souhaite savoir si les besoin en réseaux, en terminaux et en WIFI ont été calculés pour résoudre les difficultés de lenteur du système.

Le P^r Éric LEPAGE précise que l'adaptation du nombre de postes de travail sera prévue dans le cadre du renouvellement des postes. En outre, un travail est en cours sur les aspects liés au réseau.

M. Julien LENGLET remarque qu'il est essentiel d'intégrer la sortie du patient dans le logiciel. Il souhaite savoir s'il est prévu une articulation avec l'outil Trajectoire pour gagner du temps d'hospitalisation et du temps médical.

Le P^r Éric LEPAGE confirme qu'un travail est en cours avec l'agence régionale de santé pour envoyer les données d'ORBIS vers l'outil Trajectoire et d'éviter une nouvelle saisie.

Le P^r Jacques DURANTEAU insiste sur la nécessité d'obtenir l'adhésion du personnel médical et paramédical sur l'utilisation d'ORBIS. Dans un second temps, la recherche sera facilitée.

Le président souhaite savoir si une solution raisonnable a été apportée pour la saisie, l'accès et la protection des données.

Le P^r Éric LEPAGE explique que la grande difficulté réside dans la nécessité de trouver un compromis acceptable entre l'utilisation du système et la confidentialité. Il précise à cet égard qu'un travail doit impérativement être entamé sur la notion de carte sans contact.

Le président ajoute que les solutions à proposer auront un coût important mais que la sécurité et la protection des données sont des éléments absolument cruciaux.

Le P^r Paul LEGMANN pointe la lenteur du déploiement, s'inquiète de la mise aux normes des matériels informatiques existants, et souligne également le manque de simultanéité dans celui-ci. Il cite l'exemple de l'hôpital Ambroise-Paré où le dispositif n'est pas entièrement déployé tandis que les opérations ont été entamées en 2011. Alors que l'autre hôpital du groupe hospitalier, l'hôpital Raymond-Poincaré, n'est pas concerné par le déploiement.

Le P^r Paul LEGMANN pointe la lenteur du déploiement, s'inquiète de la mise aux normes des matériels informatiques existants, et souligne également le manque de simultanéité dans celui-ci. Il cite l'exemple de l'hôpital Ambroise-Paré où le dispositif n'est pas entièrement déployé tandis que les opérations ont été entamées en 2011. Alors que l'autre hôpital du groupe hospitalier, l'hôpital Raymond-Poincaré, n'est pas concerné par le déploiement.

Le P^r Éric LEPAGE confirme que le choix opéré au moment de la décision de généralisation consiste à réaliser le déploiement simultanément au sein des différents hôpitaux d'un même groupe hospitalier. Néanmoins, le cas de l'hôpital Ambroise-Paré est particulier dans la mesure où le palier 2 (circuit du médicament et du dossier de soins) est déployé simultanément. Il était difficile de mobiliser un nombre suffisant de personnes.

Le P^r Jean-Claude CAREL s'enquiert de la nature de l'ouverture sur l'extérieur, le calendrier de mise en œuvre est-il connu ?

Le P^r Éric LEPAGE mentionne la possibilité d'envoyer l'ensemble des courriers d'hospitalisation et les résultats d'examen de biologie par messagerie sécurisée vers la médecine de ville. Pour autant, les médecins libéraux gardent un taux d'informatisation concernant la messagerie sécurisée relativement faible, compliquant notre tâche.

Le P^r Jean-Claude CAREL s'enquiert de la nature de l'ouverture sur l'extérieur, le calendrier de mise en œuvre est-il connu ?

Le P^f Éric LEPAGE mentionne la possibilité d'envoyer l'ensemble des courriers d'hospitalisation et les résultats d'examen de biologie par messagerie sécurisée vers la médecine de ville. Pour autant, les médecins libéraux gardent un taux d'informatisation concernant la messagerie sécurisée relativement faible, compliquant notre tâche.

Le directeur général proposera un nouveau point d'information à la rentrée suivante, lorsqu'il sera possible d'apporter des réponses plus précises aux questions précédentes. L'information s'effectuera en outre à la lumière de la mission d'appui déclenchée avec les hospices civils de Lyon.

Le président note l'absence de M. CASTELAZZI lors de cette séance.

