

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 5 MARS 2019

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 2 AVRIL 2019

SOMMAIRE

I.	Informations du président de la CME	6
II.	La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP » : propositions du groupe de travail	12
III.	Point sur la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie	15
IV.	Nouvelle présentation des services médicaux sur le site internet de l'AP-HP assortie d'indicateurs de satisfaction des patients	17
V.	Plan d'action de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS)	19
VI.	Bilan de l'évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS)	20
VII.	Approbation du compte rendu de la CME du 5 février 2019	21
VIII.	Questions diverses	21

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT DE L'AP-HP
RÉUNION DU MARDI 5 MARS 2019
16h30 à 20h00, salle des instances, 3 avenue Victoria, Paris 4^e

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)
2. La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP » : propositions du groupe de travail (P^r Catherine BOILEAU, D^r Anne GERVAIS) – exposé de 5 minutes
3. Point sur la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie (M. Pierre-Emmanuel LECERF) – exposé de 5 minutes
4. Nouvelle présentation des services médicaux sur le site internet de l'AP-HP assortie d'indicateurs de satisfaction des patients (P^r Rémi SALOMON, M^{mes} Pascaline VILLIÉ et Véronique DROUET) – exposé de 5 minutes
5. Plan d'action de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS) : bilan 2018, projets 2019 (P^r Philippe LECHAT) – exposé de 5 minutes
6. Bilan de l'évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS) (P^r Catherine BOILEAU, M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE) – exposé de 5 minutes
7. Approbation du compte rendu de la CME du 5 février 2019
8. Questions diverses

Assistent à la séance

Avec voix délibérative :

P ^r Nelly	ACHOUR	P ^r Olivier	HÉLÉNON
P ^r Yves	AIGRAIN	D ^r Olivier	HENRY
P ^r Joël	ANKRI	P ^r Dominique	ISRAËL-BIET
P ^r Jean-Yves	ARTIGOU	P ^r Paul	LEGMANN
P ^r Thierry	BÉGUÉ	P ^r Michel	LEJOYEUX
P ^r Sadek	BELOUCIF	P ^r Laurent	MANDELBROT
D ^r Guy	BENOÎT	D ^r Lucile	MUSSET
P ^r Catherine	BOILEAU	D ^r Isabelle	NÈGRE
D ^r Anne-Reine	BUISINE	P ^r Rémy	NIZARD
P ^r Jean-Claude	CAREL	D ^r Patrick	PELLOUX
P ^r Pierre	CARLI	P ^r Michel	PEUCHMAUR
P ^r Philippe	CORNU	P ^r Claire	POYART
D ^r Nathalie	DE CASTRO	P ^r Dominique	PRIÉ
D ^r Sonia	DELAPORTE CERCEAU	M. Rémy	PIERAGOSTINI
P ^r Marysette	FOLLIGUET	M ^{me} Caroline	RAQUIN
P ^r Noël	GARABÉDIAN	P ^r Christian	RICHARD
P ^r Pascale	GAUSSEM	D ^r Frédéric	RILLIARD
P ^r Bertrand	GODEAU	M ^{me} Isabelle	RIOM
P ^r François	GOFFINET	P ^r Rémi	SALOMON
P ^r Bernard	GRANGER	P ^r Éric	THERVET
P ^r Bertrand	GUIDET	P ^r Nicolas	THIOUNN
D ^r Christian	GUY-COICHARD	D ^r Christophe	TRIVALLE

avec voix consultative :

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes

en qualité d'invités permanents :

- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Yvette NGUYEN, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

les représentants de l'administration :

- M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M. Timothée MANTZ, direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- M^{me} Isabelle MOUNIER-EMEURY, direction des patients, des usagers et des associations (DPUA)

– **Secrétariat de la CME :**

M^{mes} Isabelle PLANTEC et Géraldine DELIOT (DOMU)

– **Représentants de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) :**

- M. le D^r Pierre FOUCAUD

– **Membres excusés :**

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Philippe ARNAUD, Emmanuel BARREAU, Lynda BENSEFA-COLAS, Olivier BENVENISTE, Catherine BERNARD, Francis BONNET, Marie BORNES, Clara BOUCHÉ, Stanislas CHAUSSADE, Françoise BOTTEREL-CHARTIER, Nathalie CHARNAUX, Gérard CHÉRON, Bruno CRESTANI, Yves COHEN, Sophie CROZIER, Nicolas DANTCHEV, Patrick DASSIER, Jacques DURANTEAU, Alain FAYE, Anne GERVAIS, Marianne LERUEZ-VILLE, Véronique MOLINA, Jean-Marc NACCACHE, Antoine PELHUCHE, Valérie PERUT, Élisabeth PORSMOQUER, Bruno RIOU, Thomas SIMILOWSKI, Namik TARIGHT, Jean-Marc TRÉLUYER, Noël ZAHR, Michel ZÉRAH

- M^{me} et MM. Sophie GUILLAUME, Arthur DAUPHIN, Victor DESPLATS, Yann FLÉCHER, Jean-Vincent LAQUA et Loïc MORVAN.

