COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 JUILLET 2014

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 18 NOVEMBRE 2014

SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME	7
II.	Point sur le projet du nouvel Hôtel-Dieu	8
III.	Projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP	12
IV.	Avis sur le plan stratégique (projet d'établissement) 2015-2019 de l'AP HP	15
V.	Avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP)	18
VI.	Programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ)	22
VII.	Révision des pôles : calendrier, principes, méthode	23
VIII.	Questions diverses	25
IX.	Approbation du compte rendu de la réunion du 13 mai 2014	26

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME (Pr Loïc CAPRON et Dr Anne GERVAIS)
2. Point sur le projet du nouvel Hôtel-Dieu (M. Martin HIRSCH)
3. Projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP (Mme Françoise ZANTMAN)
4. Avis sur le plan stratégique (projet d'établissement) 2015-2019 de l'AP-HP (Mme Amélie VERDIER)
5. Avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP) (Mme Carine CHEVRIER)
6. Programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ) (Dr Isabelle GASQUET)
7. Révision des pôles : calendrier, principes, méthode (Pr Gérard CHÉRON)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la réunion du 13 mai 2014

SEANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur six premières demandes et quatre demandes de renouvellement de prolongation d'activité de PH
- Information sur la validation de la fin de période probatoire de PH
- Information sur des candidatures à des postes de PH (publication du 28 avril 2014)

Composition B

- Avis sur les candidatures de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2014
- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH de médecine nommé le 1er septembre 2013 avec une prise de fonction le 1er novembre 2013
- Avis sur la titularisation de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques nommés le 1er octobre 2013

Composition A

- Avis sur les candidatures de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2014.

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- Mme Anne-Sophie BOURREL
- Mme le Dr Ghislaine BRÉFORT
- Mme le Dr Anne-Reine BUISINE
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Pr Bruno CARBONNE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Pr Thierry CHINET
- M. le Pr Yves COHEN
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme Magalie DELAHAYE
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- M. le Pr Marc DELPECH
- Mme le Pr Élisabeth DION
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Pr Noël GARABEDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr Anne GERVAIS HASENKNOPF
- Mme le Dr Louise GOUYET
- M. le Pr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Dr Christian GUY-COICHARD
- M. le Dr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- Mme le Dr Cécile HVOSTOFF
- M. Valentin JOSTE
- Mme Laura LECHIEN
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Pr Guy LEVERGER
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Jean MANTZ
- Mme le Dr Martine MARCHAND
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- Mme le Pr Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- M. Matthieu PICCOLI
- Mme Caroline RAQUIN
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Dr Georges SEBBANE
- Mme le Dr Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Dominique VALEYRE
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF
- M. le Pr Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  - M. le Pr Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - M. le Pr Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris Descartes
  - M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris Descartes
  - M. le Pr Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot
  - Mme Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris Nord
  - M. le Pr Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
  - Mme le Dr Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
  - Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

  - Mme Amélie VERDIER, secrétaire générale
  - Mme Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
  - Mme Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - Mme Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
  - Mme Florence VEBER, déléguée aux relations internationales
  - Mme Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

  - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
  - Mme Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

  - Mme Gwenolée ABALAIN, chargée de mission sur le plan stratégique
  - M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - Mme Laurence NIVET, directrice de l'HAD et du projet Hôtel-Dieu - HAD
  - Mme Sophie TERQUEM, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- ***Représentante de l'ARSIF :***

  - Mme Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

  - Mmes et MM. les D^{rs} et P^{rs} Yves AIGRAIN, Guy BENOIT, Rémy COUDERC, François DESGRANDCHAMPS, Gérard REACH, Anna LAMBERTI TELLARINI
  - Mme Corinne GUÉRIN, M. Olivier YOUINOU

La séance s'ouvre à 8 heures 30, sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

I. Informations communiquées par le président de la CME

M. Mickaël FORTUN, interne en pharmacie, a été élu président de la fédération nationale des syndicats d'interne en pharmacie biologique et médicale et a démissionné de son mandat à la CME. Il est remplacé par Mme Anne-Sophie BOURREL, actuellement en 4e semestre d'internat de pharmacie au centre hospitalier intercommunal de Créteil.

Le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) est une instance consultative compétente en matière de politique de recherche des centres hospitaliers et universitaires (CH&U), ainsi qu'un lieu de concertation entre centres hospitaliers universitaires (CHU), universités et établissements publics à caractère scientifique et technique (ÉPST). Il est composé de quatre représentants de chacune de ces trois institutions. Les Prs Marc HUMBERT, président du CRMBSP et vice-président recherche du directoire, Vincent LÉVY, Loïc GUILLEVIN et Jean-François DHAINAUT représentent l'AP-HP. Leur mandat arrivant à échéance, le directeur général et le président de la CME doivent désigner conjointement quatre nouveaux membres après avis du directoire et de la CME. La CME sera consultée en octobre.

Le comité d'orientation stratégique de l'hôpital Nord réunit des représentants de l'État dans la région Île-de-France, de l'ARS, de la mairie de Paris, de l'AP-HP et de l'Université Paris-Diderot.. Faute de consensus et contrairement à ce qui était attendu, sa réunion le 7 juillet n'a pas permis de décider du où s'implantera le futur hôpital qui réunira Bichat et Beaujon.

Un comité de pilotage du système d'information (SI) ORBIS s'est tenu le 4 juillet 2014. Une mission d'expertise est en cours, sous le pilotage de M. Philippe CASTETS, directeur du SI des Hospices civils de Lyon. Il devrait rendre ses conclusions à l'automne 2014 et apporter un regard extérieur sur le déploiement et le développement du progiciel et sa capacité à fonctionner au niveau de l'ensemble de l'AP-HP. Parallèlement, ORBIS continue son déploiement à Necker, où il a été lancé le 17 juin. La CME continuera de suivre attentivement ce sujet.

Le directeur général fait un point sur les actualités du service d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Raymond-Poincaré. Dans les faits, des parents et une grand-mère ont abusé de la bonne foi de l'aumônier de l'hôpital Raymond-Poincaré en s'installant dans la chapelle pour mener une grève de la faim. Ils ont bénéficié des encouragements du praticien responsable de l'unité d'oncologie de Raymond-Poincaré, d'élus locaux et de personnages médiatiques, qui dénonçaient l'absence supposée d'une médecine individualisée à l'AP-HP, la condamnation à mort des enfants, une proposition réduite à des soins palliatifs et un enrôlement forcé des enfants dans les essais thérapeutiques. Dans cette affaire, l'ampleur de la manipulation dont a été victime l'AP-HP est considérable.

Pendant dix jours, la surveillance médicale des grévistes de la faim a été assurée par l'équipe du SAMU et une médiation a été ouverte avec le Pr Denis DEVICTOR. Les menaces de passage à l'acte des grévistes ont été prises au sérieux et ont conduit à mobiliser les équipes du SAMU psychiatrique de Paris. Le fonctionnement de l'hôpital de Garches, qui est, par nature, un lieu de soins a été considérablement perturbé. C'est la raison pour laquelle, avec l'accord de l'ARS, du ministère et du préfet des Hauts-de-Seine, l'AP-HP a évacué la chapelle de l'hôpital, sans violence, mais avec détermination.

L'AP-HP a ensuite organisé, comme elle le proposait depuis des semaines, une réunion avec les parents présents, le Pr Bertrand CHEVALLIER, la responsable des relations avec les associations de patients et d'usagers et le Pr Denis DEVICTOR. Il a été réaffirmé aux parents que les enfants ne sont pas enrôlés de force dans des essais, que les parents donnent leur avis sur les protocoles et que ces derniers seraient maintenus s'ils le souhaitaient.

Après avoir rappelé ces faits, **le directeur général** remercie toutes les personnes qui se sont mobilisées pour porter la voix de l'AP-HP. Il rappelle que le praticien chef du service d'oncologie pédiatrique, dont le contrat a été prolongé pendant trois ans, doit prendre sa retraite le 10 juillet 2014. Elle a sollicité un cumul emploi-retraite, sur lequel la CMEL du GH lui a donné un avis défavorable à l'unanimité.

L'équipe du Pr Bertrand CHEVALLIER se heurte à des difficultés récurrentes pour organiser le transfert des dossiers et des patients traités dans ce service.

En conclusion, le directeur général souligne que cette affaire n'oppose pas l'administration et la communauté médicale, qui reste à l'écoute des arguments rationnels.

