

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 8 DÉCEMBRE 2015**

## SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	2
II.	Questions diverses	5
III.	Approbation des comptes rendus des réunions des 13 octobre et 10 novembre 2015	6
IV.	Rapport sur le mode d'organisation des plateformes multidisciplinaires à l'AP-HP	6
V.	Propositions du groupe de réflexion sur le premier aval des urgences à l'AP-HP	7
VI.	Avis sur les modalités de passage en temps continu dans les SAMU et les SMUR de l'AP-HP	10
VII.	Avis sur le projet de restructuration de l'hôpital Adélaïde-Hautval dans le cadre d'une coopération territoriale	13
VIII.	Avis sur le volet <i>Politique technique</i> du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP	16
IX.	Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers	18
X.	Bilan du programme d'action de la CME pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers à l'AP-HP (CAPCU) 2013-2016 et avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP institutionnalisant la cellule QSS & CAPCU	19
XI.	Adieux et remerciements du président de la CME	22
XII.	Information sur le nouveau modèle de répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) de psychiatrie de l'AP-HP entre les groupes hospitaliers (M <sup>me</sup> Carine CHEVRIER)	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## ORDRE DU JOUR

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations, adieux et remerciements du président de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)
2. Rapport sur le mode d'organisation des plateformes multidisciplinaires à l'AP-HP (M. Michel VAUBOURDOLLE)
3. Propositions du groupe de réflexion sur le premier aval des urgences à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)
4. Avis sur les modalités de passage en temps continu dans les SAMU et les SMUR de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Christine WELTY)
5. Avis sur le projet de restructuration de l'hôpital Adélaïde-Hautval dans le cadre d'une coopération territoriale (M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER)
6. Bilan du programme d'action de la CME pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers à l'AP-HP (QSS & CAPCU) 2013-2016 et avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP institutionnalisant la cellule QSS & CAPCU (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)
7. Information sur le nouveau modèle de répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) de psychiatrie de l'AP-HP entre les groupes hospitaliers (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
8. Avis sur le volet *Politique technique* du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP (M. El Hadi BENMANSOUR)
9. Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ)
10. Questions diverses
11. Approbation des comptes rendus des réunions des 13 octobre et 10 novembre 2015

## Assistent à la séance

### • avec voix délibérative :

- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOÎT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Ghislaine BRÉFORT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry CHINET
- M. le P<sup>r</sup> Yves COHEN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude DUSSAULE
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M. le P<sup>r</sup> Fabien KOSKAS
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M. le P<sup>r</sup> Philippe MENASCHE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>r</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>r</sup> Dominique VALEYRE
- M. le P<sup>r</sup> Michel VAUBOURDOLLE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M<sup>me</sup> Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

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

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

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)  
M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ, DOMU

- ***Représentante de l'ARSIF :***

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

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> René ADAM, Michel AUBIER, Stanislas CHAUSSADE, Benoît DUBOIS-RANDÉ, Bruno GOGLY, Bertrand GUIDET, Christian GUY-COICHARD, Cécile HVOSTOFF, Vincent JARLIER, Anna LAMBERTI, Fabienne LECIEUX, Louis MAMAN, TELLARINI Lucile MUSSET, Rémy NIZARD, Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> Marion TEULIER, MM. Yann FLECHER, Michaël FONTUGNE, Valentin JOSTE, Louis MAFFI BERTHIER

*La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P<sup>f</sup> Loïc CAPRON.*

**Le président**, qui l'a connue comme interne dans son service, et le **P<sup>f</sup> Pierre CARLI**, qui l'a eue comme collaboratrice, rendent hommage au D<sup>f</sup> Stella VERRY assassinée à 37 ans lors des attentats du 13 novembre. Médecin généraliste installée dans le XIX<sup>e</sup> arrondissement, elle exerçait au centre de régulation des appels du SAMU de Paris.

*Les membres de la CME observent un instant de recueillement.*

**Le président** salue la manière dont l'AP-HP, tous personnels et tous sites confondus, a su faire face à la situation exceptionnelle à laquelle elle a été confrontée. L'AP-HP a montré qu'elle savait répondre aux besoins de la région, et de Paris en particulier, dans les circonstances les plus unimaginables et les plus barbares. À ses remerciements s'associent ceux que lui a adressés le 20 novembre M<sup>me</sup> Anne HIDALGO, maire de Paris, qui préside le conseil de surveillance, dont il donne lecture :

*« Monsieur le Président,*

*À la suite des terribles attentats survenus la semaine dernière à Paris, je tiens à exprimer mon extrême reconnaissance à la communauté médicale de l'AP-HP.*

*La mobilisation de tous les professionnels de santé ainsi que la solidarité dont ils ont fait preuve témoignent de leur engagement sans failles. Leur capacité à prendre en charge un nombre inédit de blessés graves dans ces circonstances tragiques a été remarquable »*

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

1) Les élections des membres de la CME et des CME locales (CMEL) sont terminées. Sur les 64 membres élus de l'actuelle CME, 32 feront un nouveau mandat. Les présidents des CMEL des 12 groupes hospitaliers (GH) seront élus entre le 11 et le 18 décembre. Ils siègent de droit à la CME, qui pourra ainsi être installée le 12 janvier et élire son président. Le P<sup>f</sup> Yves AIGRAIN, doyen de la future CME, ouvrira cette séance et veillera au bon déroulement de l'élection.

2) Le 12 décembre, le P<sup>f</sup> Gérard REACH et M<sup>me</sup> Sophie BENTÉGEAT organisent une journée sur l'hospitalité à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Les membres de la CME sont invités à y participer.

3) Un audit réalisé par la direction de l'inspection et de l'audit (DIA) montre que l'hôpital gériatrique Paul-Doumer, situé à Liancourt dans l'Oise, est en grande difficulté, à la fois médicale et administrative. Il recommande de mettre en place une mission d'appui médico-administratif pour aider à l'organisation et au fonctionnement médical de l'hôpital. Sur proposition du directeur général, le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON a accepté d'en être le médecin, après qu'il aura achevé son mandat à la tête de la CME en janvier prochain. Les difficultés de fonctionnement médical sont des sujets complexes qui ont occupé une part importante de sa présidence. Il mettra l'expérience ainsi acquise au service de cette mission qu'il accomplira avec M. Roland GONIN, directeur d'hôpital, et en lien avec la collégiale de gériatrie.

4) Le point 7 de l'ordre du jour prévoyait une information de la CME sur la répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) de psychiatrie de l'AP-HP entre les GH. Il ne sera pas

traité car, la direction des finances ayant travaillé sur un nouveau modèle de répartition, les psychiatres l'ont refusé dans une motion qu'ils ont votée à l'unanimité ; le P<sup>r</sup> GRANGER en donnera lecture. Une information sereine de la CME sur ce sujet s'avère ainsi difficile et est donc reportée, l'avis de la CME n'étant pas formellement requis. Toutefois, la direction générale ne peut plus reporter la mise en œuvre de la DAF modifiée, car l'Agence régionale de santé (ARS) menace d'en baisser le montant (100 M€ par an) si rien n'est fait.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** donne lecture de la motion des psychiatres :

*« La juste répartition de la dotation annuelle de financement (DAF) psychiatrie de l'AP-HP a été inscrite au plan stratégique et des travaux préliminaires ont été menés dans ce sens. Nous sommes opposés à l'unanimité aux propositions de la DÉFIP car elles ne tiennent pas compte des exigences suivantes :*

- *connaître avec précision les ressources financières consommées par les différents services de l'AP-HP grâce à un audit externe permettant de lever les doutes sur ce préalable indispensable à toute réflexion ;*
- *développer une politique incitative transparente et un contrôle au niveau de chaque GH, afin que la DAF soit effectivement affectée à des activités de psychiatrie ;*
- *aborder le sujet en termes de besoins et de projets pour l'attribution des financements ;*
- *prendre en compte dans les attributions de ressources les spécificités de la psychiatrie, en particulier les activités qui font l'objet d'une contractualisation avec l'ARS dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, comme par exemple la pédopsychiatrie, la psychiatrie de liaison, les urgences, la psychiatrie du sujet âgé ;*
- *demander à l'ARS une plus juste répartition de la DAF des services sectorisés et des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile d'Île-de-France, pour corriger la sous-dotation des services sectorisés et des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile de l'AP-HP ;*
- *assurer le financement des activités nouvelles et des projets innovants par des crédits fléchés, en tenant compte à la fois de ce qui est prescrit dans le plan stratégique de l'AP-HP et des spécificités de l'offre de soins psychiatriques de l'AP-HP.*

*Nous nous engageons à faire des propositions précises sur ces différents points au cours du premier semestre 2016, afin qu'elles servent de bases à la redistribution de la DAF psychiatrie entre les différents groupes hospitaliers de l'AP-HP dès l'an prochain. »*

5) **Le directeur général** rappelle que la demande d'éclaircissement de la DAF de psychiatrie a une antériorité d'au moins 18 mois, ce qui atteste de la volonté d'établir une transparence totale sur les crédits et une adéquation entre les ressources spécifiques de la psychiatrie et les dépenses.