La séance est ouverte à 16 heures 35, sous la présidence du P^r Noël GARABÉDIAN.

I. Informations du président de la CME

LA CME rend hommage au **D^r Catherine COSTA**, praticien hospitalier en génétique à l'hôpital Cochin, décédée à l'âge de 61 ans.

Une minute de silence est observée.

Calendrier des élections

Le président annonce que, suite au courrier que le directeur général et lui-même lui avaient adressé, M^{me} Cécile COURRÈGES, directrice générale de l'offre de soins (DGOS), a répondu, par un courrier du 22 février, que les mesures envisagées pour prolonger les mandats des CME des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire (GHT) ne concerneraient pas la CME de l'AP-HP. Le calendrier des élections de la CME et des CMEL de l'AP-HP est donc maintenu. Le mandat actuel de la CME de l'AP-HP s'arrêtera donc bien le 22 décembre 2019. Elle tiendra sa dernière réunion plénière le 3 décembre.

Groupe de travail sur la CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP »

Un groupe *ad hoc* de la CME travaille sous la houlette du P^r Catherine BOILEAU et du D^r Anne GERVAIS, avec la participation de la DOMU et de la direction des affaires juridiques (DAJ) sur la composition des CME et CMEL dans la « nouvelle AP-HP » et réfléchit aux délégations de compétences souhaitables du président de la CME aux présidents des CME locales (CMEL) et de la CME aux CMEL. Une rencontre avec la direction générale sera organisée le 19 mars pour échanger sur les propositions du groupe qui sont à l'ordre du jour de cette séance.

« Ma santé 2022 »

Le ministère en charge de la santé a de nouveau lancé plusieurs sujets de réflexion (gouvernance, qualité de vie au travail...) sur lesquels des groupes de travail sont constitués avec la conférence des présidents de CME de CHU et la conférence des directeurs généraux de CHU. Les assises HU ont déjà abouti à un excellent rapport, qui n'a pas été utilisé pour le moment. **Le président** participe au groupe de travail sur l'évolution des carrières professionnelles et des statuts avec les P^{rs} Érik LEGRAND, président de la CME du CHU d'Angers, et Olivier CLARIS, président de la CME des Hospices civils de Lyon.

Mission recherche

Le directeur général et le président ont co-signé une lettre de mission le 1^{er} mars à l'intention des P^{rs} Gabriel STEG, vice-président du directoire chargé de la recherche, Catherine BOILEAU, présidente de la sous-commission *Recherche, innovation, Université* (SIRU), et de M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, pour réfléchir à la stratégie de recherche de l'AP-HP. La réflexion comportera deux grands volets : dynamiser la recherche à l'AP-HP et structurer la recherche et l'innovation dans le cadre de la « nouvelle APHP ». Un point d'étape est prévu fin avril ou début mai et sera présenté à la CME.

INSERM

M. Gilles BLOCH a été nommé directeur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et les premiers contacts avec l'AP-HP laissent augurer qu'il sera possible de progresser ensemble pour la recherche.

Entrepôt de données de santé

Le sujet est reporté à la CME du mois avril car il n'est pas prêt et en raison de l'indisponibilité du P^r Michel ZÉRAH aujourd'hui. Le sujet est extrêmement important et il convient de progresser rapidement, puisque l'AP-HP figure parmi les précurseurs pour le moment et ne doit pas prendre de retard, tout en évitant la précipitation et en cadrant bien le dispositif pour éviter tout futur ennui.

Directoires des 19 et 26 février 2019

- Le P^r Dominique PATERON a présenté des propositions pour une nouvelle stratégie 2019-2023 pour les urgences Elles seront débattues à la CME du 2 avril.
- Suite à la décision gouvernementale de fermer prochainement l'institut national de transfusion sanguine (INTS), l'AP-HP et l'Université ont été sollicitées pour en reprendre les activités. Le directeur général a mis en place un comité de pilotage composé du P^r Xavier JEUNEMAÎTRE et d'administratifs. Un pré-projet doit être remis mi-avril, pour une présentation à la CME avant le 30 juin.
- À l'occasion de la présentation de l'état des réflexions sur la constitution des départements médico-universitaires (DMU) de « aphp.6 », l'objectif de parité hommes/femmes des directeurs médicaux de DMU, estimé au niveau des groupes hospitaliers (GH), a été rappelé. Il conviendra de s'assurer que l'équilibre est bien respecté. Les gouvernances sont essentiellement masculines, ce qui constitue un vrai souci, auquel il faut remédier. Un autre objectif important pour la crédibilité des directeurs médicaux de DMU est d'éviter les cumuls de fonctions avec les chefferies de service. Seules de rares exceptions pour des cas particuliers pourront être étudiées. Les directeurs médicaux de DMU seront nommés par le directeur général sur proposition conjointe du président de la CME et du vice-président doyen du directoire.
- Le D^r Florence VEBER et le P^r Didier HOUSSIN ont exposé le bilan de la délégation aux affaires internationales et de la filiale *AP-HP Internationale*. Ils viendront le présenter à une prochaine CME. **Le président** salue le travail de la délégation et de la filiale.