Le président rappelle que la CME a déjà pris position sur ce sujet. Elle s'associe sans réserve à la position de la direction générale : pour des raisons médicales et scientifiques, l'AP-HP n'approuve pas les options thérapeutiques du Dr DELEPINE et refuse qu'elles continuent d'être pratiquées au sein du CHU d'Île-de-France. Toutes les mesures doivent être prises pour garantir la continuité des soins aux malades de cette unité après sa fermeture, en respectant strictement leur consentement.

Le Pr Thierry CHINET souligne que le GH endure cette situation très désagréable depuis plusieurs années. Il remercie vivement le directeur général de l'AP-HP, le président de la CME, le Pr CHEVALLIER et la direction du GH pour leurs prises de position et leur solidarité.

II. Point sur le projet du nouvel Hôtel-Dieu

Le directeur général précise qu'au moment où sont soumis à la CME les documents généraux sur le plan stratégique, le projet de soins 2015-2019 et le PGFP qui engagent l'AP-HP sur plusieurs années, les orientations envisagées pour l'Hôtel-Dieu. Il affirme sa préoccupation de partager de manière transparente avec la communauté médicale, les réflexions, les difficultés et les solutions envisagées.

Les grandes lignes du plan stratégique et du PGFP seront posées et soutenues à la fin du premier semestre, comme prévu initialement. Pour rendre les dossiers éligibles aux subventions du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), l'AP-HP doit démontrer la stratégie et la vision de financement pluriannuelle dans laquelle ils s'inscrivent. La validation du plan stratégique et du PGFP est donc indispensable pour déposer les dossiers avant la fin de l'année. Retarder la prise de décision d'un semestre exposerait l'AP-HP à un climat potentiellement plus défavorable.

Le PGFP a été construit sur un trépied composé d'une part, de l'effort d'efficience sur lequel l'AP-HP s'engage, d'autre part, de l'affirmation selon laquelle cet effort n'est pas réalisable si les tutelles persistent à réduire les financements de l'institution, enfin, d'une demande de soutien des tutelles aux investissements, notamment pour réaliser les opérations de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital Nord Bichat-Beaujon. Le montant du dossier soumis au COPERMO dans ce cadre s'élève à 400 millions d'euros.

L'AP-HP n'a aucune chance d'obtenir le maintien des MIGAC et des subventions d'État, si elle ne s'appuie pas sur une ligne stratégique claire, ni ne s'engage à la respecter pour les prochaines années.

Sur tous ces points, la direction générale a fait preuve de transparence avec le ministère, l'ARS et la CME. La stratégie élaborée est exigeante, comme l'illustre sa traduction en indicateurs. Le PGFP est difficile et ses implications en termes d'objectifs de transformation sont réelles. Avec l'appui de la communauté médicale, dont le poids et la crédibilité sont reconnus, il se déclare convaincu de pouvoir tenir les ambitions affichées.

Tout d'abord, il importe de souligner que la direction générale assume ne pas retenir un taux de marge brute de 8 % par an, souhaité dans les directives. Elle considère qu'il est possible de démontrer le caractère irréaliste de cet objectif et son incompatibilité avec le maintien de l'offre de soins et de l'innovation à l'AP-HP. La volonté affichée de l'institution de fournir des efforts d'efficience ne doit pas impliquer de sacrifier ces éléments. La direction générale refuse également de sacrifier la modernisation des équipements, du matériel et des opérations stratégiques des groupes hospitaliers. À cet égard, toutes les opérations envisagées sont inscrites au plan stratégique en affichant la vérité sur les montants requis, afin d'éviter de se retrouver dans des situations complexes, dont il est difficile de sortir, marquées par un écart entre les montants affichés et réels. La direction générale considère par ailleurs qu'un tiers de l'effort doit reposer sur des économies et deux tiers sur de l'activité, en cohérence avec les constats des dernières années. Enfin, la direction générale souhaite faire reconnaître les missions d'intérêt général de l'AP-HP et défendre la préservation de ses ressources. La taille de l'institution ne doit pas servir de prétexte pour prélever des fonds sur son budget afin d'équilibrer d'autres comptes.

Le projet de l'Hôtel-Dieu doit être utile à plusieurs points de vue, à commencer par la médecine ambulatoire, en cohérence avec le plan stratégique. Il doit également s'inscrire dans la stratégie globale des urgences, en veillant à alléger la pression pesant sur les services d'urgence de Paris *intra-muros*, en lien avec la médecine de ville, permettre d'inscrire l'institution dans des parcours appelés à devenir une source de financement et d'opérer un tournant dans la prise en charge directe des maladies chroniques. L'Hôtel-Dieu doit progresser dans le domaine de l'HAD, comme dans le domaine de l'économie de la santé, de la santé mentale, de la prévention et de la prise en charge des patients âgées à Paris *intra-muros*. Ce projet doit s'avérer utile dans le domaine du logement. Ainsi, il comprendra une dimension dédiée au logement des étudiants en médecine, au logement social et à l'hébergement des visiteurs étrangers. La mairie de Paris a d'ores et déjà accepté cette proposition, qui permettra, à l'instar des grands centres hospitaliers internationaux, d'héberger convenablement les professeurs étrangers invités et contribuera au rayonnement de la politique de santé publique.

Le projet médical n'occupera pas les 55 000 m^2 de l'Hôtel-Dieu, il laissera de la place à du logement et à l'activité de la ville de Paris, pour emporter une participation financière de la collectivité à l'investissement et au fonctionnement du site. La direction générale s'inscrit ainsi dans le cadre fixé par la CME ces dernières années en matière d'équilibre financier et d'investissement. Il est hors de question que le projet de l'Hôtel-Dieu génère un déficit et l'investissement ne doit pas peser sur la capacité d'autofinancement et l'endettement.

Il convient d'avancer rapidement sur la question du logement, pour ne pas manquer la révision du plan local d'urbanisme (PLU). La présidente du conseil de surveillance de la mairie de Paris a rappelé que jamais la ville de Paris n'aurait accordé une modification du PLU pour déménager les

locaux du siège à l'Hôtel-Dieu. En revanche, elle accepte de le faire si le projet de l'Hôtel-Dieu inclut du logement. Les propositions de la direction générale permettent ainsi d'avancer avec un certain nombre d'acteurs.

Pour autant, le projet n'est pas suffisamment avancé pour préciser davantage son financement qui ne pèsera pas sur le budget des autres projets de l'AP-HP. Les cessions fléchées prévues, nécessitent des expertises supplémentaires et des engagements forts. C'est la raison pour laquelle le président de la CME propose de rappeler les équilibres sur lesquels le projet de l'Hôtel-Dieu pourrait être fondé.

Il ne faut pas laisser perdurer des situations de blocage, dont les répercussions atteindraient l'ensemble de l'AP-HP et dégraderaient le climat social. Il mise sur le dialogue pour avancer, sans pour autant renoncer à faire preuve de fermeté lorsque les circonstances l'imposent.

Le Pr Philippe ARNAUD rappelle avoir sollicité le directeur général de l'AP-HP et le président de la CME sur le projet de pharmacie à l'Hôtel-Dieu. Les représentants de cette discipline à la CME n'ont pas encore pu partager sur ce sujet alors que l'HAD projette d'utiliser les locaux de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu pour préparer des médicaments.

Le directeur général reconnaît que le contrat passé entre la pharmacie de l'HAD et la pharmacie à usage intérieur de l'Hôtel-Dieu n'a pas été porté à la connaissance de la CME car la CME n'a jamais eu à connaître de tels contrats qui sont fréquents. En revanche, les pharmaciens en ont eu connaissance ; ils ont même été force de proposition dans ce projet. Il semblait préférable de répondre à un besoin prioritaire de la pharmacie de l'HAD, en mettant à leur disposition des locaux inoccupés.

Le Dr Nicolas DANTCHEV rappelle que depuis quatre ans, les équipes sont plongées dans l'incertitude. Leurs conditions de gouvernance sont confuses et le sentiment d'insécurité et de précarité des personnels est réel. Retarder le projet les exposerait à des risques psychosociaux inacceptables. Il est indispensable que la direction générale et la CME s'engagent rapidement sur un calendrier et annoncent leurs décisions à l'Hôtel-Dieu.