Dans la situation actuelle, certains GH peuvent utiliser la DAF de psychiatrie pour du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). D'autres GH, à l'inverse, qui n'ont pas suffisamment de DAF par rapport à leur activité, doivent utiliser les dotations MCO pour les activités de psychiatrie. Lorsque la DAF évoluera au niveau régional, l'AP-HP risque de ne pas pouvoir obtenir la part qui devrait logiquement lui revenir si elle ne peut justifier de la réalité des activités des GH.

Un travail a été réalisé pour essayer d'identifier les critères d'activités en psychiatrie. À la fin de ce travail, les psychiatres ont estimé faire des propositions qui conduiraient, si l'on en faisait un préalable, à retarder le passage à l'acte dans des conditions qui pourraient être indéterminées, ce qui semble dangereux, pour l'ensemble des finances de l'AP-HP. Il ne serait en effet pas bienvenu que l'AP-HP se retrouve avec des dotations du MCO alimentant en partie les activités de psychiatrie.

Sur la base d'une transparence complète des données, la direction générale estime que le système peut être évolutif, de façon à ce que la réforme soit amorcée. Il pourrait être ainsi envisageable de mettre en œuvre 20 % de la réforme sur l'année 2016, et en procédant à des ajustements sur 2017, 2018 et 2019, sur la base d'une éventuelle évolution des critères. La direction de l'AP-HP ne désespère pas de parvenir à un accord. À cet égard, les discussions qu'il a pu avoir avec le président de la CME et des représentants de l'ARS sur ce dossier, permettent notamment d'afficher une certaine confiance sur l'issue des travaux relatifs à la future répartition de la DAF de psychiatrie entre les différents GH.

Pour la première fois depuis plusieurs mois, le CHSCT s'est réuni avec le quorum le 30 novembre dernier, ce qui a permis de discuter de la réforme sur le temps de travail. À l'issue de cette réunion, le CHSCT a sollicité une expertise par un cabinet extérieur. La direction générale avait le choix d'accepter cette expertise, ou de la contester devant le tribunal de grande instance (TGI). La direction générale n'a pas fait ce choix car cela aurait judiciairisé l'affaire et concouru à perdre du temps. Les conclusions devront être fournies dans un délai compris entre 30 et 45 jours. Les instances représentatives se réuniront à nouveau au mois de février ou mars, pour débattre de la mise en œuvre de cette réforme, qui fait suite à l'accord passé avec la CFDT et aux engagements pour le personnel d'encadrement.

À la suite de la nomination de M. Michael COHEN au poste d'adjoint de M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, M<sup>me</sup> Claire BIOT – ingénieur des Mines en charge du médicament à la direction de la sécurité sociale, a été nommée à la tête de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Dans le même temps, la direction générale de l'AP-HP a sollicité la mise en œuvre d'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dont les conclusions devraient être rendues très prochainement. Cette mission vise à faire évoluer l'AGEPS dans le nouveau contexte réglementaire, afin que cette agence puisse rester, aux côtés, de la pharmacie des Armées, le seul établissement pharmaceutique hospitalier encore en activité.

Les travaux sur la prévention des conflits d'intérêts se poursuivent, au sein de la commission prévue à cet effet, et devraient déboucher sur un certain nombre de conclusions d'ici la fin de l'année. La CME est représentée au sein de ladite commission par son président.

Sur le plan réglementaire, la direction générale avait sollicité, auprès du gouvernement, un amendement sur le patrimoine logement de l'AP-HP, de manière à ce que les logements appartenant à l'AP-HP puissent être réattribués aux personnels de l'institution, dans la mesure où un quart desdits logements sont actuellement occupés par des personnes qui ne sont plus en exercice. Après avoir été voté au Sénat, cet amendement a été voté à l'assemblée nationale et aura ainsi prochainement force de loi. La direction générale souhaite que cette politique de logement puisse également bénéficier aux jeunes médecins si ceux-ci répondent aux critères sociaux.

La vente en deux temps de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul s'est concrétisée le 30 novembre dernier. La première tranche représente un montant de 41 M€, tandis que la seconde tranche



représentera 51 millions d'euros dans trois mois. Au-delà de ces 92 M€, une clause d'intéressement sera actionnée si le programme réalisé sur l'emprise de Saint-Vincent Paris de Paul apporte à la ville des recettes supérieures à celles qui ont été budgétées. Si une telle hypothèse se vérifiait, 75 % des plus-values iraient à l'AP-HP.

Les travaux relatifs à l'hôpital Nord devraient prochainement aboutir puisqu'il est prévu d'en présenter les conclusions lors du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) qui se tiendra en juillet 2016. Il reste donc quatre mois pour finaliser le dossier qui sera soumis à l'éligibilité du comité en juin 2016.

Dans le domaine de la recherche clinique, l'AP-HP poursuit sa politique de déprécarisation des assistants de recherche clinique et des techniciens de recherche clinique, initiée à l'initiative de direction générale, en réponse à une demande forte des équipes concernées. Il faut en effet pouvoir proposer à ces personnels des contrats à durée indéterminée (CDI), afin de les fidéliser et d'éviter de les voir partir dans d'autres structures, une fois leur projet de recherche mené à son terme.

Le directeur général salue au passage la grande qualité des résultats obtenus dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). En 2015, la proportion de projets retenus a en effet augmenté en valeur absolue, même si la masse des PHRC a légèrement diminué dans le même temps, dans un contexte où l'AP-HP doit constamment lutter contre la baisse des financements pour la recherche, émanant notamment des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

Pour finir, le directeur général tient à saluer à son tour la mobilisation remarquable de l'AP-HP au moment des attentats et dans les semaines qui ont suivi. Les GH se sont en effet illustrés par un savant dosage de mobilisation spontanée et de mobilisation organisée sans que jamais l'une ne dérange l'autre, depuis les premières minutes qui ont suivi les attentats marquées par l'organisation irréprochable des soins de premiers secours, jusqu'à la prise en charge post-traumatique des blessures physiques et psychologiques, dans les semaines qui ont suivi.

Face à des attentats d'une telle ampleur, à peine surmontée l'acmé des terribles conséquences de ces actes odieux, l'AP-HP doit s'organiser à la fois pour pouvoir tenir dans la durée et pour faire face à d'autres éventuels événements du même type.

## II. Questions diverses

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** s'interroge sur la sécurité des établissements de l'AP-HP et sur l'éventuelle identification d'individus salafistes, ayant fait l'objet de fiches S, au sein des équipes en poste dans les différents GH. La presse s'est en effet récemment fait l'écho des tentatives d'infiltration de ce type d'individus au sein de grandes organisations telles que la régie autonome des transports parisiens (RATP) ou les entreprises en charge de la gestion aéroportuaire. Il conviendrait par conséquent de faire montre d'une grande vigilance à ce sujet au sein de l'AP-HP.

Il faudrait également renforcer les consignes de sécurité concernant l'accès aux établissements de soins, tout en réaffirmant la nécessité de garantir une laïcité totale, au sein de l'institution.

Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX regrette par ailleurs que tous les noms des médecins ayant collaboré à la rédaction de l'article paru dans le *Lancet* après les attentats n'aient pas figuré dans l'ours de ce journal anglais.

**Le directeur général** répond qu'un travail important sur la sécurité est actuellement effectué en collaboration avec la préfecture de police de Paris. L'AP-HP a ainsi demandé que lui soient signalés tous les individus faisant l'objet d'une surveillance parmi les personnels de l'institution. En retour l'AP-HP est censée informer tout comportement suspect à la police.

S'agissant du nécessaire renforcement de la sécurité des conditions d'accès aux sites de l'AP-HP, un travail de fond a débuté et sera présenté en 2016.

La question du respect strict de la laïcité a été abordée avec les présidents de CMEL, durant la semaine ayant précédé les attentats et sera réaffirmée avec force dans les prochaines semaines. Il conviendra notamment de prendre garde à éviter tout détournement de l'usage de la charlotte dans certains services, afin de ne pas faire de cet équipement un signe religieux déguisé.

Enfin, s'agissant de l'article publié dans le *Lancet* quelques jours après les attentats, le directeur général assume le choix fait par la rédaction de ne laisser apparaître qu'une quinzaine de noms, en veillant bien à ce que l'ensemble des catégories et l'ensemble des GH soient représentés. Il n'aurait en effet pas été possible de faire figurer des centaines de signatures mais l'article est signé « au nom de l'ensemble des équipes » et tout le monde aura compris la portée éminemment symbolique, permettant à chacun de pouvoir s'y retrouver.

### **III. Approbation des comptes rendus des réunions des 13 octobre et 10 novembre 2015**

*Les procès-verbaux sont approuvés à l'unanimité.*

### **IV. Rapport sur le mode d'organisation des plateformes multidisciplinaires à l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Michel VAUBOURDOLLE** indique qu'une réflexion a été initiée, à l'initiative de la sous-commission des structures et restructurations (s-CSR) et de la CME sur les modes d'organisation visant à mutualiser les moyens entre spécialités ou disciplines.

Entre mars et juin 2015, en accord avec la DOMU des entretiens ciblés ont ainsi été conduits dans les domaines concernés par la mise en place de ces plateformes multidisciplinaires. En complément de ces entretiens, deux sondages en ligne ont été réalisés.

En définitive, 12 réponses sur les alternatives possibles à l'hospitalisation et 22 sur la biologie médicale ont été apportées.

Trois modèles d'organisation sont actuellement en place. Dans le premier, la plateforme n'est pas érigée en tant que structure médicale, alors qu'elle l'est dans le deuxième modèle (dans le cadre duquel les activités et les dépenses sont réparties sur les services de spécialités). Enfin, dans le troisième modèle, les activités et les dépenses sont maintenues au sein de la plateforme, tandis que la plateforme est, là encore, érigée en tant que structure médicale. Selon les cas, ce sera donc l'autonomie de la plateforme (dans le modèle 1) ou celle des spécialités (dans le modèle 2) qui primera.

Au vu des travaux conduits, il est notamment proposé de parler d'« unité fonctionnelle de pôle » plutôt que de « service ». Les questions relatives à la gouvernance et aux aspects médico-économiques ont également été abordées.

Il a en outre été décidé de laisser la priorité au projet médical et à la prise en charge du patient, envers lequel une responsabilité médicale individuelle sera maintenue. Il conviendra en outre de respecter les spécialités universitaires et le rôle des CS (en charge de la gestion d'équipe médicale).

Plus globalement, ces investigations ont permis de mettre en lumière la satisfaction des chefs de projets, qui n'auraient souhaité pour rien au monde un retour en arrière.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS**, est surprise que seuls les porteurs de projets et les chefs de pôles aient été interrogés dans le cadre de cette enquête. Leur enthousiasme est de bon augure pour la réussite des projets, mais le succès ne pourra être obtenu sans l'adhésion des soignants et médico-techniques concernés par les modifications de structure.

Aucune enquête ne devrait être menée sur les structures sans interroger ceux qui la composent.

De la même façon, devraient être recueillis les avis de ceux qui sont pris en charge dans les structures recomposées : les usagers.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** partage l'avis de la vice-présidente de la CME, avec laquelle il siège au conseil de gestion de l'AP-HP. À n'en pas douter, les projets doivent susciter une adhésion collective pour fonctionner de manière optimisée, surtout lorsque ceux-ci impliquent la mise en œuvre d'un processus de mutualisation.

Faisant suite à une question de P<sup>r</sup> Paul LEGMANN sur le devenir des conclusions du groupe de travail sur la méthode de nomination des chefs de service, **le président** confirme que ce dossier a été longuement étudié en directoire, dans les GH et dans la conférence des chefs de pôle. Mais il s'est enlisé car il soulevait trop de questions quasi insolubles dans la mesure où systématiser une méthode s'est avéré très difficile. Pour l'heure, nous restons donc dans un régime de liberté et chaque président de CMEL s'entend avec ses chefs de pôle pour choisir la meilleure méthode. La future CME devra probablement revenir sur ce dossier.

## **V. Propositions du groupe de réflexion sur le premier aval des urgences à l'AP-HP**

**Le président** a réuni le groupe de réflexion sur le premier aval des urgences de février 2013 à décembre 2015. Il a travaillé en deux phases.

1. D'avril 2013 à septembre 2014, il a consacré sept réunions à la réorganisation du premier aval médical des urgences du centre de Paris après la transformation du service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôtel-Dieu. Il a rédigé un contrat signé par les quatre SAU concernés, avec un résultat satisfaisant sur la répartition du 2<sup>e</sup> aval (soins de suite gériatriques). Le groupe était alors exclusivement composé d'internistes, de gériatres et d'urgentistes.
2. De décembre 2014 à novembre 2015, le groupe a abordé la question globale de l'aval médical et chirurgical en lien avec le *Plan urgences* de l'AP-HP. Des pédiatres et des chirurgiens se sont alors joints au groupe.

Au total, 37 médecins urgentistes, internistes, gériatres, pédiatres et chirurgiens ont participé à la réflexion. Ils ont émis des recommandations qui sont un point d'étape. Elles fournissent une base pour la suite car il est indispensable de continuer à les travailler : l'aval est une question incomplètement résolue, qui représente un enjeu majeur pour le bon fonctionnement des urgences et de l'hôpital tout entier ; il reste une cause de plaintes récurrentes pour les usagers (patients et leurs proches) et d'épuisement pour les personnels soignants.

### 1. Recommandations générales

- Les urgences sont l'affaire de tous les services de l'hôpital et du GH ; il convient de gratifier ceux qui s'y investissent, en personnel médical et non médical, et en travaux.
- La coopération entre le SAU et les autres services de l'hôpital ou du GH doit s'organiser : sous la forme d'une charte ou d'un projet commun.
- Le groupe s'interroge encore sur les vertus du *bed management* et préconise une gestion médicalisée des lits. Il est indispensable de mettre en place un logiciel de recensement fiable des lits disponibles dans l'hôpital ou le GH. Les médecins du groupe s'inquiètent des chartes technocratiques où des « hébergeurs » reçoivent des « hébergés » et refusent que le malade soit transformé en « colis » qu'on dépose là où il y a un lit : cela peut être administrativement satisfaisant, mais compromet souvent, et parfois même mortellement, la qualité et de la sécurité des soins.
- Les commissions des admissions non programmées doivent se réunir régulièrement et au complet ; les cellules de crise doivent pouvoir mobiliser rapidement en cas de besoin et au bon moment. Il faut encore améliorer le 2<sup>e</sup> aval (soins de suite et de réadaptation [SSR]) en augmentant le nombre de lits et la densité du personnel soignant, tant pour les personnes âgées que pour les plus jeunes. Il est impératif de partager les ressources en SSR entre les GH, qui sont plus ou moins bien dotés, sans corrélation avec l'activité des SAU.
- Il faut donner aux assistantes sociales des moyens de créer leurs dossiers dès le passage aux urgences et d'accompagner la totalité des séjours.