Internat

Le président a reçu le P^r Benoît SCHLEMMER et M^{me} Isabelle RIOM, vice-présidente de l'inter syndicale nationale des internes (ISNI), à qui M. Aurélien ROUSSEAU, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) a confié une mission sur l'internat en Île-de-France. Le P^r Jean-Yves ARTIGOU était présent. L'objectif est de réfléchir aux problèmes posés par la répartition des internes, d'étudier l'impact de la réforme du 3^e cycle des études médicales et de réfléchir plus globalement sur les effectifs d'internes alloués à l'Île-de-France. Le président se déclare très favorable à cette réflexion. Il convient aussi de prêter attention aux problèmes qui se posent dans

certains services d'aval des urgences, de gériatrie et d'urgences. Il convient de veiller aux équilibres. L'AP-HP doit rester un élément moteur pour les stages de CHU, particulièrement pour les internes de médecine générale où se posent les problèmes les plus nombreux.

Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

L'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) a organisé une réunion très fructueuse sur les GHT. Le président, le directeur général et M. François CRÉMIEUX y participaient. Un enthousiasme émanant de plusieurs centres hospitaliers (CH) et GHT a été ressenti à l'idée de collaborer avec l'AP-HP et le CHU d'Île-de-France. Des progrès ont été accomplis sur la manière d'appréhender nos rapports et coopérations. Certains intervenants ont félicité l'AP-HP de l'ouverture des DMU aux autres établissements et déclaré vouloir y participer. Les services comptant des universitaires sont plus particulièrement intéressés par cette collaboration. Ce mouvement doit permettre d'anticiper sur le Grand-Paris, et d'adapter notre organisation régionale aux évolutions démographiques qui voient augmenter la population de plus en plus, non plus en *intra muros*, mais en *extra muros*.

Lutte contre l'antisémitisme et le racisme

Le président revient sur l'augmentation des actes antisémites dans notre pays. Malheureusement, la communauté hospitalière n'est pas épargnée. Les récents événements sont une honte pour notre société et notre pays. **Le président** s'élève avec la plus grande fermeté contre tout acte de racisme ou d'antisémitisme et souhaite que toute la communauté médicale s'associe à ses propos. La plus grande vigilance doit être de mise et la communauté médicale ne doit laisser passer aucun acte ou comportement raciste ou antisémite.

À l'unanimité, la CME s'associe aux propos du président.

Informations du directeur général

Le directeur général apporte quelques informations sur les mouvements dans les équipes de direction intervenus récemment et à venir.

L'arrivée de la nouvelle directrice de cabinet, M^{me} Anne RUBINSTEIN, est consécutive au départ de M. Jérôme ANTONINI, nommé adjoint au directeur préfigurateur de « aphp.5 » en remplacement de M. Vincent-Nicolas DELPECH, nommé directeur préfigurateur de « aphp.7 ».

M. Christophe KASSEL arrivera le 1^{er} avril prochain pour préfigurer le nouveau GH entre les hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) et Paris Île-de-France Ouest (HUPIFO).

Par ailleurs, une réflexion est menée pour proposer de nouvelles appellations aux GH, qui permettent de sortir des numérotations provisoires.

Départements médico-universitaires

Les modifications du règlement intérieur qui ont recueilli un avis favorable lors de la dernière CME ont été adoptées par le conseil de surveillance suivant ; les discussions relatives aux DMU se poursuivent dans les groupes hospitaliers.

Des membres de la CME pourraient être désignés pour participer au groupe de travail chargé de définir le contenu des formations qui seront proposées à la nouvelle gouvernance des DMU. Ces sessions devront être rapidement opérationnelles pour débiter dès le mois de septembre 2019.