Le P^f Bernard GRANGER rapporte que, dans de nombreux hôpitaux, circulent des fichiers nominatifs comprenant des statistiques d'activité (par exemple le nombre d'interventions ou le nombre de minutes passées au bloc opératoire pour les chirurgiens, ou, comme à Cochin dans son pôle le nombre de consultations publiques). Il semble cependant que ces fichiers n'ont pas été déclarés à la CNIL en tant que tels. Il a demandé confirmation de ce point à la direction des affaires juridiques, qui n'a pas répondu précisément, arguant à propos du fichier établi à l'HEGP d'une déclaration indirecte. En outre, les médecins concernés doivent être informés de l'existence, de l'objectif et de la destination de ces fichiers, ce qui n'est pas le cas. Les médecins doivent avoir accès aux fichiers, pour vérifier l'exactitude des données, ce qui n'est pas davantage le cas. Le P^f Bernard GRANGER demande aujourd'hui à la direction des affaires juridiques de répondre précisément aux questions posées. Il considère en effet comme insupportables le « flicage » permis par l'établissement de ces fichiers et le fait que la loi ne soit pas respectée. Il juge ce mode d'évaluation du travail des médecins inacceptable car reposant sur des indicateurs quantitatifs simplistes et souvent erronés.

Le président informe qu'il suit ces événements avec attention et préoccupation. Il y voit les signes d'une mauvaise coopération médico-administrative avec, des deux côtés, des comportements qu'il ne sait approuver. De plus, il signale que le P^f Bernard GRANGER a alerté à plusieurs reprises la direction générale et les directions du siège sur ces sujets.

Le directeur général confirme en premier lieu l'existence, à l'AP-HP publique, de données qui permettent de suivre l'activité des services, et de ceux qui y travaillent. Elles sont utiles par exemple lorsqu'il s'agit de justifier une demande de poste. Il s'agit d'un suivi d'activité auquel, d'ailleurs, beaucoup de praticiens se réfèrent.

Il affirme également que les systèmes d'information et les applications doivent être déclarés à la CNIL, conformément à la loi. La direction des affaires juridiques y veille. Il rappelle cependant que le système d'information de HEGP est différent des autres. La question s'est posée de savoir si la formulation utilisée lors de la déclaration à la CNIL était suffisamment explicite pour répondre aux craintes résumées précédemment. La direction des affaires juridiques a estimé qu'il n'existait aucune difficulté à prévoir une déclaration plus précise comprenant un tableau détaillant le nom des praticiens et le nombre d'interventions réalisées par chacun d'entre eux. Le directeur général espère que ses réponses seront de nature à rassurer la CME.

Enfin, il souhaite aborder d'autres spécificités désagréables de l'HEGP. Il évoque le piratage de messageries électroniques visant à dérober des courriels avant de les imprimer et de glisser les documents sous la porte de certains praticiens. Ces conditions contribuent et participent à un climat préjudiciable à l'AP-HP, à HEGP et aux patients. Il estime en l'espèce que des histoires

individuelles viennent entretenir un climat au sein duquel la grande majorité médicale de l'AP-HP et de HEGP en particulier souhaiterait mettre bon ordre. Il y sera donc mis bon ordre.

Le président confirme qu'il suivra ce dossier avec la plus grande attention. Si la situation ne s'apaise pas très prochainement, il proposera une motion au vote de la CME.

III. Préparation du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 : rapport du groupe de travail *Des lits, pour quoi faire ?*

M^{me} Christine WELTY rappelle que le groupe de travail s'est interrogé sur le futur schéma capacitaire de l'AP-HP à l'horizon 2015-2019 c'est-à-dire à échéance du plan stratégique à venir. Le constat a été dressé d'un besoin en lits croissants pour certains types de prises en charge et de réduire le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle pour développer l'ambulatoire dans d'autres types de pathologies.

Plusieurs scénarios de rupture peuvent être envisagés. Ils se fondent sur des modes de calcul du schéma capacitaire qui consisteraient à ramener l'ensemble des lits de MCO au taux d'occupation type défini par l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance). Selon ces calculs, la diminution du nombre de lits serait notable. La décision ne peut cependant être prise sans tenir compte de l'évolution des pathologies, des prises en charge et des thérapeutiques pour un certain nombre de spécialités. Le second constat porte sur l'adaptation des capacités d'aval aux besoins. La réduction des capacités d'hospitalisation conventionnelle en MCO nécessite une fluidification de l'aval, tant en termes de capacités, que de structuration du parcours patient. Aujourd'hui 400 lits de SSR sont disponibles, alors que les disciplines qui en ont besoin sont saturées (SSR oncologie et hématologie avec complication neurologique, SSR neurologique, SSR polyvalents, SSR post-réanimation).