### 2. Recommandations en médecine interne et gériatrique aiguë.

Le groupe émet sept recommandations :

- associer si possible les services de médecine interne et de gériatrie aiguë dans un même pôle incluant le SAU ;
- faciliter l'accès des malades non programmés au plateau technique et aux avis spécialisés, pour réduire drastiquement leurs délais de rendez-vous ;
- développer avec discernement et loyauté des accès directs non programmés en médecine interne et médecine gériatrique aiguë ; c'est-à-dire sans trop y réduire l'offre de lits pour l'aval du SAU ;
- préciser les missions des équipes mobiles de gériatrie ;
- mieux planifier les sorties (libération du lit avant midi, salons d'attente, ambulances, etc.) ;

- quand un patient suivi dans un service de l'hôpital doit être hospitalisé depuis les urgences, il doit l'être en priorité absolue dans le service qui le suit, particulièrement s'il est en fin de vie ;
- évaluer le modèle du département d'accueil des urgences (DAU), qui a tendance à se généraliser dans les GH, mais sans qu'on ait formellement étudié ses qualités et ses défauts.

### 3. Recommandations concernant la pédiatrie :

- abrégé les séjours en premier aval grâce à la séniorisation des médecins et à l'hospitalisation à domicile ;
- attacher une unité de soins continus à chaque service d'urgence ;
- mieux gérer les pics saisonniers d'activité médicale (hiver) et chirurgicale (été), grâce à la mise en œuvre de structures mixtes avec personnels soignants bivalents.

### 4. Recommandations concernant la chirurgie :

- dédier des blocs opératoires aux urgences 24 heures sur 24 ;
- programmer le lendemain, si possible en ambulatoire, les urgences qu'on peut différer ;
- rendre possible la chirurgie ambulatoire d'urgence, non programmée ;
- trouver, au sein de chaque service, le bon dosage entre activité urgente et activité programmée.

Ces recommandations, une fois parachevées, devront être inscrites dans le *Plan Urgences* de l'AP-HP.

Le groupe veut continuer à se réunir pendant le prochain mandat de la CME. Il souhaite en priorité reprendre la question de la gestion des lits.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** a le sentiment que toutes les recommandations énumérées dans le cadre de cette présentation relèvent du bon sens. Sur le terrain, pourtant, force est de constater que tout ne fonctionne pas de manière optimale, loin s'en faut. Il note par ailleurs qu'il n'a pas été fait mention, dans la présentation, des liens que l'hôpital doit nécessairement entretenir avec la médecine de ville, pour garantir une prise en charge optimale des patients. En tout état de cause, en effet, la gestion des avals des urgences est indissociable du reste de la gestion des territoires de santé.

**Le D<sup>f</sup> Alain FAYE** indique qu'il n'est pas possible de considérer les structures d'aval des urgences chirurgicales comme de simples « déversoirs » dans la mesure où ce sont avant tout des unités de traitement des urgences chirurgicales.

**Le D<sup>f</sup> Julie PELTIER** indique que la sortie du patient avant midi est toujours compliquée à mettre en œuvre car la pharmacie a parfois des difficultés à délivrer les 24 heures de traitement suffisamment en amont, pour que le patient puisse se traiter à domicile.

**Le président** confirme que ces sorties avant midi doivent s'organiser en amont, afin de surmonter tous les problèmes logistiques.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** jugerait opportun qu'un médecin gériatre soit présent dans tous les services d'urgences. Un tel dispositif a en effet démontré son efficacité à l'hôpital Avicenne.

Il en appelle par ailleurs à davantage de fluidité pour la mise en œuvre des SSR, dans le cadre du parcours de soins du patient. Pour ce faire, il conviendrait sans nul doute de mieux utiliser le logiciel prévu à cet effet, qui tendance à être efficace pour la prise en charge des patients aux profils de soins simples, et à l'être beaucoup moins pour les patients aux profils de soins plus complexes.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle qu'un outil informatique n'est efficace que lorsqu'il est renseigné correctement.

Rappelant que les services d'urgences travaillent par définition 24 heures/24, **le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** ne voit pas l'intérêt que pourrait avoir la présence d'un gériatre quelques heures par jour au sein des SAU. Pour autant, il est bien évidemment persuadé que les urgentistes et les gériatres doivent coopérer pour garantir le meilleur niveau de prise en charge pour les patients.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** regrette qu'il n'y ait pas le même niveau de coordination en Île-de-France qu'en régions. Il n'existe pas de diplôme d'état d'infirmière en chirurgie, mais bien un diplôme d'état généralisate pour toutes les IDE. Il ne comprend pas pourquoi les patients de chirurgie seraient refusés en SSR jeunes.

**Le président** estime que certaines maisons ou centres de rééducation hors AP-HP sont parfois plus dynamiques que certains de nos services. Il ne voit donc pas pourquoi les patients de chirurgie seraient systématiquement envoyés dans des hôpitaux de l'AP-HP, pour effectuer leur rééducation.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** estime que l'outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires qu'est « Trajectoire » ne peut fonctionner que si une assistante sociale est présente, sur le terrain, pour actionner ce dispositif. L'aval des urgences ne produit quant à lui les effets escomptés que si un médecin de ce service se déplace quotidiennement aux urgences pour s'enquérir des patients en attente d'un lit.

## **VI. Avis sur les modalités de passage en temps continu dans les SAMU et les SMUR de l'AP-HP**

**Le président** rappelle que la CME de novembre avait rendu un avis favorable sur les modalités de passage en temps continu des urgentistes dans les seuls services d'urgence, par 50 voix pour, 4 contre et 3 abstentions ou bulletins nuls. La CME devra se prononcer ce jour sur les modalités d'application d'une telle réforme dans les SAMU et les SMUR de l'AP-HP.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** présente alors la méthodologie retenue pour l'application de la réforme dans les SAMU-SMUR. Elle signale ainsi que :

- Les postes en temps partagé SAMU-SMUR sont majoritaires et induisent une solution commune en ce qui concerne les règles de temps de travail posté.

- La notion de temps de travail clinique posté en ce qui concerne les SAMU SMUR est définie comme : « *la présence entièrement dédiée à la régulation médicale au SAMU / à la disponibilité pour la réalisation des missions du SMUR.* »
- Du temps non clinique est déjà réalisé, notamment dans les SAMU : participation aux diverses instances de coordination de la gestion des crises sanitaires, mission de formation aux gestes d'urgence, gestion des solutions informatiques etc...
- Du temps clinique posté est aussi réalisé au profit d'organismes extérieurs par tous les SMUR, adultes comme pédiatriques.
- Le besoin d'effectif complémentaire généré par la réforme doit donc se calculer en fonction du temps posté actuel (plannings SMUR et SAMU) réalisé au profit de l'Institution.
- Les effectifs des SMUR correspondent actuellement à des plannings de temps posté de 48 heures en moyenne. Le dispositif de contrat de temps non posté prévoit un forfait de 5 heures de travail non clinique au sein du temps posté : d'où, à venir, des plannings de 44 heures.
- Pour permettre une première étape de mise en œuvre de la circulaire pour chacun des médecins des SAMU SMUR, un besoin d'effectifs complémentaires correspondant donc à une hausse de 10 % du temps de travail actuellement consacré à la régulation médicale SAMU et à la disponibilité pour les sorties SMUR est à retenir.
- La réalisation de missions extérieures et les effectifs dédiés à des missions non postées sont estimés actuellement à 2 ETP pour chaque SAMU et 1 ETP pour chaque SMUR.
- Les postes à moins de 39 heures postées sont maintenus en 48 heures.
- Enfin, les SMUR dont le taux de sortie est inférieur à 30 % ne bénéficieront d'effectifs supplémentaires qu'à la suite d'une analyse de la pertinence des organisations actuelles,

Les conditions de mise en œuvre de cette réforme sont les suivantes :

- financement *via* l'attribution d'une enveloppe dédiée « temps continu », hors enveloppe des 0,4 % de la révision H ;
- possibilité d'engager immédiatement les recrutements ;
- parallèlement, pour développer l'attractivité et aménager les carrières, l'AP-HP souhaite développer les postes SAU-SAMU-SMUR en temps partagé ;
- mise en place d'un contrat d'activités non postées, selon le même modèle type que pour les SAU.