Le Pr Noël GARABEDIAN déplore avoir appris par la presse la réouverture partielle des urgences, sans que la communauté médicale ait pu débattre de la situation. Il relaie l'inquiétude que génère l'arrivée du plan d'efficience et le contingentement du personnel soignant. L'adoption d'un plan stratégique implique d'en connaître les moyens. Or la manière dont les montants seront engagés, la part accordée à l'efficience et son retentissement sur les services, n'apparaissent pas clairement. Avant de voter un plan stratégique, dont tous les éléments sont liés, des précisions sont nécessaires.

Le directeur général reconnaît avoir commis une maladresse de forme car le sujet a été abordé au directoire, en l'absence du Pr Noël GARABEDIAN et qu'il n'a pas été réabordé en sa présence. Il lui semblait par ailleurs préférable de présenter le projet à la CME lorsqu'il serait certain du soutien des acteurs institutionnels, notamment de la mairie de Paris. L'ARS et la mairie de Paris ont confirmé leur soutien et les organisations syndicales se sont montrées relativement mesurées. Il n'a pas anticipé le fait que la communication d'une organisation syndicale serait interprétée, à tort, comme la position officielle de l'AP-HP. Les engagements de l'AP-HP sont ceux qui sont écrits : les comptes rendus des instances et les communiqués de presse sont suffisants pour les exprimer.

Concernant les urgences, les orientations sont celles affirmées dans la stratégie globale des urgences, adoptée par la CME le 10 juin dernier. L'Hôtel-Dieu y a sa place, pour alléger la pression

qui pèse sur les services d'urgences *intra-muros*. Il ne disposera pas d'une autonomie, mais s'inscrit dans un schéma bi site avec l'hôpital Cochin.

Enfin, l'approbation du plan stratégique implique l'adoption du PGFP, sans que cela ne signifie pour autant « signer un chèque en blanc » à la direction générale. Il s'agit de pouvoir s'appuyer sur les débats de la CME pour cadrer l'action et éviter de ranimer des tensions qui seraient difficiles à apaiser.

Le président précise qu'il s'est entretenu avec le directeur général sur cet incident de communication, le lendemain de la parution de l'article dans *l'Humanité*. Il invite la CME à ne pas y apporter plus d'importance qu'il n'en mérite.

Le Pr Élisabeth DION souligne la fragilité de l'AP-HP et l'opportunité inespérée que représente le projet de l'Hôtel-Dieu pour innover et faire progresser l'institution qui tarde à se réformer dans différents domaines. Elle invite les membres de la CME à donner une chance à ce projet et à aborder ensemble les dernières étapes autour d'un séminaire de travail conjoint par exemple.

Le Dr Patrick PELLOUX souligne que les propos du directeur général vont dans le sens d'une modernisation indiscutable. Le plan des urgences marque un tournant et personne n'envisage de ranimer l'Hôtel-Dieu du passé. Concernant le lien avec le plan stratégique, il est prévu de rénover la régulation des urgences, afin de ne plus perdre d'activité et de progresser dans l'accès à la psychiatrie. Pour toutes ces raisons, il soutient ce plan.

Le Pr Bernard GRANGER dénonce l'imprécision du projet de l'Hôtel-Dieu. Ce dernier énumère des activités pouvant être exercées sur d'autres sites. Des principes généraux ne constituent pas un hôpital. Plusieurs activités sont non chiffrées, voire en déficit, et les prévisions d'équilibre budgétaire n'apparaissent pas. L'investissement, quant à lui, s'élève à 160 millions d'euros pour 58 000 mètres carrés. Cette somme considérable est supposée ne pas impacter les autres groupes hospitaliers grâce à la vente de biens immobiliers. Cet argument étonne, dans la mesure où la vente ne bénéficiera à aucun autre groupe et pourrait être mal investie. Il exprime son inquiétude pour l'utilisation de l'argent public, en estimant qu'il sera dépensé au détriment d'investissements plus utiles à l'AP-HP et aux patients.

Le directeur général souligne qu'à ce stade, la direction générale souhaite avancer de manière progressive et cohérente. Il importe de s'appuyer sur des principes avant de présenter un projet médical. Dans le cadre du comité stratégique, un travail a été mené pour étayer les éléments du projet. Pour le mener à bien, il faut pouvoir échanger sur ses orientations. Imaginer un projet médical couvrant les 55 000 m^2 de l'Hôtel-Dieu serait un autre défi, bien plus coûteux. Cette option n'a pas été retenue. Il est possible de proposer un projet médical maîtrisé et un plan d'exploitation fondé sur l'engagement de ne pas être déficitaire. Pour ces raisons et à ce stade, la direction générale n'inscrit pas le financement du projet dans le PGFP. Elle ne demande pas à la CME de lui signer un chèque en blanc et se déclare prête à des aménagements. Le but est de préparer la révision du PGFP dans un an, en précisant le mode de financement et d'investissement, le montant des cessions, la part nécessaire à l'Hôtel-Dieu et celle pouvant servir à d'autres projets, avec un compte d'exploitation prêt à être validé par un expert-comptable.

Le président rappelle que l'ancienne directrice générale a été remerciée en raison du blocage né du projet Hôtel-Dieu et que le Pr Jean-Yves FAGON est venu plusieurs fois à la CME pour en parler, sans emporter la conviction de l'assemblée. Après cette période de blocage, le directeur général ne

pouvait pas poursuivre dans la même voie ; il s'est saisi du sujet en réfléchissant à d'autres pistes et en suivant une méthode différente. Le nouveau projet est moins précis que les précédents, mais il n'a que six mois d'existence alors que le premier a été élaboré sur deux ans. Nous sommes face à une nouvelle donne, où l'idée d'hôpital ambulatoire et la vente du siège sont abandonnées. Dans son état actuel, le projet est trop imprécis pour être inscrit dans le plan stratégique et dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP), mais ne pas en parler du tout serait irréaliste.. Après de longues discussions, le directeur général et le président sont convenus de faire figure le projet Hôtel-Dieu dans le plan stratégique pour ce qu'il est : un projet encore en discussion, dont les orientations doivent encore être précisées, dans un souci de cohérence avec la stratégie médicale et la trajectoire financière de l'AP-HP. C'est le sens du message que le président a adressé aux membres de la CME le 7 juillet.

Le directeur général, insiste sur le fait que son engagement est de construire et de faire progresser ce projet dans un sens utile à l'Hôtel-Dieu et à l'AP-HP.

Le Pr Pierre CARLI rappelle que la stratégie globale des urgences prend en compte l'Hôtel-Dieu et l'intègre dans le fonctionnement de l'AP-HP. Ce projet a le mérite d'avoir donné lieu à une analyse précise des flux de patients *intra-muros* et du fonctionnement des services d'urgence. Il paraît désormais essentiel de revoir la régulation des flux en amont, avec les pompiers, comme s'y efforce le Conseil National des Urgences Hospitalières. Les discussions sur l'orientation des patients bénéficieront à tous les services d'urgence. Enfin, il invite les membres de la CME à se méfier des évidences. Tout d'abord, l'AP-HP ne s'apprête pas à vendre ses biens pour acheter du superflu : de fait, elle n'a pas d'autre choix de financement. Ensuite, l'Hôtel-Dieu pourrait être bénéficiaire, plutôt que de creuser le déficit. En conclusion, l'AP-HP est attendue sur ce projet, dans ce contexte, la position de la CME doit être prudente.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE rappelle que depuis de nombreuses années des activités ont été transférées de l'Hôtel-Dieu vers d'autres hôpitaux en raison de l'ampleur des investissements à réaliser pour assurer la sécurité incendie. Il constate que le contexte a changé et qu'aujourd'hui on parle d'autres modes de financement. Il faut que l'institution détermine sa priorité : est-ce la construction de l'hôpital Nord qui est l'urgence de l'AP-HP ou le projet Hôtel Dieu au cœur de Paris ?

Le directeur général précise qu'il n'est pas prévu d'ouvrir l'hôpital Nord avant dix ans en raison du temps nécessaire à la construction d'un hôpital. Pour cette raison, il a choisi de présenter l'opération de l'hôpital Lariboisière au COPERMO, en sachant que l'investissement requis approche 300 M€.

III. Projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP

Mme Françoise ZANTMAN souligne que le projet de soins est constitutif du projet d'établissement. Il recoupe le projet médical, tout en suivant ses propres axes de développement. Il s'appuie sur les valeurs partagées de l'amélioration, de la qualité, de la sécurité des soins et de l'accueil des usagers. Le projet de soins 2015/2019 repose sur 10 orientations prioritaires.

- redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée ;

- développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins ;

- s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens :

- développer et formaliser les parcours de soins :

- prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes :

- accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins :

- travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'AP-HP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé ;

- soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge ;

- accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du développement professionnel continu ;

- renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies :

Elles ont été validées par la commission centrale des soins (CSI) et ont été présentées au directoire. Dans un second temps, chaque GH pourra choisir de porter l'un des axes et de constituer un groupe pluri professionnel pour décliner les thématiques qui alimentent les orientations prioritaires. Le document final sera proposé en novembre.

Le président a présenté le projet médical à la CSI le 2 juillet 2014 et invite les membres de la CME à réagir aux dix points du projet de soins 2015-2019.

Le Pr Bertrand GUIDET souligne le rôle essentiel des cadres de proximité et de soins dans les services. De nombreux postes sont vacants, alors qu'un travail de qualité ne peut être mené auprès des malades sans cadres de santé. Il importe de réduire l'écart entre les besoins et la réalité.

Mme Françoise ZANTMAN partage cette priorité. Il convient, d'une part, de recruter davantage de candidats aux concours, d'autre part, de s'efforcer de fidéliser les cadres actuellement en poste.

Le Dr Patrick PELLOUX considère que la priorité doit être accordée au personnel soignant. Le temps de travail est une question importante au regard des risques de conflits sociaux. Les difficultés de recrutement de personnels et d'affectation au quotidien doivent être traitées d'urgence.

Mme Françoise ZANTMAN indique que tous les postes infirmiers sont pourvus, pour assurer la présence du personnel paramédical auprès des lits. Des groupes hospitaliers ont engagé des travaux de charge de planning. Une réflexion de fond est à mener avec le personnel soignant pour équilibrer les effectifs dans chaque unité. Ce sujet fait partie des travaux prioritaires des groupes hospitaliers.

Le Pr Noël GARABEDIAN demande si ses remarques sur les IBODE ont été prises en compte. Dans les blocs opératoires, les infirmières non formées sont de plus en plus nombreuses. Il importe de revaloriser ce métier.

Mme Françoise ZANTMAN répond que ce sujet est traité dans le point relatif à la déclinaison des métiers et l'attractivité des blocs opératoires. Il fait l'objet d'une grande vigilance et des journées métiers sur les IBODE sont organisées.

Le Dr Julie PELTIER souligne que le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) ne permet pas d'atteindre les objectifs du projet de soins, notamment en termes de travail collaboratif. Les infirmiers sont confrontés à ce problème en permanence.

Mme Françoise ZANTMAN observe que le sujet est délicat, d'autant plus que l'absentéisme est pénalisant. Il est fondamental de gérer les ressources humaines et de valider les effectifs indispensables au fonctionnement de chaque unité, avec la direction des ressources humaines et les personnels. Elle précise que les plannings sont calculés en tenant compte des temps de formation. Mail il faut que les postes soient attractifs.

Le directeur général souligne que le projet de soins est construit de manière concrète. Mme Françoise ZANTMAN possède une expérience de réorganisation et a tenté de traduire le problème du personnel soignant dans le projet présenté à la CME.

Le Pr Paul LEGMANN constate que les cadres de proximité ont disparu avant la naissance des pôles. On ne peut donc reprocher à la loi HPST d'y avoir contribué. Quant aux réunions, elles ont toujours été nombreuses dans les services. L'une des missions importantes des pôles est de répartir les personnels médicaux et paramédicaux de façon adaptée.

Le Dr Alain FAYE demande comment la direction générale animera le projet de soins dans les groupes hospitaliers et quel sera son niveau d'implication.

Mme Françoise ZANTMAN répond que la formalisation des priorités est une première étape, proposée à tous les directeurs de groupe hospitalier. Chaque axe sera porté par un directeur de soins, qui aura la charge de constituer un groupe pluri professionnel pour identifier et décliner des thématiques concrètes sur la durée du plan. Mi-novembre, les propositions seront réunies lors d'un séminaire rassemblant les directeurs de soins, un représentant et un cadre expert de chaque groupe hospitalier et des membres de la commission centrale, pour valider un projet de soins et sa déclinaison opérationnelle. Cette méthode est bien accueillie.

À l'issue de ces échanges, **le président** souligne l'importance qu'attachent les médecins au renforcement de l'encadrement de proximité. Les cadres de soins ont trop souvent disparu. Le sujet est notamment lié au déroulement de carrière d'une infirmière diplômée d'État. La CME porte aussi une grande attention au 7e axe du projet de soins qui vise à développer les coopérations entre médecins et paramédicaux. Elles représentent l'avenir des pratiques hospitalières, mais elles heurtent aux problèmes des ressources humaines, et de la valorisation des carrières infirmières et paramédicales. Cette question n'est pas propre à l'AP-HP, elle est nationale et renvoie au statut du personnel paramédical en France. La communauté médicale doit s'intéresser au développement personnel et au déroulement des carrières paramédicales.

IV. Avis sur le plan stratégique (projet d'établissement) 2015-2019 de l'AP-HP

Mme Amélie VERDIER présente les éléments clés du projet d'établissement prévus par le code de la santé publique soumis au vote de la CME, à savoir le projet médical voté lors de la précédente CME, le projet de soins et le plan stratégique lui-même, complétés par le projet social et le projet de prise en charge des patients qui seront élaborés au second semestre. Pendant cette période, les déclinaisons par groupe hospitalier du plan stratégique seront finalisées, ainsi qu'un plan d'action et des indicateurs. Enfin, le PGFP est annexé au plan stratégique. Sur le plan méthodologique, un bilan annuel du plan stratégique sera réalisé sur la base d'indicateurs précis en cours d'élaboration, qui seront soumis à la CME. Il a été élaboré par le directoire et soumis à une consultation ouverte sur Internet le 9 avril, ainsi qu'à une large consultation institutionnelle.

La version finale du plan stratégique est relativement courte et lisible, ce qui implique une non-exhaustivité. Les projets par groupe hospitalier la compléteront. Le plan stratégique a pour projet de construire une AP-HP ouverte, unie et innovante. Sa première partie, dense, débute par l'affirmation de l'AP-HP comme CHU de son territoire. Ce qui peut sembler une évidence ne l'est pas au regard des réactions positives qu'a suscité la prise en compte de l'intégration des hôpitaux généraux et des acteurs du soin et de la médecine de ville. Il lance un appel aux initiatives locales et affiche la volonté de moins hospitaliser pour mieux soigner (chirurgie ambulatoire, HAD, hôpitaux de jour). Dans cette partie, l'importance de la qualité, pensée comme un levier transversal de transformation, est soulignée. La cinquième idée forte porte sur les nouveaux besoins de soins.

Le second axe porte sur la recherche et l'enseignement. Les objectifs sont d'améliorer l'allocation des moyens de la recherche et son efficacité, y compris administrative, de renforcer et structurer les relations avec les universités dans un environnement mouvant, et de soutenir l'innovation.

Le troisième axe du plan stratégique porte en germe le projet social. Les enjeux sont de développer un management par la confiance, d'améliorer le dialogue social, de réfléchir à la question des parcours professionnels, santé et qualité de vie au travail, et d'accentuer la responsabilité sociale de l'hôpital.

Le quatrième axe porte sur les finances et inclut quatre orientations : un projet financièrement responsable, visant le retour à l'équilibre et l'indépendance financière, l'accélération de la transformation des organisations, le rappel des nécessités d'investissement et la simplification des démarches des usagers, y compris pour regrouper les recettes.

Des modifications récentes ont été apportées afin de tenir compte du dialogue ouvert sur le sujet.

Le projet d'établissement doit ensuite être examiné par le conseil de surveillance le 9 juillet 2014.

Le Pr Bertrand GUIDET relève un manque d'éléments sur la gouvernance entre les groupes hospitaliers et les structures centrales, alors que les présidents des CME locales réclament une simplification des procédures d'instruction des dossiers. Il convient de réfléchir à l'amélioration de la réactivité de l'AP-HP, notamment pour ne pas perdre de candidats lors des recrutements.