Les scénarios de rupture envisagés sont de trois natures :

1. développer des plateformes de prise en charge pluridisciplinaire d'hospitalisation en médecine ;
2. moderniser la prise en charge chirurgicale ;
3. faciliter les sorties anticipées de patients (par le développement de l'HàD et de la prise en charge des SSIAD, le développement de la télémédecine et de la télésurveillance, le développement d'hôtels hospitaliers, la sortie anticipée, faciliter aussi le développement de services à domicile et l'organisation de la continuité des soins à domicile, en suivant les exemples de VITALDOM et PRADO).

Cependant, des freins financiers existent. La fermeture de lits dispersés dans les hôpitaux ne rapporte pas nécessairement une baisse des charges corrélée à celle des recettes qu'ils engendrent lorsqu'ils sont occupés. Une unité minimum de 4 à 6 lits est nécessaire pour permettre un ajustement des moyens. **M^{me} Christine WELTY** évoque également des freins organisationnels liés à la dispersion des lits et aux contraintes architecturales constatées dans presque tous les hôpitaux. Nous disposons également des marges de progression dans nos échanges avec la médecine de ville. Quant aux plateaux médico-techniques, ils doivent faire l'objet de réorganisations pour répondre aux besoins de l'ambulatoire. Enfin la sortie des patients nécessite d'être mieux anticipée.

Les freins managériaux sont la conséquence d'un fonctionnement cloisonné des services entraînant des difficultés à construire des plateformes communes. Il existe également une vision « notariale » des services qui se traduit souvent par le nombre de lits dont ils disposent.

Concernant le personnel non médical, cette nouvelle organisation entraîne une diminution du salaire avec la perte des primes de nuit et week-end.

Enfin, la précarité de certains patients complexes pour qui la sortie, au plan social, n'est pas envisageable représente un frein social.

Il existe heureusement des leviers. Sur le plan financier, il s'agirait de maximiser les potentiels en ambulatoire de façon à proposer la prise en charge la plus adaptée au coût le plus juste. De plus, l'alignement tarifaire et la suppression des bornes basses doit inciter les établissements à opérer cette bascule vers l'ambulatoire.

Les leviers peuvent également être managériaux. En l'occurrence, il s'agit de services où la qualité de vie au travail peut être plus favorable pour le personnel en raison des horaires de travail. Une conduite du changement est nécessaire pour décloisonner le fonctionnement des services avec une formation destinée à préparer les nouvelles générations à ce mode de fonctionnement.

Les leviers peuvent également être managériaux. En l'occurrence, il s'agit de services où la qualité de vie au travail peut être plus favorable pour le personnel en raison des horaires de travail. Une conduite du changement est nécessaire pour décloisonner le fonctionnement des services avec une formation destinée à préparer les nouvelles générations, notamment de médecins, à ce mode de fonctionnement.

Les leviers organisationnels, quant à eux, consisteraient à fluidifier le parcours de soin du patient, à anticiper la sortie du patient dès son admission (voire lors de la pré admission) pour prévenir le besoin en SSR et mettre en place des structures alternatives disposant d'une taille critique.

Les leviers sociaux portent sur la fluidification de l'aval pour les patients complexes, nécessitant d'établir des conventions avec des établissements médicosociaux pour améliorer la filière d'aval, la formalisation des parcours de soins, une utilisation plus régulière de Trajectoire, et assurer une prise en charge sociale précoce.

Enfin, faire de la prise en charge en ambulatoire un critère opposable dans le cadre de l'évaluation HAS pourrait représenter un critère incitatif supplémentaire, comme de contourner les lits d'hospitalisation complète au niveau de l'OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins).

Les recommandations du groupe de travail sont les suivantes :

- évaluer l'impact de l'optimisation de l'IP/DMS sur le dimensionnement capacitaire de chaque GH (estimation du nombre de lits pouvant être fermés avec un taux d'occupation des lits maximum) ;
- contractualiser par GH cette optimisation ;
- modéliser pour les spécialités impactées le besoin capacitaire HdJ/HC issu des nouvelles thérapeutiques (rhumatologie, médecine interne et prise en charge du HIV et HCV, oncologie) ;
- mettre en place les conditions de réussite du développement de l'ambulatoire.

Le président précise que, lorsqu'il posait la question *Des lits, pour quoi faire ?* il pensait entre autres à des lits pour mourir. Il rappelle en effet que l'hôpital est aussi un lieu de mort, si

possible dans la dignité, c'est-à-dire en étant soigné par des personnes compétentes. **Le président** souhaite que le sujet ne soit pas omis. Il s'agit de faire face à un phénomène de société : les patients ne meurent plus chez eux mais à l'hôpital. Il veillera à ce que le projet médical en tienne compte.