Cette nouvelle organisation du travail nécessite une analyse des maquettes d'organisation des services pour assurer le respect des engagements quantitatifs et qualitatifs de l'AP-HP, en matière d'offre de soins.

Chaque GH doit donc revoir avec les chefs de pôle et de service concernés les maquettes existantes en COOPS locale, avant un passage en COOPS centrale.

Les maquettes organisationnelles devront s'inscrire dans le cadre des effectifs cibles alloués à chaque service et maintenir l'offre de soin actuelle.

La CME est invitée à se prononcer sur les modalités de mise en œuvre dans les SAMU/SMUR telles que décrites ci-dessous :

- application au 1<sup>er</sup> janvier 2016 du décompte horaire et du référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence ; conformément au courrier ministériel du 15 octobre 2015, la mise en œuvre se fera de manière progressive à proportion de l'ajustement des effectifs et des organisations cibles ;
- augmentation des effectifs des SAMU/SMUR : 9,6 ETP ;
- financement de ces postes en dehors du cadre budgétaire de la révision des effectifs 2016 ;
- révision des maquettes d'organisation du temps médical des services et passage en COOPS locale et centrale et validation en CME ;
- évaluation annuelle par la CME de la politique de création de postes en temps partagé SAU/SAMU/SMUR.

Ceci constitue une première étape qui devra conduire, à terme, à revoir les maquettes d'organisation des services, ainsi que les mutualisations de postes et de missions qui se révéleront nécessaires au sein des SMUR, SAMU et SAU, adultes et pédiatriques.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** remercie M<sup>me</sup> Christine WELTY pour tout le travail effectué au cours de l'année sur ce dossier, et remercie une fois encore la CME pour son vote favorable à la mise en place de la réforme du temps continu au niveau des urgences en laquelle il croit personnellement beaucoup.

À cet égard, il s'engage à ce qu'aucun poste supplémentaire ne soit accordé à telle ou telle structure d'urgence sans une réforme en profondeur de l'organisation du temps de travail au sein de ces services.

Dans les années qui viennent, il conviendra en outre de conduire une réflexion sur la mise en place d'un SAMU unique, pour l'AP-HP. L'Institution devra en effet faire montre de modernité si elle ne veut pas se faire rattraper par des injonctions économiques.

**Le président** partage ce point de vue. À n'en pas douter, les métiers des urgences devront évoluer, afin de devenir plus intéressants et plus attractifs. Il sera alors plus facile de recruter des praticiens dans cette spécialité, ce qui n'est pas toujours simple aujourd'hui.

*La CME émet un avis favorable à l'unanimité sur les modalités d'application de la réforme du passage en temps continu dans les SAMU et les SMUR de l'AP-HP*



## **VII. Avis sur le projet de restructuration de l'hôpital Adélaïde-Hautval dans le cadre d'une coopération territoriale**

**M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER** présente le projet de restructuration de l'hôpital Adélaïde-Hautval (Hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine [UPNVS]) à Villiers-le-Bel, qui est un site gériatrique de 473 lits, se répartissant comme suit

- 14 lits de médecine, à orientation gériatrie aiguë (UGA) ;
- 10 lits de soins palliatifs ;
- 145 lits de SSR ;
- 115 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) ;
- 189 places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD).

Les bâtiments de cet hôpital sont vétustes, non-conformes aux normes en vigueur (68 % des patients sont dans des chambres à trois lits, et des problèmes sanitaires et de sécurité ont été décelés) et non-adaptables techniquement. Il conviendrait donc de procéder à la reconstruction complète de cet établissement, pour un coût de 80 M€ au moins, si l'on voulait en maintenir l'exploitation.

Or, après étude, il ressort qu'il ne serait pas cohérent, pour l'AP-HP, de maintenir ce site pour une série de raisons. Tout comme il ne serait pas cohérent, pour l'ARS, d'investir sur cet hôpital.

Des capacités neuves ou rénovées sont en effet déjà disponibles, ou le seront rapidement, pour des activités pleinement comparables, dans un rayon de quinze kilomètres. En lieu et place d'un ÉHPAD vétuste et limité à l'hospitalisation complète, il semblerait préférable de développer une offre polyvalente de prise en charge des personnes âgées, gérée par un opérateur médico-social compétent.

Cette réorganisation obéira aux quatre principes majeurs suivants :

- redéploiement des 284 lits UGA, soins palliatifs, SSR et SLD dans des établissements publics ;
- mise en œuvre d'une coopération territoriale renforcée entre l'AP-HP et les hôpitaux voisins ;
- transformation et développement de l'offre médico-sociale à Villiers-le-Bel ;
- accompagnement des 760 personnels d'Adélaïde-Hautval avec possibilité de maintien du statut AP-HP.

L'ARS soutient cette opération dont elle a validé le principe et les modalités de mise en œuvre, dans le cadre de la tutelle que cette dernière exerce sur l'AP-HP et de la gestion des autorisations. Sa direction générale suit donc attentivement son déroulement.

Elle en appuie aussi techniquement la réalisation à travers le financement d'un ensemble important de mesures d'accompagnement en matière de ressources humaines, tant auprès de l'AP-HP que des hôpitaux d'accueil.

Certaines activités sanitaires seront transférées dans le groupe hospitalier Paris Nord Val de Seine, tandis que d'autres le seront vers d'autres établissements publics de santé.

Les activités médico-sociales seront prises en charge à Villiers-le-Bel :

- ▶ d'ici 2019, nouvelle plate-forme multiservice pour personnes âgées dépendantes : 200 places dont un ÉHPAD et mise en place d'une offre graduée d'autres services.
- ▶ création par l'ARS d'un nouvel équipement médico-social pour le handicap implanté à Villiers-le-Bel : 40 places IME + 33 de SESSAD (appel à projets publié en juin 2015 (avec reprise possible de personnel).

Il conviendra de mettre en œuvre une coopération territoriale. Une convention-cadre sera ainsi conclue avec les hôpitaux partenaires pour :

- préciser la gestion des flux de personnes âgées entre les différents sites, compte tenu des nouvelles localisations (court séjour-SSR-SLD-ÉHPAD) et des liens existants (filiales labellisées, territoires Maia...) ou à venir (groupements hospitaliers de territoire [GHT]) ;
- décrire les autres champs de coopération (non-gériatrique) dans lesquels l'AP-HP et ces hôpitaux pourront s'engager au regard des collaborations existantes et des évolutions de celles-ci dans le cadre de discussions à venir ;
- indiquer le mode de pilotage et de suivi de cette coopération.

Cette convention-cadre sera complétée par une convention particulière multilatérale sur l'organisation de la gériatrie sur le territoire et de trois conventions bilatérales organisant les aspects propres à la coopération entre l'AP-HP et chacun des trois hôpitaux partenaires ainsi que les modalités pratiques de l'ensemble des transferts. Les établissements partenaires ont souhaité que cet accord s'inscrive dans la continuité des coopérations existantes avec l'AP-HP et qu'il soit respectueux des coopérations existantes avec les partenaires hors AP-HP.

Les personnels de cet hôpital bénéficieront bien évidemment de la mise en œuvre de mesures d'accompagnement. À ce stade, 65 % des 700 agents ont été reçus au sein de la cellule d'accueil et d'information mise en place entre les mois de mai et de juillet.

Dans le cadre d'une seconde étape, une cellule d'accompagnement professionnel sera mise en place, afin de :

- accompagner chaque professionnel dans la mise en œuvre de son projet professionnel ;
- informer les agents sur les postes disponibles, les conditions et les modalités de transfert ;
- proposer les fiches de poste sur les 3 hôpitaux partenaires et de l'AP-HP ;

- écouter, conseiller et rassurer.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2015, 29 médecins étaient concernés par ce projet, dont 9 PH et 20 praticiens attachés et praticiens attachés associés.

Le projet a été présenté au CHSCT du site et au CTE du groupe hospitalier.