Usage d'ORBIS et confidentialité

Une note sera prochainement diffusée avec le président de la CME, à l'attention de l'ensemble des personnels de l'AP-HP, sur l'usage d'ORBIS à d'autres fins que de participer à la prise en charge d'un patient. Des exemples scandaleux de curiosité illégitime sont observés, qui peuvent concerner tous ceux ayant accès à ORBIS, qu'ils soient médecins ou paramédicaux. Des enquêtes seront régulièrement menées et si nécessaire des poursuites disciplinaires lancées. La traçabilité complète des consultations est possible, en conséquence il est facile de savoir qui a consulté un dossier et de connaître l'heure et le lieu de la consultation. Des sondages aléatoires seront donc menés, ainsi que des enquêtes ciblées, éventuellement. La puissance du système d'information ne doit pas être dévoyée.

Robots chirurgicaux

L'AP-HP est dorénavant dotée de 13 robots chirurgicaux dont 12 sont déjà en fonctionnement ; celui de Robert-Debré sera mis en exercice dès le mois d'avril.

Certification

Le GH HUPIFO a finalement obtenu une certification de niveau B, après avoir fait un recours, ce qui est plus cohérent avec la qualité des soins qui y sont prodigués. Les recommandations ont été prises en compte.

Une réunion est organisée afin de contractualiser avec la Haute Autorité de santé (HAS) les modalités de certification de la V2020, dans le cadre de la nouvelle configuration de l'AP-HP, avec une probable certification par site. Cette nouvelle version devrait s'accompagner d'une simplification de la démarche.

Tarifs hospitaliers

L'augmentation des tarifs hospitaliers annoncée par la ministre de la Santé sera prise en compte lors de la prochaine décision modificative. Cette décision devrait permettre de conforter la politique de remplacement des congés maternité, et de renforcer les équipes de suppléance.

Institut national de transfusion sanguine (INTS)

M. François CRÉMIEUX rappelle que le Gouvernement a décidé la dissolution de l'INTS au plus tard le 30 juin 2019. L'INTS est un groupement d'intérêt public dont la mission est complémentaire de l'établissement français du sang (ÉFS). L'établissement français du sang a la mission de service public de garantir l'autosuffisance de la France en produits sanguins avec la responsabilité de toute la chaîne transfusionnelle de la collecte à la délivrance. L'INTS a une activité d'expertise, notamment autour des sangs rares, de formation à la prescription et à la délivrance des produits sanguins et une activité de recherche en lien avec une unité INSERM.

L'AP-HP a été sollicitée par la direction générale de la santé (DGS) pour accompagner cette dissolution de l'INTS, l'objectif étant que ces activités soient reprises par l'ÉFS, l'AP-HP ou

l'Université, les facultés de médecine d'Île-de-France ayant une compétence particulière dans ces domaines (notamment en recherche) sont Paris 5, Paris 6, Paris 7 et Créteil. La DGS souhaite maintenir au mieux l'unité de lieux des structures internes de l'INTS dans leur future organisation. La DGS a pré-identifié Paris-Descartes (et donc la future université de Paris), au titre notamment du rattachement de l'actuelle unité mixte de recherche (UMR).

L'étape qui s'ouvre est techniquement compliquée pour comprendre (et distinguer) les différentes missions de l'INTS et mesurer les enjeux de gestion financière et des ressources humaines. L'INTS était une structure autonome et indépendante, avec des coûts de gestion importants. Des sujets de reconstruction d'un projet hospitalo-universitaire ambitieux seront soulevés autour de la filière sang. Ce travail est piloté par M. François CRÉMIEUX avec le P^r Xavier JEUNEMAÎTRE. Des informations plus précises sur les modalités de reprise de l'activité seront présentées à la prochaine CME.

Le P^r Bertrand GODEAU demande que le GH Henri-Mondor et l'université Paris-Est Créteil (UPEC) participent aux débats dans la mesure où historiquement, la transfusion a toujours été une thématique fortement représentée au sein du groupe et où les seuls universitaires de transfusion de l'Île-de-France s'y trouvent actuellement. Il serait à ses yeux regrettables qu'un pôle hospitalo-universitaire d'excellence en transfusion soit créé sans que le GH et l'UPEC soient associés à la démarche.

M. François CRÉMIEUX le confirme. Des échanges ont eu lieu avec le P^r Pierre WOLKENSTEIN. La coopération au sein de l'ensemble de l'AP-HP et des universités ne fait pas débat, mais doit être concrètement mise en œuvre, en associant les équipes scientifiques au projet.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI précise que les universitaires de l'INTS ne sont pas exclusivement de Paris-Descartes, mais aussi de Paris-Diderot.

Le P^r Claire POYART s'enquiert de la date de la décision définitive de relocalisation.

M. François CRÉMIEUX répond par l'affirmative, à terme. La relocalisation ne pourra survenir dès le 1^{er} juillet et la convention avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sur l'occupation des locaux sera très probablement prolongée. L'INTS privilégie une relocalisation à l'identique, dans un autre bâtiment, mais le projet hospitalo-universitaire n'aura d'intérêt qu'en intégrant les activités d'enseignement, de soin et de recherche dans les activités existantes, dans un objectif d'efficience.