Le D^r Julie PELTIER fait remarquer que les services n'ont pas les moyens en personnels pour avoir une telle gestion des lits. En particulier, les assistantes sociales sont trop peu nombreuses. Par ailleurs, il lui semble légitime d'effectuer les sorties de patients le soir, après communication des derniers résultats médicaux. Un patient qui sort en fin de matinée, est un patient qui aurait pu sortir la veille.

M^{me} Christine WELTY répond que la pratique est variable d'un service à l'autre.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la crise sociale actuelle a nécessairement un impact au niveau des hôpitaux. Le social est intimement lié à notre pratique. Il observe cependant que certains services d'urgence ne sont dotés que de 0,2 ETP d'assistante sociale tandis que les textes prévoient une assistante sociale dans chaque structure d'urgence. D'autre part, il ne croit pas à la solution des hôtels d'hébergement en raison des intérêts financiers autour de ces établissements. Enfin, s'agissant de l'aval des urgences, il pense que les marges de manœuvre au sein de l'Assistance publique sont moins importantes.

Le D^r Georges SEBBANE souscrit aux propos du président. Par ailleurs, il souhaite que l'AP-HP se positionne sur la prise en charge des patients jeunes souffrant de maladies chroniques qui ont des parcours de soins compliqués (baptisés « malades bloquants »).

M^{me} Christine WELTY mentionne la nécessité de contractualiser davantage avec les acteurs médicosociaux pour trouver des solutions pour ces patients, la création de SLD non gériatrique pourrait être une partie de la réponse. Elle confirme en outre l'importance du travail des assistantes sociales dans les services d'urgence. Elle précise simplement avoir la volonté d'un travail plus en amont pour éviter des hospitalisations ou des retours à domicile inappropriés.

Le président souhaite savoir si le groupe de travail a évalué le nombre de malades bloquants au sein de AP-HP, ce qui d'estimer plus précisément le nombre de lits à leur réserver et ainsi améliorer l'aval.

M^{me} Christine WELTY a mené le travail pour son groupe hospitalier. Elle a estimé le nombre à dix patients par mois.

Le président trouve ce chiffre particulièrement élevé. Il préconise pour sa part que le travail de recensement soit conduit plus précisément avec des critères solides.

Le P^r Jacques DURANTEAU précise qu'un SSR neurologie a ouvert au sein de son groupe hospitalier, et pointe l'importance d'augmenter la qualité de la prise en charge des patients en termes de rééducation. Les patients ont en effet besoin d'une expertise de soins. Le SSR a permis de constater une amélioration de la qualité des soins et de diminuer la durée moyenne de séjour à 24 jours. Il y voit une solution. Il regrette simplement que, fréquemment, au sein des services, l'interaction entre médecins et aides-soignants ne soit pas suffisamment efficace.

Le P^r Ariane MALLAT appuie les propos précédents. Elle mentionne une difficulté d'aval dans un certain nombre de spécialités où l'initiative pourrait se décliner.

Le P^r Thierry BEGUE regrette que l'expertise médicale n'ait pas été évoquée dans le diaporama. C'est souvent un motif de prolongation de l'hospitalisation du patient.

M^{me} Christine WELTY précise que ce point est souligné par les spécialités médicales dans le rapport complet.

Le P^r René ADAM se déclare favorable au concept des hôtels hospitaliers. Il préconise d'approfondir cette idée qui permettrait d'améliorer l'aval et d'écourter les séjours en hospitalisation complète. Il ajoute que l'ensemble des grands hôpitaux américains sont adossés à un hôpital hospitalier. Il cite l'IGR en France.

Le président rappelle cependant que l'institut Gustave-Roussy (IGR) est monothématique et reçoit des malades de toute la France. Les hôpitaux de l'AP-HP sont dans une situation totalement différente avec des prises en charge très variées.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE se demande si le rattachement des assistantes sociales à un pôle, plutôt qu'à un service central ne serait pas préférable. Il désapprouve par ailleurs le système de calcul du taux d'occupation, et prône un système basé sur le calcul théorique de lits nécessaires comme celui mis en place à Cochin avec le codage centralisé du DIM qui prend en compte le nombre de séjours et la durée du séjour et qui permet d'être plus précis. Enfin, la politique tarifaire n'est pas favorable au développement de l'hospitalisation partielle avec une différence de tarif avec le conventionnel.