Mme Amélie VERDIER précise qu'il reste possible d'introduire des amendements au projet d'établissement. Le parti pris du plan stratégique est de conforter l'organisation en groupe**s** hospitalier**s**, de travailler sur la relation entre les groupes hospitaliers et le siège, d'une part, entre groupes hospitaliers, d'autres part. Cette demande de réactivité peut être intégrée dans le plan d'action qui découlera du plan stratégique.

Le Dr Nicolas DANTCHEV apprécie que les propositions de la sous-commission de la vie hospitalière de la CME sur les conditions de travail et le management des médecins aient été retenues.

Le Dr Sophie CROZIER fait part de son scepticisme face à la volonté de « moins hospitaliser pour mieux soigner ». Elle suppose une réduction du nombre de lits inquiétante, notamment pour les patients complexes et en fin de vie, dont la prise en charge est lourde. À cet égard, elle rappelle que la loi impose à l'AP-HP de permettre la mise en œuvre d'une démarche palliative pour tous les malades en fin de vie. Le plan stratégique ne reprend ce sujet que partiellement notamment pour préciser qu'il est important de promouvoir l'accompagnement des patients en fin de vie à domicile. Or même lorsque le patient fait ce choix, il arrive souvent aux urgences à l'occasion d'une décompensation aiguë comme par exemple une détresse respiratoire. Il est malheureusement aujourd'hui rarement possible de lui trouver un lit, faute de place, et le patient finira sa vie dans le service des urgences. Ces situations sont le plus souvent douloureuses pour les patients et les familles et difficiles pour les soignants qui sont débordés et peu disponibles pour ces prises en charge palliatives.

Le président invite les membres de la CME à se référer au projet médical, qui constitue la base de la politique générale de l'établissement, et à son long paragraphe sur les soins palliatifs.

Le Dr Julie PELTIER note que le plan stratégique généralise la volonté de polyvalence, alors que la direction générale a affirmé que les souhaits des personnes devaient être respectés.Une reformulation du texte serait souhaitable pour ne pas l'imposer.

Le directeur général confirme le maintien de cette ligne.

Le Dr Nathalie de CASTRO souligne l'importance du parcours du patient, y compris pour les tutelles. Le plan stratégique l'intègre, mais pour en assurer la fluidité, des effectifs sont indispensables (des personnes à l'accueil, des assistantes sociales, des secrétaires hospitalières, des secrétaires pour taper les comptes rendus, des médecins pour les relire, etc.).

Le Dr Patrick PELLOUX recommande d'approfondir la question de la transition énergétique, pour réaliser des économies sur les dépenses d'énergie.

Le Pr Jacques DURANTEAU souligne que l'ouverture de l'AP-HP est essentielle. Il recommande de réduire les lourdeurs des procédures entre les groupes hospitaliers et le siège, car les premiers sont les moteurs de la restructuration. Concernant l'Hôtel-Dieu, le plan stratégique se contente d'indiquer que son avenir sera précisé. Sur ce sujet, la CME doit être davantage impliquée pour ouvrir une négociation avec la ville de Paris.

Le directeur général assure qu'il n'existe pas de dictat de la ville de Paris. La mairie a choisi d'assurer la présidence du conseil de surveillance de l'AP-HP, après avoir exercé cette responsabilité dans des groupes hospitaliers. Une convention de partenariat stratégique est à l'étude. L'intention de la ville de Paris n'est pas de s'ingérer dans les projets médicaux, mais de s'impliquer en soutien de la stratégie de l'AP-HP. Dans le cadre du plan urgences, une première subvention a été votée par le Conseil de Paris et il est prévu de construire une convention plus globale avec la ville. Il n'en demeure pas moins que les orientations proposées par la communauté médicale peuvent peser dans les discussions.

Le président veillera à tenir la CME informée de l'évolution du projet médical de l'Hôtel-Dieu, comme il s'y est toujours efforcé. Aucune décision ne sera prise sans que la CME ait pu s'exprimer.

Le Dr Christophe TRIVALLE recommande d'insister davantage sur l'informatique dans le plan stratégique et de prévoir le déploiement d'ORBIS, ainsi que la mise à disposition d'ordinateurs plus modernes dans tous les hôpitaux pour unifier le fonctionnement de l'AP-HP. Cette action représente un budget conséquent, mais elle est indispensable pour progresser.

Mme Amélie VERDIER précise qu'une mission d'appui est en cours sur les systèmes d'information et que le projet sera décliné de manière plus opérationnelle. Elle invite le Dr Christophe TRIVALLE à se référer au projet de soins 2015-2019.

Le président rappelle les termes du projet médical : *« le plus tôt possible et au maximum dans la durée du projet, l'AP-HP doit mener à bien l'informatisation complète et standardisée des dossiers médicaux à l'aide du système ORBIS sélectionnée en 2008 qui se déploie dans les hôpitaux depuis 2011* ».

Le Dr Alain FAYE s'interroge sur l'opportunité de soumettre le plan stratégique au vote de la CME, alors que les organisations syndicales n'ont pas pris position sur le projet social, qui constitue une composante importante du projet d'établissement. Cette démarche semble forcée.

Le directeur général estime la démarche volontariste, mais non forcée. Un calendrier a été annoncé en début d'année. Sa présentation avant la mi-juillet vise à informer les groupes hospitaliers des grandes orientations du plan stratégique pour qu'ils puissent définir le leur. Le but est aussi de préparer avec l'ARS le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui l'accompagne et de soutenir la présentation des dossiers au COPERMO. Le calendrier de consultations est toujours difficile à établir : la CME aurait aussi pu regretter d'être consultée après les organisations syndicales. En pratique, le conseil de surveillance doit être réuni le 9 juillet. En raison de la difficulté de certaines mesures, les organisations syndicales n'ont pas souhaité rendre d'avis la semaine précédente et elles doivent être consultées le 9 juillet. Elles considèrent que la direction générale s'inscrit de manière excessive dans les contraintes de la loi HPST. En réalité, la direction générale tente de faire au mieux dans le cadre des contraintes que lui impose la loi. Un plan stratégique ne peut revenir sur la loi.

Le Pr Paul LEGMANN note que le plan stratégique prévoit la transformation d'organisations et de périmètres de groupes hospitaliers, sans aborder les notions de service et de pôle. Il souligne par ailleurs un problème d'organisation entre les groupes hospitaliers et le siège et estime que l'organisation interne aux groupes hospitaliers pourrait être améliorée pour harmoniser les pratiques. À l'hôpital Cochin, la remontée d'information sur des éléments indispensables au bon fonctionnement des services de médecine nucléaire, de biologie et de radiothérapie est bloquée. Enfin, il souhaiterait comprendre pourquoi la direction générale persiste à présenter un projet non finalisé, dont les modalités de financement et les règles générales d'organisation restent inconnues. Il est demandé à la CME d'approuver un projet sans répondre à ses questions.

Le directeur général assure qu'il ne tente pas d'entretenir la communauté médicale dans l'imprécision, mais d'avancer pas à pas. En témoigne l'existence d'un calendrier de travail pour actualiser le PGFP et l'apport de réponses aux questions qui lui sont adressées. Par ailleurs, face aux préoccupations légitimes des représentants de la biologie et de l'anatomie pathologique, le directeur général a proposé à ces derniers une rencontre après la CME, afin de définir un calendrier

pour répondre aux problématiques qu'ils rencontrent et dont il est conscient. Enfin, pour répondre rapidement à ces questions, il doit ouvrir des perspectives et démontrer que l'AP-HP s'inscrit dans une démarche de sortie de crise.

Le **président** résume son analyse du vote demandé à la CME telle qu'elle ressort des débats. Les raisons de s'abstenir ou de voter contre tiennent : au caractère incomplet du projet stratégique, en l'absence du projet social et du projet patient ; au flou sur le projet Hôtel-Dieu ; à des désaccords de forme ; ou encore à un scepticisme de principe sur l'intérêt de la démarche planificatrice. Les raisons de voter pour tiennent : à l'intégration dans le plan stratégique du projet médical adopté à l'unanimité par la CME ; à la rédaction commune du document, d'abord présenté sous la forme d'un « livre vert » ouvert à la concertation, qui a permis d'aplanir la plupart des désaccords avec la CME ; au souhait de montrer aux tutelles que l'AP-HP est unie autour d'un projet partagé

À l'issue de ces échanges, **le président** propose aux membres de la CME de procéder à un vote à bulletin secret.

Le plan stratégique est approuvé par 22 voix favorables et 17 voix défavorables, 22 bulletins blancs ou abstentions sont comptabilisés.