L'avis du CHSCT du 20 novembre portait sur la modification de l'organisation et des conditions de travail.

L'avis du CTE du 3 décembre portait sur la modification de l'organisation interne (et des conditions et de l'organisation de travail afférentes) ainsi que sur le volet coopération territoriale.

L'avis demandé à la CME ce jour porte sur la modification de l'organisation interne ainsi que sur la politique en matière de coopération territoriale.

À l'issue de ces présentations et avis, il en sera rendu compte au conseil de surveillance du 11 décembre.

**Le directeur général** salue la volonté de maintenir une offre de soins sur le territoire concerné, tout en améliorant la qualité des soins délivrés. Les agents, ont par ailleurs obtenu des garanties quant au respect de leur choix et au maintien de leur statut. Il tient à remercier les équipes médicales et administratives soumises à une pression forte pour leur implication dans la mise en œuvre de ce projet, soutenu également par l'ARSIF.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** salue la qualité de ce projet, dont l'équipe en charge de la réorganisation de l'hôpital Paul Doumer pourrait s'inspirer. Il insiste en outre sur la nécessité qu'il n'y ait aucun laissé pour compte, dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet.

**M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER** assure qu'il n'y aura pas de laissés pour compte dans ce projet particulièrement bien construit, en faveur duquel la CME devrait voter. Tout plaide en effet, selon lui, en faveur du transfert d'activités proposé ce jour à la CME.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** souligne la nécessité que le transfert des praticiens attachés s'effectue avec le maintien de leur contrat de travail.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** répond que les praticiens attachés conserveront leur statut. Le départ vers un centre hospitalier partenaire donnera lieu en outre au maintien de l'échelon du collaborateur concerné.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** rappelle qu'il est arrivé qu'il y ait un transfert sans maintien du CDI du praticien concerné.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que les attachés ne peuvent pas donner lieu à des contrats de mise à disposition.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** objecte que rien n'empêche, pour autant, que ces praticiens puissent garder leurs CDI dans le cadre de leur transfert.

**Le président** invite la future CME à rester vigilante sur l'avenir des personnels médicaux d'Adélaïde-Hautval, notamment des praticiens attachés.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** indique que la collégiale de gériatrie valide le projet proposé ce jour, qu'elle juge tout à fait fondé. Il regrette toutefois que cet hôpital ait eu à pâtir de la mise en œuvre d'une succession de projets erratiques, au fil des ans, ce qui a placé dans l'embarras des équipes soignantes au départ très motivées.

**Le directeur général** affirme que le projet présenté ce jour offre une solution rationnelle au sort de l'hôpital Adélaïde-Hautval, et permet à l'AP-HP de réserver 80 M€ à d'autres types d'investissements, qui figurent au PGFP.

*La CME approuve le projet à l'unanimité.*

## **VIII. Avis sur le volet *Politique technique* du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP**

**M. El Hadi BENMANSOUR** indique que l'AP-HP est le plus grand CHU d'Europe avec :

- ses 7 facultés de médecine ;
- ses dépenses d'exploitation de 7,2 Mrds €/an ;
- ses investissements supérieurs à 400 M€ par an ;
- ses 24 000 lits et places ;
- ses 400 salles d'opérations ;
- ses 95 000 agents dont 2 000 personnels techniques ;
- ses 7 millions de malades ;
- son million de passages aux urgences.

Il ressort du bilan des OIT opérations individualisées de travaux ? du plan stratégique (2010-2014) que les trois thématiques les plus traitées sont celles ayant trait à la sécurité incendie, la sécurité électrique et celle relative aux appareils élévateurs. Elles représentent en effet 106 M€, soit 77 % du total.

6 GH ont réalisé 70 % des OIT (ce qui représente un montant de 96 M sur 138).

1 GH a réalisé 29 M€ des OIT, soit 21 % du total.

Les grands objectifs qui seront poursuivis consisteront à :

- mettre en conformité les installations, en continuité du plan stratégique de 2010-2014 ;
- assurer la continuité de service des hôpitaux, PIC et services centraux ;
- développer progressivement la maintenance préventive ;
- maîtriser les coûts de maintenance et d'exploitation des bâtiments ;
- promouvoir une démarche écologiquement responsable.

Pour y parvenir, il sera nécessaire de travailler sur 3 axes de progression et 11 thématiques. Il conviendra notamment de :

- améliorer et faire évoluer nos organisations ;
- informatiser les processus ;
- former les personnels techniques en fonction de l'évolution des métiers.

Dans le cadre du plan stratégique 2015-2019, les axes suivants seront travaillés :

- **Axe n°1 :**  
augmenter les investissements pour plus de conformité et de sécurité des installations techniques par rapport au plan 2010-2014, avec un objectif plancher de 45 M€ par an.
- **Axe n°2 :**  
maintenir l'effort consacré à la sécurité incendie, avec doublement de l'enveloppe par rapport aux réalisations de la période 2010 et 2014.
- **Axe n°3 :**  
répartir plus équitablement les investissements, en adéquation avec la gestion des risques.
- **Axe n°4 :**  
contribuer aux enjeux environnementaux par le portage de projets de maîtrise de consommation d'énergie dans l'esprit, en tant que de besoin, de l'accord-cadre conclu avec l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) le 9 novembre.
- **Axe n°5 :**  
contrat d'objectifs et de moyens entre la direction Générale et les GH, en vue de satisfaire la réalisation de ce plan, sachant que le financement des opérations de politique technique est majoré par des opérations du plan de travaux et les OID opérations individualisées déconcentrées. L'effort de mise en conformité et en sécurité des bâtiments et installations techniques de l'AP-HP se situerait donc autour de 400 M€ sur la période 2015-2019.

**M. Guy BENOIT** s'étonne que tout ce qui concerne les réseaux informatiques ne figure pas, dans les opérations de maintenance listées dans la présentation, alors que ce type d'équipements pose souvent des problèmes, sur le terrain.

**M. El Hadi BENMANSOUR** confirme que les réseaux informatiques ne sont pas couverts par cette enveloppe, qui cible d'autres types de travaux.

**M<sup>me</sup> Amélie VERDIER** signale que la remise à plat du schéma directeur informatique, actuellement en cours, sera présentée à la CME au printemps 2016.

**Le P<sup>r</sup> Fabien KOSKAS** s'étonne que la climatisation ne fasse pas partie non plus de cette politique technique du plan stratégique.

**Le président** juge tout à fait urgent de climatiser les services d'hospitalisation pour tenir compte du réchauffement climatique. Les patients souffrent de la chaleur en plein été et les périodes de canicule vont se multiplier.

**M<sup>me</sup> Anne VERDIER** explique que tous les nouveaux bâtiments de l'AP-HP sont plutôt réfrigérés que climatisés. Prévoir de la climatisation de manière systématique dans toutes les nouvelles constructions serait en effet très consommateur d'énergie, ce qu'il ne répondrait pas aux critères du développement durable.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souligne que les systèmes de climatisation ont tendance à favoriser la propagation des risques infectieux. Ceci explique qu'ils ne constituent pas nécessairement la solution la plus appropriée en milieu hospitalier.

**Le président** confirme la nécessité de recueillir l'avis des biologistes et des infectiologues avant d'installer ce type d'équipements dans les établissements accueillant des patients.

*La CME approuve le volet « Politique technique » du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP à l'unanimité moins une voix contre.*

## **IX. Avis sur la proposition du directeur général de l'AP-HP pour la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers**

**M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ** indique que :

- **478 postes ont été recensés, avec ou sans candidat :**
  - ▶ 19 ont été retirés ou classés sans objet.
- **275 postes ont été classés A :**
  - ▶ 246 publiés au 1<sup>er</sup> tour 2016 pour une nomination au 1<sup>er</sup> juillet 2016 ;
  - ▶ 11 « temps continu » publiés au 1<sup>er</sup> tour 2016 ;
  - ▶ 12 postes de MAR financés « hors 0,4 % » ;
  - ▶ 19 postes publiés au 2<sup>nd</sup> tour pour une nomination au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et dont certains sont validés « sous réserve de l'étude médico-économique à réaliser en juin 2016 ».
- **167 postes ont été classés C ;**
- **101 postes émargent à l'enveloppe des 0,4 %**

*Ce point fait l'objet d'une approbation unanime de la CME.*

**Le directeur général** remercie les groupes hospitaliers et les communautés médicales des GH pour leur contribution active à cet exercice éminemment difficile.