M^{me} Christine WELTY rappelle que ce n'est plus vrai depuis la circulaire parue récemment. Concernant les chiffres annoncés, ils sont bruts et ont été rapidement écartés car nécessitant une interprétation beaucoup plus fine des GH eux-mêmes.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime risquée la tendance actuelle de créer des SSR adultes aux dépens des SSR gériatriques. Il préconise pour sa part d'ajouter des lits de SSR adultes aux lits existants. Ce risque se posera dans un deuxième temps pour le LD. Par ailleurs, au titre des questions diverses, il demande une présentation en CME de l'évolution du financement du SSR.

Le président confirme qu'un point sur le sujet sera inscrit à l'ordre du jour de la CME avant l'été 2014.

IV. Rapports annuels 2013 sur les produits de santé à l'AP-HP

1. Sécurisation du médicament

Le P^r Béatrice CRICKX rappelle que le médicament est un axe majeur du programme qualité et sécurité des soins de la CME. Il nécessite une stratégie partagée d'actions sur le bon usage des médicaments, la sécurisation des circuits et la maîtrise médicalisée des dépenses, l'ensemble de ces cibles étant fixées par le contrat de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles. Une démarche d'évaluation de l'atteinte des cibles est engagée par l'OMEDIT, l'Assurance-maladie, la HAS et les inspections des pharmacies à usage intérieur.

Malgré des évaluations encore insuffisantes, **le P^r Béatrice CRICKX** pointe un partenariat dynamique entre les 17 responsables locaux (RSMQ), la pharmacovigilance, la direction des services aux patients (DSAP), la direction aux affaires juridiques (DAJ) et le nouveau système d'information (NSI). Elle mentionne également une vraie mobilisation des professionnels des sites ainsi qu'un bilan du programme d'actions AP-HP 2013 positif avec 86 % des cibles

atteintes sur le tableau de bord (30 actions priorisées ont été déclinées au niveau local avec adaptation au contexte selon les 6 grands thèmes de l'arrêté du 6 avril 2011). Enfin, elle évoque l'installation d'un représentant des usagers au niveau central pour assurer un travail sur l'interface entre ville et hôpital et l'information aux patients.

Au cours de l'année 2013 plusieurs actions ont été menées :

1. système management de la qualité avec prioritairement : l'analyse pharmaceutique des prescriptions, le support de prescription par rapport à l'administration unique et le retour d'expérience sur les erreurs médicamenteuses ;
2. gestion des risques : nouvel OSIRIS, lien avec la pharmacovigilance, groupe de travail ad-hoc ;
3. formation ;
4. communication : 1^{ère} journée du médicament, auprès des instances.

2. Contrat de bon usage des produits de santé

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que le contrat de bon usage des produits de santé est signé chaque année depuis 2006. Néanmoins, les exigences en termes de qualité et de sécurité augmentent chaque année, notamment concernant la maîtrise des dépenses.

L'évolution du dispositif aboutit à des cibles de plus en plus exigeantes et établit un lien entre l'ensemble des dispositifs en place dans le domaine (certification, indicateurs IPAQSS, management de la qualité de la prise en charge du médicament, politique du médicament, etc.). De nouvelles exigences sont prévues dans le futur contrat que l'AP-HP va devoir signer pour la période 2014-2018.

Il continue d'exister de grandes disparités au sein de l'AP-HP qui ont un impact sur les résultats de la réponse institutionnelle au contrat de bon usage, disparités liées aux pratiques, aux organisations, aux structures et au management de la prise en charge médicamenteuse ainsi qu'au suivi de l'implantation des dispositifs médicaux implantables.

Une vigilance est à porter tout particulièrement sur la mise à disposition de médicaments étiquetés de façon unitaire, afin de diminuer le risque lié à l'administration. Le respect du calendrier du déploiement d'ORBIS est également un point de vigilance. **M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS** cite en outre la nécessaire poursuite des démarches « Liens ville-hôpital », l'amélioration à apporter dans la tenue du dossier patient et lors des prescriptions des produits de santé hors référentiels (en mettant en place des comités de la juste prescription au niveau des GH par exemple).

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

Le P^r Philippe LECHAT, président de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, indique que la COMEDIMS a été mise en place en janvier 2013. Elle comprend une centaine de personnes. Elle s'occupe de la stratégie tandis que le Bureau filtre les dossiers de demandes pour les distribuer à trois comités, le comité du médicament, le comité des dispositifs médicaux et le comité des médicaments anti-infectieux. L'objectif général se résume en quelques mots, bénéfice (mettre à la disposition des patients de l'AP-HP l'innovation thérapeutique), risque (réduire les risques par l'ensemble des moyens disponibles), moindre coût (grâce à la politique de l'AGEPS menée en collaboration avec la direction des

achats). Presque la moitié d'avis défavorables sont donnés, en raison de l'insuffisance des données cliniques qui devraient pourtant être obligatoires.