M. François CRÉMIEUX répond que le projet doit être défini avant la fin du semestre.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite savoir qui assumera le coût financier et s'il existe une dette.

M. François CRÉMIEUX répond que le budget de l'INTS s'élève à environ 12 M€. À notre connaissance, sans dette, grâce à une subvention significative de la CNAM qui contribue à l'équilibre financier de l'INTS. Les autorités de tutelle (DGS et CNAM) ont pris l'engagement de maintenir le financement. Il n'existe pas de risque à court terme.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si cet engagement couvre les frais de personnel.

M. François CRÉMIEUX confirme qu'à court terme, aucun sujet financier n'est posé pour l'AP-HP.

Activité de l'AP-HP

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que le mois de février est meilleur que celui de 2018, puisque février comptait moins de vacances scolaires en 2019 qu'en 2018, très fort dynamisme de l'hospitalisation partielle. L'hospitalisation conventionnelle progresse de 1 %. Il existe des disparités entre disciplines. La chirurgie, reste sur un tendancier à la baisse avec une diminution d'activité de 2 %. L'activité des urgences augmente fortement, avec 6,3 % passages supplémentaires. En chirurgie, les séjours de plus de deux nuits baissent, notamment en chirurgie viscérale et digestive.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande si l'on voit des impacts grâce au financement supplémentaire avec un codage pour la réhabilitation rapide après chirurgie (RAAC). Il est important que les informations relatives au codage parviennent aux GH.

M. Pierre-Emmanuel LECERF précise que les effets ne sont pas encore visibles.

ORBIS et confidentialité

Le D^r Nathalie DE CASTRO souligne que la diminution du nombre d'internes dans les services retentit sur tout le personnel et les seniors et souhaite que l'impact des dernières réformes ne soit pas sous-estimé. Elle signale par ailleurs que les contrôles aléatoires sur ORBIS peuvent rompre la confidentialité à l'égard des membres de l'AP-HP traités à l'AP-HP. Par ailleurs, les contrôles aléatoires sur ORBIS peuvent rompre la confidentialité des hospitalisations, il convient de mener une réflexion en amont.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER précise que le sujet de la confidentialité via ORBIS sera présenté lors d'une prochaine CME. Les contrôles aléatoires ne constituent qu'un élément d'une politique plus globale. La procédure utilisée pour ces contrôles repose en outre sur une politique extrêmement stricte, avec quelques personnes habilitées seulement, à savoir la déléguée aux protections des données et des médecins du département d'information médicale (DIM) pour assurer le respect du secret médical.

Le président insiste sur la gravité de tels agissements qui méritent des sanctions disciplinaires.

Le P^r Rémi SALOMON souhaite que l'information soit largement diffusée pour que tous les médecins aient bien conscience de la traçabilité de l'outil.

Le directeur général confirme que l'enjeu est énorme en termes de responsabilité. L'information sera relayée au travers des différents outils de communication.

Recouvrement des recettes – paiement par carte bancaire

Le D^r Isabelle NÈGRE s'enquiert de l'évolution du recouvrement des recettes. Le projet présenté sur l'empreinte de cartes bleues ne semble pas bien fonctionner.

M. Jérôme MARCHAND-ARVIER répond que le recouvrement des recettes reste perfectible, mais s'améliore chaque année, avec plusieurs millions d'euros supplémentaires recouverts en 2018. Le système de facturation et gestion administrative des malades (GAM), mis en place à l'été 2017 sur le GH *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP), a initialement rencontré d'importants

problèmes, résolus pour la plupart. Le système a été implanté depuis à Necker et même si le recul n'est pas suffisant, semble y fonctionner mieux.

II. La CME et les CMEL dans la « nouvelle AP-HP » : propositions du groupe de travail

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que le groupe de travail avait pour objectif de réfléchir au rôle des CME et CMEL dans la « nouvelle AP-HP ». Pour la composition de la CME centrale, il est proposé de maintenir les collèges actuels et leurs nombres de sièges. Le collège des chefs de pôle est toutefois voué à l'extinction et ressuscitera sous la forme du collège de DMU.

Le collège des représentants des GH est actuellement composé par les 12 présidents des CME locales des 12 GH. Comme il ne va plus y avoir que 6 GH, il est proposé de maintenir les 12 sièges actuels qui seront occupés par les présidents (PU-PH) et vice-présidents (PH) des 6 futures CME locales et d'y adjoindre 1 HU supplémentaire par GH pour préserver l'équilibre HU-H. Trois sièges seraient proposés par GH.