V. Avis sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Mme Carine CHEVRIER rappelle que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) implique d'actualiser le PGFP chaque année. Il accompagne le projet médical et le plan stratégique et affiche des choix d'investissements qui s'inscrivent dans la perspective d'un second plan stratégique, en envisageant les conséquences financières jusqu'en 2025. Le PGFP doit concilier quatre enjeux :

- des besoins en investissements courants (275 M€ par an) ;
- des besoins d'investissements immobiliers lourds et restructurants (100 M€ par an) ;
- le maintien des équilibres financiers ;
- le retour à l'équilibre comptable en 2016 et d'un niveau de marge brute cohérent avec les besoins d'investissements.

Le PGFP s'appuie sur les hypothèses d'une progression limitée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2015-2017, d'une baisse tarifaire et d'une augmentation modérée des dotations de l'ordre de 0,5 % par an, ainsi que sur des hypothèses de progression des charges de personnel, médicales et hôtelières. Il résulte de ces hypothèses une dégradation spontanée de la marge brute sur la période. Des leviers d'efficience sont identifiés, dont une progression des produits, à raison de 476 M€ mobilisables. Ce montant représente deux tiers de l'effort et repose en partie sur une prévision réaliste d'augmentation de l'activité (1,7/1,8 point). Le second levier est la maîtrise des charges, à hauteur de 245 M€.

Le PGFP, élaboré sur cinq ans, mais offrant la vision financière sur douze ans, s'appuie sur ces hypothèses pour déterminer les grands équilibres et le tableau de financement. Les produits augmentent de 1 % sur la période et les charges doivent être contenues dans cette mesure. La trajectoire médiane prévue est réaliste, si l'effort budgétaire s'accompagne d'engagements forts des tutelles à quatre niveaux :

- le maintien des dotations (+0,5 % par an) ;
- l'accompagnement de la restructuration de l'offre de soins, notamment dans le nord francilien ;
- l'acceptation d'un niveau de marge brute (6 %) non aidée sur la période garantissant les investissements et la soutenabilité de la trajectoire d'exploitation ;
- un soutien continu dans la valorisation des cessions, fruits de la restructuration hospitalière.

En synthèse, ce PGFP est le plus équilibré possible, appelle le soutien de la CME pour permettre à la direction générale de mener à bien les négociations en cours.

Le Pr Guy SEBAG estime la trajectoire difficile. L'effort d'efficience s'élève à 720 M€ de 2014 à 2019 et les investissements, à 2,7 Md€, à effectifs constants. Pour cette raison et face au nombre d'hypothèses retenues, il se déclare très réservé sur la réalisation du PGFP. La mobilisation demandée dans les établissements est importante et l'objectif semble difficile à atteindre avec un projet social et managérial non défini.

Le Pr Michel ZERAH considère la poursuite de l'augmentation de l'activité comme une fuite en avant. Par ailleurs, la réduction de l'ONDAM et la baisse de la participation de l'assurance-maladie au fonds de soutien à la modernisation préparent des années difficiles. Il demande donc à la direction générale si elle anticipe des efforts de modernisation et si elle ne craint pas que l'effort d'efficience soit annulé par ces éléments. Enfin, prévoir une augmentation de l'activité tout en continuant à réduire les effectifs implique des conditions de travail difficiles.

Mme Carine CHEVRIER assure qu'en matière d'activité, les prévisions sont prudentes et réalistes : elles tiennent compte de l'existant. En outre, des marges de manœuvre sont identifiées sur d'autres recettes, dont la facturation. Pour minimiser l'effort sur la charge, tous les leviers sur les produits sont étudiés, dont le patrimoine public. Actuellement, ce dernier n'est pas loué au prix du marché. Concernant l'ONDAM, 10 Md€ doivent être économisés, dont 3 Md€ sur l'hôpital sur cinq ans. L'AP-HP propose une économie de 245 M€ sur les charges, soit 120 M€ par an. Cet effort est possible.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE souligne une contradiction entre, d'une part, les hypothèses d'accroissement des recettes et de l'activité, et d'autre part, la volonté de développer l'hospitalisation à domicile et la chirurgie ambulatoire, alors qu'un hôpital de jour rapporte trois fois moins de recettes que l'hospitalisation classique. Quant à la simplification du fonctionnement, c'est un objectif récurrent qui ne semble pas concerner l'administration.

Mme Carine CHEVRIER répond que l'AP-HP ne retient pas l'hypothèse de la Cour des comptes pour la chirurgie ambulatoire (5 Md€ d'économie), mais se fonde sur des hypothèses alignées sur l'hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire. Sur les fonctions supports, 900 équivalents temps plein (ETP) administratifs sont concernés par l'objectif de simplification : les marges de manœuvre sont en cours de documentation.

Le Dr Anne GERVAIS souligne que le contexte créé par le PGFP est impossible à soutenir du point de vue médical : on ne peut prévoir une augmentation de l'activité parallèlement à une baisse des effectifs. Pour maintenir les effectifs, 55 millions <u>annuels d'euros en sus</u> seraient nécessaires en raison de la GVT, point d'indice etc… or il manque 20 à 30 millions d'euros <u>par an</u> puisque les dépenses de titre I ne progresseront que de 20 à 30 millions par an. Dans de nombreux services, des

problèmes de remplacement des titulaires se posent déjà et le budget de remplacement doit être réduit selon le PGFP. Si les médecins sont appelés à endosser une responsabilité financière, les responsables financiers devraient alors expliquer aux patients les dysfonctionnements médicaux. Au regard des contraintes financières imposées aux hôpitaux et à l'AP-HP, aucun PGFP n'est possible. Par conséquent, elle refuse d'approuver ce PGFP.

Le Dr Patrick PELLOUX indique que son vote sera favorable, car personne ne comprend la problématique. Deux voies sont ouvertes à la CME : la première consiste à émettre un vote d'opposition, au risque d'exposer l'AP-HP aux critiques, tandis que la seconde option consiste en un vote favorable, en étant conscient de l'existence d'un lien étroit avec la situation économique et financière du pays. Toute nouvelle crise remettrait en cause les décisions prises ce jour.

Le Pr Paul LEGMANN note plusieurs hypothèses, dont la cession des immobilisations. Les possibilités d'épuisement de ce gisement le conduisent à exprimer des craintes pour le futur, d'autant plus qu'il est difficile de céder un patrimoine public. L'expérience de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul en témoigne. La loi impose une évaluation à bas coûts et interdit les cessions aux promoteurs privés.

Mme Carine CHEVRIER explique que le levier des cessions s'est concrétisé récemment à l'AP-HP. En 2012, il est passé à 60 M€ contre 10 M€ auparavant. Il existe des marges étayées entre 2014 et 2019. Les chiffres annoncés des cessions renvoient à des opérations importantes. Cette démarche est documentée sur douze ans, en tenant compte du fait que l'organisation des soins entraîne une condensation des blocs et un développement de la chirurgie ambulatoire. Le schéma directeur concentre les investissements sur quelques bâtiments et cède les autres. L'hypothèse est robuste et les marges de manœuvre sont réelles.

Le Dr Julie PELTIER s'enquiert du pourcentage du parc immobilier de l'AP-HP dédié au logement du personnel et demande si le propos de Mme Carine CHEVRIER y fait référence.

Mme Carine CHEVRIER précise qu'elle fait référence au domaine public mis à disposition d'institutions et d'associations et non aux logements du personnel. L'AP-HP possède actuellement 10 000 logements et le rapport RENAUDIN exige un taux de rotation annuel suffisant pour satisfaire les flux. La vente d'une partie du patrimoine immobilier rapporterait entre 10 et 15 M€ de recettes, sous le contrôle de la commission du patrimoine de l'AP-HP.

Le Pr Pierre CARLI note que le plan de bataille sera difficile à mener. S'opposer au PGFP expose la communauté au risque d'être écartée des décisions financières, alors qu'elle agit dans l'intérêt des malades. N'étant pas en mesure de critiquer l'exposé, il approuvera le PGFP, faute d'autres solutions.

Le Pr Jacques DURANTEAU estime qu'il est impossible d'être plus précis dans le contexte qui prévaut actuellement en France. Il est préférable de l'accepter et d'être acteur plutôt que spectateur. C'est pourquoi il émettra un vote favorable.