*La CME approuve cette proposition à l'unanimité*

## **X. Bilan du programme d'action de la CME pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers à l'AP-HP (QSS & CAPCU) 2013-2016 et avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP institutionnalisant la cellule QSS & CAPCU**

**Le président** rappelle les termes du code de la santé publique (art. L6143-7) : « *Après concertation avec le directoire, le directeur [général] décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration de la QSS & CAPCU* ». « *Le président de la CME [...] coordonne la politique médicale de l'établissement* ». Améliorer la QSS & CAPCU constitue le principal moteur de la politique médicale. Elle est au cœur des missions de la CME.

Le président a créé et préside la cellule QSS & CAPCU en juin 2012. Elle permet de faire travailler ensemble :

- la CME, dont le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins (P<sup>r</sup> Christian RICHARD) et la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX) ;
- les représentants des paramédicaux de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), de la DOMRU, de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ;
- les responsables de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH), du développement professionnel continu (DPC) et des comités centraux liés à la QSS : comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP), commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS), comité de coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIRIS).

La cellule se réunit tous les mois et ses comptes rendus sont publiés sur le site Internet de la CME (<http://cme.aphp.fr>). Elle prépare au moins un thème qui est mis à l'ordre du jour de chaque CME plénière. Elle a conçu le programme d'action 2013-2016 de l'AP-HP pour l'amélioration de la QSS & CAPCU qui a été présenté à la CME et aux instances centrales en mai et juin 2013. Il décline 9 priorités.

1. Événements indésirables graves (ÉIG) liés aux soins (pilotes : D<sup>r</sup> Marie-Laure PIBAROT, P<sup>rs</sup> Christian RICHARD et André LIÉNHART) :
  - Augmenter le nombre de déclarations d'ÉIG : de 21 en 2013, il est passé à 46 en 2014. En juillet 2015, il était de 41.

- Développer les revues de morbidité et mortalité (RMM) : en 2015, elles étaient pratiquées dans 75 % des services « à risque » et dans 50 % des autres services. Il existe encore des marges de progression.
2. Mettre en œuvre le DPC, partie intégrante de la QSS (D<sup>r</sup> Stéphane DAVID, P<sup>rs</sup> Daniel SÉRÉNI et Serge HERSON) :
    - les actions d'évaluation des pratiques professionnelles (ÉPP) recensées dans la base AP<sup>2</sup> ont alimenté le DPC (D<sup>r</sup> Nicole PÉRIER, M<sup>me</sup> Véronique BINET-DÉCAMPS) ;
    - l'organisme de DPC (ODPC) de l'AP-HP a été agréé ;
    - l'AP-HP a choisi de ne pas adhérer à l'ANFH (association nationale pour la formation permanente des personnels hospitaliers) ;
    - un important travail de veille réglementaire et d'informatisation a été réalisé ;
    - la formation continue des médecins (FCM) de l'AP-HP a poursuivi sa progression.
  3. Certification de la Haute Autorité de santé (HAS) (D<sup>r</sup> Nicole PÉRIER, puis M<sup>me</sup> Véronique BINET-DÉCAMP) :
    - **V2010** : accompagnement et bilan (septembre 2015)
    - **V2014** : préparation et information.
  4. Bonnes pratiques soignantes paramédicales (M<sup>mes</sup> Geneviève LADEGAILLERIE et Françoise ZANTMAN, M. Fred SOPTA)

Les paramédicaux ont souhaité donner une priorité à la prévention des escarres de décubitus et ont défini des critères d'évaluation (utilisation de fiches techniques, prévalence). La prévalence connaît une baisse modeste entre 2012 et 2015 ; sans oublier toutes fois que l'escarre est aussi un marqueur de gravité de la maladie, pas seulement un marqueur de la qualité des soins.

5. Infections associées aux soins
  - Lutte contre la diffusion des entérobactéries résistantes aux antibiotiques (D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, P<sup>r</sup> Christian RICHARD)  
L'accent a été mis la friction hydro-alcoolique (progression de 10 %), la gestion des excréments (équipements, formations), le repérage et le contrôle des souches hautement résistantes ;
  - Maîtrise des consommations antibiotiques : lancement du plan antibiotiques de l'AP-HP en 2015.
6. Qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse (M<sup>mes</sup> Véronique BINET-DÉCAMPS et Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS, P<sup>rs</sup> Béatrice CRICKX et Philippe LECHAT)

Les ÉIG les plus graves sont d'origine médicamenteuse. L'équipe a beaucoup travaillé sur la validation pharmaceutique des prescriptions, la création de comités de retour d'expérience (dans 10 GH sur 12) et les actions de sensibilisation et de formation des personnels.



7. Troubles nutritionnels (P<sup>f</sup> Jean-Claude MELCHIOR, D<sup>f</sup> Jean-Fabien ZAZZO)

- Développement du dépistage au début du séjour : en 2013, l'indice de masse corporelle (IMC) était mentionné dans 51 % des dossiers seulement en 2013.
- Mise en œuvre d'un plan de lutte contre la dénutrition en cancérologie et en chirurgie programmée.

8. Lutte contre la douleur et développement des soins palliatifs

*Lutte contre la douleur* (D<sup>f</sup> Anissa BELBACHIR) :

- amélioration de la traçabilité : diffusion de l'échelle visuelle analogique (ÉVA) ;
- développement de la prescription d'antalgique assistée par smartphone ;
- promotion et généralisation à l'AP-HP d'une nouvelle technique de ponction lombaire (nouvelles aiguilles et mode de ponction) réduisant l'incidence des céphalées post-traumatiques : diffusion de matériel hypo-traumatique, actions de formation sur des mannequins d'entraînement ;
- réflexion sur un programme de réhabilitation rapide après chirurgie qui sera lancé en 2016.

*Soins palliatifs* (D<sup>f</sup> Pascale VINANT) :

- réflexion sur une procédure de recueil et de conservation des directives anticipées ;
- promotion de la prise en charge des patients en lits identifiés de soins palliatifs.

9. Accueil et de la prise en charge des usagers (M<sup>me</sup> Sophie BENTÉGEAT, P<sup>f</sup> Gérard REACH, D<sup>f</sup> Nicolas DANTCHEV, M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN)

- généralisation des enquêtes en ligne pour évaluer la satisfaction des patients ;
- création d'un groupe *ad hoc* de la CME et réflexion approfondie sur la notion d'hospitalité ; organisation d'une journée de sensibilisation des professionnels de l'AP-HP à la déclinaison concrète de ce concept dans l'approche des patients et usagers ;
- évolution progressive et bilatérale des mentalités en matière de démocratie sanitaire ; souci du respect des textes en vigueur.

**Le président** remercie tous les membres de la cellule QSS & CAPCU pour leur implication et les résultats déjà obtenus. La QSS & CAPCU permettent de faire travailler ensemble les soignants autour d'objectifs partagés. La cellule s'est avérée mobilisatrice et efficace. Elle doit poursuivre son action. L'engagement de la CME et de son président est essentiel à la poursuite de ces efforts. Trois sujets devront plus particulièrement retenir leur attention :

- l'informatisation du dossier médical des patients ;
- une meilleure association des GH au pilotage central ;

- la reconnaissance officielle du temps médical dédié à l'amélioration de la QSS & CAPCU, le bénévolat n'étant pas une solution durable. Il faut professionnaliser la QSS & CAPCU qui doit devenir une part obligatoire des missions des praticiens.

**Le président** soumet à l'avis de la CME une modification du règlement intérieur de l'AP-HP institutionnalisant la cellule QSS & CAPCU. *La CME approuve à l'unanimité la modification du règlement intérieur de l'AP-HP.*

## **XI. Adieux et remerciements du président de la CME**

Afin de dresser le bilan de son action à la tête de la CME, **le président** a relu la profession de foi qu'il avait présentée au moment de son élection, le 10 janvier 2012. Le retour aux engagements pris lui semble la manière la plus honnête de rendre compte de son mandat.