La demande d'expertise des DMS est en forte augmentation pour un coût de 274 M€. Concernant les médicaments, l'activité reste stable avec une quarantaine de nouveaux médicaments autorisés en 2013. Les dépenses de médicaments représentent 458 M€, et c'est principalement sur les médicaments hors GHS que l'ARS et l'OMEDIT nous demandent de faire des efforts pour diminuer la prescription.

Le rôle de la COMEDIMS est d'émettre des recommandations et d'analyser les situations à risques d'EIG. Des actions de communication ont été entreprises et un soutien au développement a été entrepris en collaboration avec le CLUD et le CLAN.

Les perspectives de la COMEDIMS portent en particulier sur :

- un soutien à l'informatisation (ORBIS) ;
- la mise en œuvre d'études médico-économiques ;
- une meilleure interface avec l'AGEPS ;
- la poursuite du partenariat avec l'OMEDIT et l'ARSIF pour le contrôle des prescriptions hors GHS ;
- une réflexion sur la mise en place de modules d'enseignement dans le cadre du DPC.

Le P^r Béatrice CRICKX conclut en indiquant souhaiter une politique AP-HP du médicament coordonnée comprenant la pertinence des prescriptions et la continuité des traitements (ville-hôpital), la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et une approche médico-économique de la prise en charge médicamenteuse.

Le président remercie les trois intervenants pour leur important travail dans un domaine capital pour la CME et l'AP-HP. Il rappelle que, quelques semaines auparavant, un patient est mort suite à une erreur thérapeutique (non prise en compte d'une allergie aux bêta-lactamines). L'AP-HP n'a donc pas résolu toutes ses difficultés.

Le P^r Philippe ARNAUD estime que chaque hôpital réalisant une activité de conditionnement unitaire sur son propre site est loin d'être au rendez-vous de l'efficacité. Il pointe également la difficulté liée aux ordonnances d'entrée et de sortie. Aujourd'hui, la connexion au dossier pharmaceutique est possible sans être efficace au sein des établissements de santé de l'AP-HP. Il préconise le recours à la carte professionnelle de santé (CPS) comme outil de connexion.

Le président doute que les internes et les externes puissent obtenir une carte CPS.

Le P^r Philippe ARNAUD signale que l'Ordre des pharmaciens réfléchit à cette possibilité. Il ajoute que les prescriptions de sortie pourraient être optimisées.

Le P^r Béatrice CRICKX confirme la nécessité d'évoluer sur le dossier pharmaceutique.

Concernant l'ordonnance de sortie, **le P^r Philippe LECHAT** ajoute que des améliorations sont attendues de l'utilisation de l'outil ORBIS.

Le président demande au P^r CRICKX si elle souhaite qu'une politique du médicament coordonnée à l'AP-HP qui inclut la pertinence des prescriptions et la continuité des traitements (ville-hôpital), la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et une approche médico-économique de la prise en charge médicamenteuse soit inscrite dans le projet médical du plan stratégique.

Le P^r CRICKX le confirme. Elle pointe en effet les limites de la partie relative au médicament du précédent plan.

A la demande du président, **M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS** précise que, pour cette année, le respect des exigences en matière de qualité et de sécurité au titre du CBUS pourrait ne pas être jugé suffisant par l'ARS avec comme conséquence une note inférieure à 80, contrairement aux années antérieures. Ce chiffre de 80 constitue la limite qui peut entraîner une baisse du taux de remboursement des produits de santé facturables en sus des GHS. Il faut savoir que 1 % de diminution représente 3,5 M€ pour l'AP-HP. Si ce taux de 80 n'était pas atteint, une phase de concertation serait engagée avec l'ARSIIF et l'assurance maladie.

Le D^r Christophe TRIVALLE signale les difficultés liées aux pannes du logiciel de prescription médicale qui empêchent l'accès aux ordonnances. A cet égard, les équipes informatiques doivent se montrer extrêmement performantes. Il fait par ailleurs, référence à un outil de formation pour prévenir les ÉIG, intitulé « la chambre des erreurs » qui permet de mettre le personnel en situation.