À l'issue de ces échanges, **le président** insiste sur le fait que le PGFP fera l'objet d'une mise à jour annuelle : on peut le qualifier de « glissant », dans la mesure où, dans le contexte actuel, la perspective économique à cinq ans est impossible à définir. À titre personnel, le président avoue être partagé. Après mûre réflexion, il se déclare impressionné par la teneur des discussions avec l'ARS : elle a souhaité que l'AP-HP revoie à la baisse les hypothèses d'augmentation d'activité sur lesquelles Mme CHEVRIER et ses équipes souhaitaient construire le PGFP, considérant que

l'ambition affichée par l'AP-HP était inatteignable ; ce qui est soumis au vote est le compromis le plus serré que l'AP-HP a pu trouver avec l'ARS. La CME doit aussi prendre en compte les conséquences potentielles d'un vote défavorable ou d'un refus de vote ; il demande au directeur général de bien vouloir les préciser.

En préalable, **le directeur général** affirme que le PGFP n'est pas imprécis. S'il l'était, le débat n'aurait pas lieu ; il serait approuvé et les difficultés apparaîtraient ultérieurement. La direction générale a fait le choix, comme en témoigne l'intervention de Mme Carine CHEVRIER, d'une présentation transparente et intelligible du PGFP, qui ne fait peser d'imprécisions ni sur son contenu ni sur les hypothèses retenues. Les évolutions de l'ONDAM des prochaines années, par exemple, sont connues : celui-ci ne baissera pas, contrairement à ce qui est affirmé, mais il connaîtra une progression moins rapide. Le budget est en augmentation et les charges de personnel ne sont pas en diminution, mais en légère augmentation, même si elles induisent des efforts sur l'organisation et le temps de travail.

La direction générale prend ses responsabilités en présentant le PGFP qu'elle estime le moins difficile, le plus solide et le plus sûr. En termes de délais, il est préférable de le soumettre à l'avis de la CME en juillet plutôt qu'en décembre, notamment pour que le PLFSS 2015 soit construit à partir des prévisions de l'AP-HP et non sur l'anticipation de sa position à l'automne 2014.

Dans ce contexte, la CME est libre de prendre position. Un vote défavorable fragiliserait la position de l'AP-HP. Il rappelle qu'un vote favorable ne signifie pas que la CME l'autoriserait à prendre des engagements illimités et incontrôlés. La communauté médicale a d'ailleurs la possibilité d'accompagner son vote d'explications si elle le souhaite. De même, un vote favorable ne sera aucunement interprété comme l'expression d'une situation sans problème ni comme un encouragement à renforcer les contraintes qui pèsent sur l'AP-HP. Un vote défavorable conférerait à ces demandes un caractère moins légitime, plus incertain et hasardeux.

De la réponse de M. ÉVIN, il ressort que l'AP-HP est considérée comme privilégiée, en dépit de ses efforts, et centrée sur Paris *intra-muros* et la petite couronne, alors que la politique de santé tente de rééquilibrer l'offre médicale sur le territoire. La direction générale tente d'éviter que l'AP-HP soit utilisée comme variable d'ajustement du système de santé régional. L'enjeu est d'obtenir des tutelles qu'elles accompagnent l'AP-HP, au lieu de renforcer le poids des contraintes qui pèse déjà sur l'institution. Le PGFP proposé à la CME est conditionnel : à travers lui, la direction générale veut atteindre les objectifs exprimés pour les MIGAC et les dotations. Le PGFP consolide la position de l'AP-HP pour les prochaines étapes.

Le Dr Anne GERVAIS rappelle que le vote de la CME a un caractère consultatif et non opposable.

En conclusion, **le président** explique qu'il se prononce personnellement en faveur du PGFP présenté par la direction générale : approuver le PGFP revient à refuser les choix implicites de l'ARS, qui tendent à affaiblir l'AP-HP en exigeant d'elle une activité et une masse salariale réduites, afin de redistribuer les ressources à d'autres acteurs publics, mais aussi privés.

À l'issue d'un vote à bulletins secrets, le PGFP est adopté *par 32 voix favorables, 29 voix défavorables et 2 abstentions*.

Le directeur général remercie la CME pour son vote favorable et s'engage à transmettre ses messages.

VI. Programme d'incitation financière à la qualité (IFAQ)

Le Dr Isabelle GASQUET indique que le principe du programme IFAQ est d'encourager le passage d'un financement exclusif à l'activité à un financement mixte T2A et qualité. Les données qualité font déjà l'objet d'une diffusion publique (SCOPE-SANTE).

En 2014, le programme a été expérimenté en tenant compte de deux éléments : d'une part, la certification (une certification sans réserve est nécessaire pour entrer dans le processus), d'autre part, la prise en compte d'indicateurs nationaux et du niveau d'informatisation du dossier pour établir le classement. Huit hôpitaux de l'AP-HP ont participé, dont quatre sont retenus (à ce jour).

Le principe est une rémunération positive, fondée sur un pourcentage du budget de l'assurance-maladie, avec un seuil de rémunération pour les 30 % des sites en tête du classement. Trois tranches sont définies :

- 50 000 à 500 000 € pour les premiers 10 % ;
- 50 000 à 400 000 € pour les 20 % suivants ;
- 50 000 à 300 000 € pour les 30 % suivants.

Une prime de 20 % est accordée aux « meilleurs » de chaque type d'établissement. L'allocation 2014 s'élève à 15 M€.

Pour IFAQ 2014, le classement est construit à partir des indicateurs suivants : tenue du dossier patient ; compte rendu d'hospitalisation (CRH) ; évaluation de la douleur ; prévention de la dénutrition ; RCP ; tenue du dossier anesthésie ; ICALIN ; PEP et le niveau d'informatisation du dossier patient.

À partir d'une simulation réalisée sur les données des années précédentes, on observe que les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les cliniques privées et les petits hôpitaux seraient plus souvent classés dans la tête du classement, au détriment des CHU.

Par ailleurs, le principe de la généralisation est presque acquis et le programme est porté par une forte détermination politique. En 2015, un nouveau classement serait établi pour le MCO, avec un budget porté à 45 millions d'euros. Le classement serait réalisé à partir, entre autre, des indicateurs nationaux de spécialité (IdM, AVC, hémorragie du post-partum).

En conclusion, le paiement à la qualité devient une réalité, avec une montée en puissance progressive du financement. L'IFAQ 2014 apporte un bonus aux petits établissements, ainsi qu'aux sites mono-activités. La barrière de la certification est importante. Il importe d'améliorer les résultats de l'AP-HP sur certains indicateurs. L'informatisation du dossier patient devrait y contribuer.

Le président s'enquiert de la publicité accordée au classement IFAQ et de son impact sur le recrutement des patients dans les structures de soins.

Le Dr Isabelle GASQUET indique que ces indicateurs sont utilisés dans les palmarès des publications des journaux hebdomadaire et sur Internet. Le classement IFAQ pourrait générer une publicité positive.

Le Pr René ADAM demande qui détermine objectivement les critères pris en compte et demande dans quelle mesure il est possible d'être force de proposition dans ce domaine.

Le Dr Isabelle GASQUET précise que les indicateurs sont validés par un comité scientifique et que les fédérations hospitalières participent aux commissions qui déterminent l'algorithme du classement. Il n'existe que des indicateurs de processus, alors que les indicateurs de résultat importent tout autant.

Le Pr Serge UZAN souligne l'importance de cette présentation et recommande de faire la publicité de cette démarche dans tous les établissements. Il rappelle que le bonus qualité recherche (BQR) a permis de construire un esprit d'équipe autour d'une recherche de qualité.

Le Dr Nathalie de CASTRO apprécie que cette évaluation reconnaisse l'importance du travail des cliniciens. Elle attire cependant l'attention sur un risque de détournement des indicateurs et souligne que l'évaluation défavorise les structures en difficulté. Il est en effet impossible d'effectuer un travail de qualité sans disposer des effectifs suffisants dans toutes les catégories de personnel.

Le Pr Vincent JARLIER souligne que les indicateurs sont toujours discutables. Pour les infections nosocomiales, ils s'affinent au fil des ans et contribuent à l'amélioration de la qualité. Ces indicateurs sont nés à l'AP-HP et le ministère apprécie le concours d'experts. Il est donc tout à fait possible de participer à la construction des indicateurs nationaux et de la démarche.