Pour les CME locales, la composition resterait inchangée, avec les mêmes collèges, le même nombre de sièges. La seule nouveauté serait la création pour chaque site d'un collège du site (composé de tous les électeurs du site) qui élirait son représentant. Ceci permettrait d'assurer la représentativité de chaque site à la CME locale du GH. Au moment des élections, les électeurs participeraient donc à trois élections : une au sein de leur collège pour les postes de la CME centrale, une pour leur collège et les postes associés à la CMEL et une en tant que membre d'un hôpital, au sein du collège de l'hôpital, pour un représentant du site à la CMEL. Il s'avère effectivement important qu'une organisation de la communauté médicale se mette en place au sein de chaque site.

La réflexion a ensuite été orientée sur les missions de la CME centrale et des CME locales. Le président de la CME centrale et la CME doivent définir la stratégie médicale de l'AP-HP, le cadrage de la politique médicale, la solidarité inter-GH. Les présidents de CMEL et les CMEL doivent décliner localement ces stratégies et politiques. Les délégations larges de compétences sont possibles entre le président de la CME et les présidents de CMEL, et entre la CME et les CMEL. Ces délégations supposent une modification du code de la santé publique par décret et du règlement intérieur de la CME.

Sur la révision annuelle des effectifs, il est proposé que la CME centrale rende un avis sur la lettre de cadrage et doit disposer de moyens pour procéder à la redistribution inter-GH. L'objectif est de procéder à un allègement de la procédure centrale. La CME procéderait à une analyse des flux, au niveau central, et proposerait une enveloppe centrale. Il convient donc de réfléchir à un levier que conserverait la CME, en accord avec la direction générale, pour maintenir cette politique institutionnelle.

Le président a entendu de nombreux discours contradictoires sur la déconcentration, l'allègement, l'importance du siège. Un équilibre est proposé, avec une véritable délégation au niveau local pour la révision des effectifs, les chefferies de service ou les responsables des structures internes, mais avec un rôle central de régulateur pour conserver l'unicité de l'AP-HP et la solidarité entre les GH. Si la CME centrale n'avait plus de rôle d'arbitre, il en irait de l'unicité de l'AP-HP.

Le D^r Christophe TRIVALLE demande si la CME sera amenée à voter sur ces propositions et s'enquiert des modalités de la décision.

Le président indique que l'administration formulera sans doute d'autres propositions, même si la CME reste maître de sa destinée. Un mini-séminaire sera organisé avec le P^r Catherine BOILEAU, le D^r Anne GERVAIS, trois présidents de CMEL, l'administration et lui-même avant que le point ne revienne en CME. Si la CME souhaite un vote, ce dernier pourra être organisé.

Le D^r Christophe TRIVALLE s'interroge sur les missions du représentant de chaque site dans les CMEL, considérant que le travail sera important si ce dernier doit animer une sorte de comité consultatif médical (CCM).

Le président indique que, si l'objectif est bien de diminuer le nombre de strates, il convient de déterminer des espaces de dialogue, de concertation, de réflexion et de transmission des informations.

Le D^r Patrick PELLOUX juge le projet flou. Pour moderniser le système électoral, il souhaite savoir si la parité sera intégrée au mode électoral et quel sera l'équilibre entre PH et HU. Dans la représentation des CMEL et de la CME, il s'enquiert du mode de résolution en cas d'éventuels conflits.

Le P^r Catherine BOILEAU répond que seuls 6 sièges supplémentaires sont envisagés au niveau central, soit un total de 90 sièges.

Le président rappelle que l'AP-HP compte 23 000 médecins, internes et étudiants en médecine. Ce nombre ne lui semble donc pas choquant. Il permet de faire que la CME reste une véritable instance de discussion.

Le P^r Catherine BOILEAU ajoute qu'aucune décision n'a été prise en matière de parité. Concernant le nombre de PH et de HU, une majorité de HU existe habituellement et le ratio a été conservé. Enfin, sur le désaccord éventuel entre CME centrale et CME locale, il convient de rappeler qu'une délégation sera donnée aux CME locales. S'il le souhaite, le président de la CME centrale conservera toutefois la main.

Le président explique que de nombreux acteurs réclament une délégation, pour que les décisions soient prises rapidement et en proximité. La délégation vise donc à redonner la parole en proximité. Il est toutefois essentiel de conserver l'unicité de l'AP-HP et une coordination centrale des décisions. Dans la majorité des cas, le processus se déroulera bien. Quand un désaccord surviendra, la décision appartiendra à la CME. Ceci vaudra pour les ventilations de postes comme pour les équilibres budgétaires. Cela permet un bon équilibre entre délégations et rôle central.