Reprenant les termes de sa profession de foi, il les commente un à un.

« *Objectifs :*

– *Nous devons préserver :*

- *le service hospitalier public solide dans un contexte social et économique qui va le rendre encore plus vital et salutaire pour la population ;*
- *l'AP-HP unie, hospitalière et universitaire, dans et hors les murs de Paris, en harmonie avec les autres établissements qui partagent ses missions. »*

a. La CME a atténué l'effet « boulevard périphérique » au sein de l'AP-HP. L'objectif n'est pas encore totalement atteint mais la barrière tend à s'effacer et les hôpitaux *extra muros* sont aujourd'hui reconnus comme des bastions avancés de l'AP-HP, qui en garantissent l'avenir. Le président s'est efforcé d'être le même président pour tous les hôpitaux de l'AP-HP. En témoignent les reproches qu'ont pu lui faire certains médecins de l'HEGP, son hôpital d'origine qu'il n'a pas cherché à favoriser spécialement.

b. Encouragé par l'ARS, le président est allé à la rencontre des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France et est allé visiter tous les plus grands. Cette politique a préparé le terrain aux accords de partenariat entre l'AP-HP et les CH de Gonesse, Eaubonne-Montmorency et Aulnay-sous-Bois pour restructurer l'hôpital Adélaïde-Hautval. Mis au point par le directeur général, ils n'ont été possibles que parce que la communauté médicale a adhéré à cette politique d'échanges. Il en ira de même pour le CH Sud Francilien, et pour d'autres hôpitaux encore, dans le cadre prochain des GHT (groupements hospitaliers de territoire).

Le dialogue a été plus compliqué avec les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) : l'AP-HP est d'autant plus en concurrence avec eux (en raison de la T2A) qu'elle partage les mêmes territoires. Instaurer un dialogue avec le secteur privé lucratif n'a pas abouti, faute d'intérêts immédiatement partagés. Rien de constructif non plus n'a pu se faire avec les médecins libéraux, notamment généralistes, malgré les tentatives autour de l'Hôtel-Dieu. Les efforts doivent néanmoins se poursuivre, sans découragement, car le parcours du patient va devenir une norme tarifaire, avec une enveloppe budgétaire à partager entre les divers intervenants qui devront mieux se coordonner entre eux.

c. L'union de l'AP-HP a souvent été contestée pendant son mandat et le président a pu finir parfois par avoir des doutes sur sa pertinence. À la fin de son mandat, ces doutes sont

définitivement levés. Dans les circonstances exceptionnelles des attentats du 13 novembre, l'AP-HP a montré combien son unité était utile à la population d'Île-de-France. Cela est aussi vrai dans beaucoup d'autres circonstances, notamment dans la contribution hospitalo-universitaire au progrès médical.

- *« Pour cela, il nous faut :*
  - *« adapter nos structures à celles d'un établissement moderne capable de répondre aux exigences techniques et économiques de notre temps, pour continuer à être un puissant moteur du progrès médical en France ;*
  - *trouver un fonctionnement harmonieux de la CME centrale et des CME locales pour que l'application intégrale de la nouvelle gouvernance, telle que la loi HPST l'a établie, tienne pleinement compte de la pensée médicale ;»*
- d. La CME n'a négligé aucun moyen pour maintenir la technicité de l'AP-HP au plus haut niveau et pour préserver ses effectifs médicaux. Cela en valait la peine car c'est tout l'avenir de notre capacité à toujours mieux soigner qui est en jeu.
- e. Le président de la CME et les 12 présidents de CMEL ont essuyé les plâtres de la nouvelle gouvernance. Des frictions, collectives, mais jamais individuelles, ont eu lieu sur leurs domaines de compétences respectifs car la loi HPST ignore les CMEL. À la faveur de dîners mensuels, une bonne entente générale s'est établie, permettant d'unifier la communauté médicale malgré son organisation en toile d'araignée. Le découpage en 12 GH n'a pas tracé les pointillés annonçant la fragmentation de l'AP-HP.
- f. La nouvelle gouvernance s'est mise en place difficilement. Au début du mandat, il existait une direction de la politique médicale. Depuis une douzaine d'années, son directeur était un médecin nommé par le directeur général, qui était en fait un autre président de CME mais non élu, pendant que le président élu ressemblait un peu au président René Coty, qui « coupait les rubans ». Mais, en lisant bien la loi HPST, on découvrirait tout autre chose. Elle attribue la responsabilité de la politique médicale et de la QSS & CAPCU au président élu par la CME, conjointement avec le directeur général. C'est ce modèle qui est aujourd'hui en vigueur et qui doit demeurer, avec une DOMRU au service du directeur général et du président de la CME.

#### *« Méthodes*

- *Concertation : rien ne peut se construire sans une CME à l'écoute du terrain et des spécialités ; les décisions prises en petit comité ont suffisamment montré leurs limites pour que nous ne persistions pas dans cette manière d'échouer pour rester immobiles. Bien présider la CME, c'est d'abord et avant tout partager et entendre.*
- *Transparence : seul élu de la CME à avoir jamais régulièrement et largement diffusé des nouvelles sur ses réunions mensuelles (<http://www.smhparis.com>), je veillerai à ce qu'elle se dote d'un système d'information à la hauteur de ses missions collectives.*

*Si vous m'honorez de votre confiance, je considérerai ma présidence comme incompatible avec mon actuelle chefferie de service : j'en démissionnerai pour mettre mon temps au service de nos intérêts communs et pour recouvrer l'indépendance d'esprit que vous êtes en droit d'attendre de moi. »*

- g. Présider la CME, c'est y consacrer au moins 80 % de son temps : réunions, étude des dossiers, visites extérieures, etc., c'est un travail énorme.
- h. Le cabinet et le site Internet de la CME sont d'une utilité vitale. Le président salue tout particulièrement le travail colossal accompli par M<sup>me</sup> Catherine RAVIER tout au long de son mandat. Il ne saurait que trop recommander à son successeur de maintenir cette organisation de son cabinet.

À ce retour sur sa profession de foi du 10 janvier 2012, le président ajoute des regrets.

- i. L'Hôtel Dieu reste un problème sans solution politique médicalement acceptable ; il en lègue la recherche à son successeur.
- j. Les relations avec les UFR médicales ont été excellentes individuellement mais inexistantes collectivement. À la différence des relations avec les présidents de CMEL, elles ne se sont pas améliorées au fil du temps. Aucune relation n'a pu s'établir entre la conférence des doyens et le président de la CME. C'est éminemment regrettable car ils ont beaucoup de choses à discuter ensemble : nominations hospitalo-universitaires sur lesquelles la CME vote, évolution de leur statut, notamment.
- k. La CME a vécu sur un règlement intérieur dont le président a découvert trop tardivement qu'il n'avait jamais été voté. Le revoir et le faire adopter est une urgence prioritaire pour la prochaine mandature. Il faut fixer l'organisation de la CME, notamment des sous-commissions. En particulier, l'existence de la sous-commission *Vie hospitalière* (sCVH) ne doit pas être remise en cause ; elle doit figurer dans le règlement intérieur pour accroître sa force et son efficacité. Il ne fait pas de doute que le prochain président de la CME devra réunir un groupe de travail et le faire voter très rapidement.

**Le président** remercie la direction générale et les directions du siège, avec qui le dialogue a parfois été houleux mais toujours fructueux. Il remercie tous les membres de la CME avec lesquels il a eu plaisir à travailler durant les quatre années qui viennent de s'écouler, et tout spécialement les présidents et vice-présidents des sous-commissions, et ses deux vice-présidents, le D<sup>f</sup> Georges SEBBANE et le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS, dont les conseils et les encouragements lui ont toujours été très précieux.

*La séance est levée à 12 heures 15 ; elle est suivie d'un « pot d'adieux » offert par la direction générale.*