Le P^r Jean-Claude CAREL souhaite savoir si les COMEDIMS se sont investies sur le sujet des PHEV (prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville) car il s'agit d'une dépense de santé quantitativement importante et particulièrement suivie par l'assurance maladie.

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS que pour ce type de prescriptions, il existe un risque financier et que l'AP-HP pourrait se voir proposer par l'assurance maladie, dans le cadre un contrat d'amélioration de la qualité (CAQOS), un plan d'action ciblé.

Le P^r Philippe LECHAT répond que l'informatisation facilitera la prescription d'un générique lors de la sortie du patient, comme le souhaite la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF).

Le D^r Guy BENOÎT observe que l'ensemble des recommandations ne sont pas connues sur le terrain. Le développement d'ORBIS devrait faciliter la diffusion et l'accès aux recommandations. D'autre part, il constate que la situation de l'analyse pharmaceutique s'est considérablement améliorée. En revanche, il n'est pas certain que l'ensemble des efforts nécessaires aient été réalisés pour améliorer la sécurisation de l'administration des médicaments au niveau infirmier.

Le P^r Béatrice CRICKX confirme que l'administration du médicament est une phase clé. Cependant, les infirmières sont souvent dérangées dans leur travail. Parfois, des modifications de personnel interviennent au milieu de la distribution des médicaments. À cet égard, le P^r Béatrice CRICKX préconise de sensibiliser les médecins comme les personnels soignants. Elle a d'ailleurs pu mesurer l'effort accompli au cours de l'année écoulée en matière de formation notamment des infirmières.

Le président adresse ses encouragements aux trois intervenants.

V. Exécution budgétaire au 31 décembre 2013

M^{me} Carine CHEVRIER indique que l'exécution budgétaire a été plus favorable que prévu. Elle est en légère amélioration par rapport à 2012 avec un résultat du compte principal à -60 M€ contre -69,9 M€ en prévision. Elle mentionne en outre un résultat consolidé de -8 M€ contre -20 M€ prévus. L'AP-HP poursuit ainsi la trajectoire d'amélioration de ses comptes. Les efforts d'efficience se traduisent en chiffres, les grands équilibres budgétaires étant respectés.

La soutenabilité financière est acquise et maintenue avec des investissements à hauteur de 304 M€ et un niveau de dette en fin d'exercice à 2 238 M€ (soit 31,2 % des produits). Ce taux est soutenable par l'institution et reste dans le cadre réglementaire. Aucun prélèvement n'a eu lieu sur le fonds de roulement en 2013 comme en 2012, ce qui garantit la couverture des besoins de trésorerie infra-annuels. Les grands équilibres sont maintenus.

Il subsiste cependant des points d'attention. La marge brute s'élève à environ 390 M€. Le taux de marge brute non aidée est donc de l'ordre de 5,5 % contre un taux de 8 % demandé par la tutelle. Le taux est donc honorable. En revanche, la capacité d'autofinancement s'inscrit à environ 320 M€. Elle est plus favorable qu'attendu mais en dégradation par rapport à 2012.

En complément de la présentation lors de la précédente CME sur l'activité, **M^{me} Carine CHEVRIER** précise qu'une baisse de -0,4 % était constatée pour l'hospitalisation complète. Après annulation des impacts des transferts, on note une augmentation de l'activité de +0,7 %.

Concernant les produits d'assurance maladie, on a une hausse de recettes d'hospitalisation de +2,2 % (57 M€), grâce à l'effet codage. Enfin, concernant les MIGAC et FIR on a constaté une diminution de la dotation de 1,4%.

Sur la partie charges de personnel, l'attention se porte sur la masse salariale qui s'élève à 4 138 M€, soit une augmentation de 2,1 %, tout en restant en deçà des autres CHU. Les engagements pris envers le personnel non médical sont tenus ; le dépassement est constaté sur le personnel médical et s'explique par une augmentation des effectifs, en particulier des PHC, la monétisation des CET, mais également pour la permanence des soins et les plages additionnelles.

M^{me} Carine CHEVRIER souhaite conclure sur la capacité d'auto financement de l'exercice et les grands équilibres financiers, pour préciser qu'au cours de l'année 2013, une CAF de 319 000 € a été générée par nos propres actions. On a obtenu 28 588 € de dotations et subventions, et 51 738 € de produits de cession. L'exercice est équilibré puisque des dettes ont été remboursées à hauteur de 88 810 € et 304 142 € ont été consommés au titre des immobilisations.