Le P^r Christian RICHARD s'interroge sur les missions respectives des CME centrale et locales. La composition de la CME centrale repose actuellement majoritairement sur les représentations collégiales et disciplinaires, qui ne permettent plus de conduire les missions de la CME centrale. La CME ne devrait pas représenter les intérêts spécifiques des spécialités puisque des collèges nationaux, des collégiales de spécialités et des conseils nationaux professionnels existent. Il convient de préciser s'il existe une marge de manœuvre pour formuler une proposition alternative ou si les textes législatifs imposent cette composition.

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que le groupe de travail a proposé de maintenir les collèges et leurs sièges. Les candidatures sont déjà gérées par les différentes collégiales avec un souci d'obtenir une représentation large des spécialités.

Le P^r Christian RICHARD observe que, pour appliquer ses missions, le président de la CME doit s'entourer de personnes compétentes. Un représentant d'une discipline siégeant à la CME n'est pas forcément le référent en la matière.

Le président comprend les propos du P^r RICHARD, mais la composition actuelle permet de disposer d'un équilibre entre les spécialités, et les collégiales présentent un réel intérêt pour discuter des problématiques des spécialités et des enjeux de santé publique. Globalement, il est important de préserver l'équilibre entre PU et PH. Le but est de permettre une réelle concertation.

Le P^r Rémi SALOMON observe que les personnes veulent une plus grande proximité, mais aussi être mieux associées aux décisions, ce qui passe par une médicalisation de la gouvernance. La demande de proximité semble toutefois paradoxale avec la constitution des super-GH. Il semble nécessaire que la gouvernance du DMU soit forte, avec une codirection médicale et administrative. Il convient enfin de trouver une articulation. Une communauté existe, sur les sites hospitaliers, et certains points relèveront de la discussion sur le site.

Le P^r Paul LEGMANN juge important de définir les missions de la CME et des structures. Si les responsables de DMU doivent être nommés par la CME, il convient toutefois que les autres nominations, à l'intérieur du DMU, soient réalisées par la CMEL, ce qui intègre également les chefferies de service. La commission des structures ne semble donc pas nécessaire au niveau de la CME centrale. Il paraît essentiel de prévoir une véritable délégation de gestion dans le cadre des DMU, ce qui n'a pas été fait dans le cadre des pôles, avec un comité de suivi des DMU. La délégation de gestion des DMU doit associer les présidents de CMEL et un comité exécutif (COMEX) local.

Le président rappelle que la CME est libre de s'organiser comme elle l'entend et que l'administration est tenue de lui donner les moyens de fonctionner. Il estime que la réflexion sur la médicalisation doit se poursuivre. Il s'agit moins de nommer un médecin directeur que de faire véritablement évoluer le paradigme, ce qui implique aussi que tous assument des responsabilités puisqu'une co-direction a des implications juridiques. Si les médecins souhaitent retrouver un rôle plus important en matière de stratégie médicale, d'effectifs et dans le management des services, le président doute toutefois qu'ils soient demandeurs de gérer les finances. Il convient donc de préciser l'objectif de la re-médicalisation.

Le D^r Anne-Reine BUSINE exprime des inquiétudes quant à la représentativité des non-titulaires hospitaliers, au sein de la CME et de la CMEL.

Le P^r Catherine BOILEAU répond que cette représentation est inchangée dans les CME centrale et locales.

Le P^r Sadek BELOUCIF juge primordial de conserver une bonne représentativité des disciplines ce qui garantit l'équité entre tous. La CME centrale doit rester l'arbitre de recours institutionnel, en cas de problème.

Le P^r Bertrand GUIDET se déclare favorable à ce que les vice-présidents des CMEL soient membres de droit de la CME centrale, ce qui permet de disposer d'élus locaux et de renforcer la présence des PH. Il semble en outre indispensable de disposer d'animateurs de site puisque la plupart des DMU seront multi-site.

Le P^r Rémi SALOMON note qu'il n'y aura cependant qu'un représentant de site dans les CMEL.

Le président ne souhaite pas que le système soit trop complexe, avec une multiplication des commissions. Il convient d'instaurer des espaces de concertation et de dialogue pour faire remonter les difficultés et les réflexions. Une évolution est proposée avec davantage de délégations, tout en conservant un ciment de l'AP-HP grâce à la CME centrale. Si les disciplines n'étaient pas représentées, cela créerait un risque de déséquilibre majeur. Les élus doivent porter à la CME les réflexions de la « base », des sites, des disciplines et des statuts. C'est cela qui constitue la richesse d'une assemblée telle que la CME.

Le P^r Thierry BÉGUÉ s'interroge sur la représentation dans les CMEL puisqu'une prédominance de certains sites peut être observée actuellement.

Le président considère que l'intelligence humaine devrait permettre de nommer un président d'un site et un vice-président d'un autre site.