Le Pr René ADAM considère que l'AP-HP ne valorise pas suffisamment l'information sur l'excellence qui appartient à tous les établissements. Il importe de la faire connaître aux patients. C'est en outre un élément fédérateur pour les équipes soignantes.

Le Dr Isabelle GASQUET invite la communauté médicale à candidater et espère apporter les résultats en fin d'année.

VII. Révision des pôles : calendrier, principes, méthode

Le Pr Gérard CHÉRON répond que le nombre de pôles n'est pas limité et qu'aucune doctrine n'est imposée sur leurs contours. Au début de sa mandature, le premier travail de la sous-commission a été de valider les structures et les pôles qui ont été mis en place. Un certain nombre d'entre eux s'avèrent atypiques, car ils sont multisites. Le groupe de travail sur les blocs opératoires, par exemple, constate que cette configuration n'est pas optimale. La sous-commission des structures souhaite que les groupes hospitaliers dressent un bilan objectif et transparent de leur situation pour pouvoir analyser les difficultés et envisager des solutions.

Une note a été adressée aux groupes hospitaliers pour les informer du processus et du calendrier. Les auditions se dérouleront de novembre 2014 à janvier 2015. Les responsables administratifs, ainsi que les présidents des CMEL et des commissions des structures sont invités. Les auditions doivent permettre à la sous-commission des structures de finaliser sa réflexion en février/mars 2015 pour une présentation de son avis au président de la CME, au directeur général et au directoire en février/mars 2015. La nomination des chefs de pôle aurait lieu à la fin du premier semestre 2015.

Le président demande si le projet de loi de santé, dont le vote est annoncé au printemps 2015, pourrait avoir des conséquences sur le calendrier de travail.

Le directeur général précise que la loi actuelle s'applique en l'absence d'un nouveau texte qui ne devrait pas intervenir à cette période.

Le Dr Nicolas DANTCHEV demande si le bilan des pôles en matière de ressources humaines concerne uniquement le personnel non médical.

Le Pr Gérard CHÉRON répond que les groupes hospitaliers sont invités à évoquer les problèmes de management, notamment au regard des résultats du baromètre social. La sous-commission des structures n'est pas inquisitrice. Elle se contentera du bilan présenté par les GH.

Le Pr Bernard GRANGER s'enquiert du nombre maximum de pôles et de l'existence éventuelle d'une doctrine, insistant par exemple sur la cohérence médicale des pôles.

Le Pr Gérard CHÉRON répond que le nombre de pôles n'est pas limité et qu'aucune doctrine n'est imposée sur leurs contours. Au début de sa mandature, le premier travail de la sous-commission a été de valider les structures et les pôles qui ont été mis en place. Un certain nombre d'entre eux s'avèrent atypiques, car ils sont multisites. Le groupe de travail sur les blocs opératoires, par exemple, constate que cette configuration n'est pas optimale. La sous-commission des structures souhaite que les groupes hospitaliers dressent un bilan objectif et transparent de leur situation pour pouvoir analyser les difficultés et envisager des solutions.

Le Pr Bertrand GUIDET se déclare favorable à des pôles cliniques multisites pour qu'un groupe hospitalier ne soit pas la juxtaposition de sites. Sur les fonctions supports, en revanche, une réflexion est à mener pour structurer les activités

Le Pr Gérard CHÉRON explique que les pôles multisites ne posent pas problème lorsqu'ils sont réunis par une logique médicale, fondée sur la qualité et la sécurité des soins. Sur la question des fonctions supports, des groupes hospitaliers ont réuni leurs pharmacies, souvent à l'occasion de départs en retraite. La fin d'une mandature est une possibilité supplémentaire d'agir dans ce sens.

Le Pr Serge UZAN propose de réfléchir aux structures intergroupes hospitaliers. Il cite l'exemple des centres intégrés en cancérologie.

Le Pr Gérard CHÉRON confirme que la sous-commission envisage cette possibilité.

Le Pr Serge UZAN aborde cette problématique par le biais de la problématique hospitalo-universitaire. Des personnes nommées sur une spécialité pointue peuvent intéresser d'autres groupes hospitaliers. Une structure commune permettrait d'optimiser l'utilisation de ces nominations spécifiques.

À titre personnel, **le Pr Gérard CHÉRON** considère que tout découpage présente le risque d'un cloisonnement. Les propositions d'organisations nouvelles et innovantes visent le décloisonnement, la complémentarité entre groupes hospitaliers et le renforcement de la force d'innovation et de soins de l'AP-HP.

Le Pr Jean-Philippe WOLF demande un bilan de l'activité des pôles par rapport aux objectifs fixés, notamment en termes d'amélioration de la gestion des ressources humaines. L'exercice est difficile, mais il serait intéressant que la sous-commission apporte des éléments d'appréciation sur l'impact de la structuration en pôles sur l'activité de l'AP-HP.

Le Pr Gérard CHÉRON prend note de cette suggestion.

Le Pr Paul LEGMANN indique que la loi n'est pas appelée à évoluer significativement. À ce jour, le bilan des pôles semble globalement positif. Les modifications concernent principalement la logique médicale, la limitation de la taille des pôles en termes de personnel non médical et les pôles multisites rassemblant des disciplines différentes. Il signale par ailleurs que les mandats des chefs de pôle arrivent à échéance le 1er juillet 2015, ce qui conduirait ces derniers soit à siéger à la CME sans occuper cette fonction, soit ne plus siéger, privant ainsi la CME du collège des chefs de pôle.

Le président note cette question délicate. Il conviendra d'interroger la direction des affaires juridiques à ce sujet.

VIII. Questions diverses

1. Financement d'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP)

Le président indique être en contact avec le praticien concerné, depuis la publication d'un article dans la presse le 6 juillet 2014.

Le directeur général rend compte d'une difficulté sur le protocole financé par le PHRC. Celui-ci était initialement prévu pour six patients, mais il en compte neuf finalement. Lorsque le praticien a souhaité inclure un nouveau patient, il est apparu que le budget avait été déjà consommé complètement. Les dépenses du programme s'avèrent atypiques par rapport aux autres PHRC. Généralement, les frais de déplacement représentent 10 % du budget ; dans le cas présent, ils atteignent un tiers du budget. Un courrier a été adressé au directeur général de l'ARSIF pour demander que le patient ne soit pas pénalisé par cette situation et obtenir un budget complémentaire, afin d'inclure trois patients supplémentaires.

Le président indique que, selon le praticien, les frais liés au transport des greffons expliquent cette atypie du budget des déplacements. **Le président** souhaite avant tout éviter que des patients soient pénalisés.

2. Demande d'évaluation des départs des praticiens hospitaliers de l'AP-HP, notamment en soins palliatifs

Le président rappelle que cette demande a déjà été faite plusieurs fois aux prédécesseurs de Mme WELTY. Il avait suggéré de systématiser des entretiens avec les praticiens hospitaliers démissionnaires pour connaître les raisons de leur départ, mais sans succès.

Le Dr Christophe TRIVALLE précise qu'il ne connaît pas la raison des départs des deux praticiens, chefs de service en soins palliatifs, mais il semble que le manque de personnel, les conditions de prise en soins des patients en fin de vie et la pression économique exercée sur ces services, pourtant présentés comme importants dans le projet médical, les aient motivés. Il importe de revoir la manière dont ces services sont traités : on ne peut pas appliquer les logiques T2A et DMS aux soins palliatifs.

Le Pr Jacques DURANTEAU indique que pour son GH, une réflexion est menée par le chef de pôle qui assure l'intérim à Paul Brousse, ainsi que sur le fonctionnement des soins palliatifs dans le GH. Le praticien hospitalier a été reçu à deux reprises pour comprendre les raisons de son départ et

recueillir sa conception des soins palliatifs. Une commission de la CMEL est par ailleurs chargée de mener une réflexion stratégique sur la prise en charge des soins palliatifs dans le groupe hospitalier et d'identifier le profil du futur responsable des soins palliatifs.

Le Dr Georges SEBBANE indique que dans l'autre cas, le médecin de l'hôpital a quitté l'AP-HP pour des raisons de rapprochement familial.

Le président demande à la DOMU de mener une réflexion structurée sur les raisons des départs des praticiens hospitaliers hors de l'AP-HP.

IX. Approbation du compte rendu de la réunion du 13 mai 2014

Le compte rendu de la réunion du 13 mai 2014 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 25.

* *
*

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

mardi 9 septembre 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 27 août 2014 à 16 heures 30