Le D^r Guy BENOÎT, président de la sous-commission activité - ressources, comprend mal l'augmentation des dépenses du personnel médical et de la masse salariale au regard aux efforts d'efficience entrepris depuis deux ans lors de la révision des effectifs. Pour le personnel non-médical, malgré l'affirmation d'une situation de plein emploi, certains sites ont recours aux CDD et à la reconduction de CDD de courte durée. Enfin, il espère que le prochain exercice tablera sur une augmentation d'activité plus raisonnable que celle retenue l'année précédente. Enfin, il souligne que l'écart favorable de 20 millions d'euros lié au lambda constaté cette année ne se répètera pas.

M^{me} Carine CHEVRIER confirme que, pour le personnel non médical, l'enjeu réside dans une diminution des dépenses des personnels non-permanents, les efforts ayant porté sur les intérimaires et les heures supplémentaires. Pour le personnel médical, la situation s'explique par le maintien de postes sans prévision de la masse salariale correspondante et par des postes de contractuels qui restent également inscrits dans la masse salariale. Enfin, elle confirme l'intérêt de disposer de prévisions réalistes pour 2014. À cet égard, les recettes de 20 millions d'euros mentionnées précédemment créent effectivement un élément de fragilité pour 2014.

Le D^r Anne GERVAIS fait observer que les admissions en non-valeur sont en progression et passent de 35 à 49 millions entre 2012 et 2013, alors que les recettes de forfaits journaliers baissent. Est-ce la conséquence d'un changement de notre patientèle qui est plus nombreuse à être en ALD30 ? (pas de paiement du tarif journalier). Par ailleurs à l'heure de la TAA, l'emploi semble devenir la variable d'ajustement comme l'a montré le centre de l'étude pour l'emploi (dépêche d'APM de la veille).

M^{me} Carine CHEVRIER répond que sur les admissions en non valeur, un travail commun avec le Trésorier payeur général est en cours. Concernant cette évolution, les raisons peuvent être multiples (conjoncturelles, changement de patientèle, modification de la base de données) et la réponse précise ne peut être apportée actuellement.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle qu'il est prévu en France un plan d'économies record d'environ 50 milliards d'euros dont une grande part aux dépens de la sécurité sociale et de l'hôpital. Il ne discerne pas pour sa part, dans la présentation précédente, de marge de manœuvre qui permettrait de poursuivre les missions de l'AP-HP face à la tempête budgétaire qui s'annonce.

M^{me} Carine CHEVRIER évoque des leviers en termes de dépenses parmi lesquels la possibilité de mieux organiser les soins pour adapter la charge et les effectifs. L'expansion de la chirurgie ambulatoire invite notamment à rationaliser les charges. L'équilibre nécessaire est à travailler dans le cadre du plan stratégique. Elle mentionne également des leviers s'agissant de nos activités médico-techniques (biologie...) ou la logistique pharmaceutique par exemple. L'ensemble des leviers s'inscrivent au cœur du plan stratégique 2015-2019. Un travail est mené dans ce domaine avec les groupes hospitaliers et avec les sites.

Le président précise qu'il feint d'être indifférent aux questions économiques et financières de l'hôpital car il les trouve non-vertueuses, voire vicieuses. Elles sont inflationnistes puisque, chaque année, il nous est demandé d'accroître notre activité, ce qui est contraire aux intérêts sanitaires et économiques du pays. Si nous avançons dans le bon sens, la place des hôpitaux dans la santé doit diminuer, pas augmenter.

VI. Questions diverses

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite alerter le directeur général sur la question des transports privés ambulanciers, qui pose de véritables difficultés, des organisations se développant aux dépens de l'AP-HP. Il mentionne des plaintes de la part de malades liées aux surcoûts. Il sait que l'Assistance publique et la préfecture de police ont mis en place des contrôles des transports ambulanciers. Les évolutions du transport sanitaire échappent en l'occurrence totalement à l'Assistance publique. Il s'interroge sur les actions décidées par l'AP-HP en la matière.

Le directeur général confirme que le contrôle de la part de la préfecture de police, de l'agence régionale de santé et de l'AP-HP a été récemment renforcé. La décision a abouti à déréférencer une soixantaine de sociétés d'ambulances. Il estime cependant qu'à ce jour, le travail nécessaire dans le domaine n'a pas encore été mené à son terme.

Le président trouve justifié d'inscrire un point sur les transports sanitaires à l'ordre du jour d'une prochaine CME.

Le D^r Julie PELTIER souhaiterait que la réévaluation des transports secondaires fasse également partie de la réflexion.

La séance est levée à 12 heures.

* *
*
*
*

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

mardi 13 mai 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 30 avril 2014 à 16 heures 30