Le P^r Thierry BÉGUÉ parle de la composition globale.

Le D^r Nathalie DE CASTRO considère que certains sites ne sont pas du tout représentés. Il convient, comme pour la parité, de susciter les candidatures, afin que chaque DMU ou chaque site propose des candidats aux élections, ce qui augmentera la probabilité d'avoir des représentants de chaque site.

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que les élections permettent de désigner un représentant par site hospitalier au sein d'un collège, constitué de tous les électeurs du site.

Le président souligne l'impossibilité de parvenir à un système parfait et souhaite que l'on reste pragmatique.

Le D^r Christophe TRIVALLE suggère d'émettre un vœu symbolique pour que le premier président de la future CME soit une femme.

III. Point sur la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que la psychiatrie fonctionne toujours en dotation globale. La dotation annuelle de fonctionnement est stable depuis 2013, avec une augmentation de 0,5 %. L'effectif de personnels non médicaux (PNM) a peu progressé tandis que le PM et la masse salariale médicale augmentaient davantage. Globalement, la masse salariale a augmenté de 6,4 % depuis 2014. L'activité conventionnelle est stable tandis que l'hospitalisation partielle progresse de 2,2 %.

La méthode d'allocation de la DAF par GH a évolué en 2015 pour mieux correspondre à l'activité réelle. Elle est répartie en trois enveloppes : une dédiée à l'hospitalisation, une aux consultations et une pour les financements fléchés pour les centres experts ou les équipes mobiles, par exemple. Cette réforme a été progressivement appliquée, à hauteur de 20 % par an depuis 2015.

Cette réforme a bénéficié à plusieurs GH (hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis [HUPSSD], Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix et Paris-Centre [HUPC]), tandis que d'autres perdent des financements (Henri-Mondor, HUEP et HUPO).

Au global, l'activité de psychiatrie était excédentaire et la dotation était supérieure aux charges. En 2014, l'excédent atteint 7,6 M€ et cet excédent décroît ensuite. Mais en 2017, l'excédent s'est réduit et les charges équivalent aux produits du fait de la croissance des charges en 2017 (augmentation de la masse salariale du fait des effets prix importants, avec la réforme « parcours professionnels, carrières et rémunérations » [PPCR] et de la valeur du point d'indice). Plusieurs GH présentent déjà des soldes déficitaires.

L'enveloppe globale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) doit augmenter de 1,6 %, contre 0,8 % en 2018. Un fonds d'innovation, doté de 10 M€, doit servir à financer différentes expérimentations de type article 51. Un point devra être réalisé en 2019.

Le rapport sur la réforme des modes de financement et de régulation comprend des propositions visant à allouer les dotations en fonction de données populationnelles ou tenant compte de la précarité, par exemple. Il peut y avoir un impact moins favorable pour l'Île-de-France qui est déjà mieux dotée à ce stade, par patient, que d'autres régions.

La collégiale de psychiatrie est régulièrement informée de ces évolutions.

Le P^r Bernard GRANGER constate que l'écart se resserre entre les dépenses et les recettes. Il a été pendant des années en la défaveur des services de psychiatrie, à hauteur de 24 M€ en cinq ans. Selon le dernier plan stratégique de l'AP-HP, l'ensemble des recettes affectées à la psychiatrie devrait revenir à la psychiatrie, ce qui n'est pourtant toujours pas le cas.

La collégiale de psychiatrie souhaite disposer d'une comptabilité analytique pour chaque service afin de vérifier que des charges indues ne leur soient pas facturées. Elle demande aussi que la spécificité du financement de la discipline soit prise en compte lors de la révision des effectifs.

La progression de la DAF de la psychiatrie de l'AP-HP a été de 0,4 % par an au cours de ces cinq dernières années, contre 0,8 % au niveau national. Des disparités existent au niveau régional et local. Au sein de l'Île-de-France, les dotations sont plus faibles pour les secteurs de l'AP-HP que pour les autres secteurs d'Île-de-France. De plus, l'AP-HP assume des missions de recours, d'urgence et d'expertise, des soins surspécialisés, qui ne sont pas toujours valorisés à leur juste mesure. Il faut ajouter que les activités de recherche des services de psychiatrie de l'AP-HP sont particulièrement développées. L'institution doit défendre une allocation plus juste de la dotation en mettant en avant les particularités et l'activité de ses services de psychiatrie, qui doivent être renforcées face à la concurrence du groupe hospitalier universitaire (GHU) « psychiatrie et neurosciences » qui vient d'être créé à Paris début 2019.

Enfin, la révision des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) devrait prendre en compte la spécificité du financement de la discipline. Il s'avère impossible de satisfaire tous les besoins des patients, alors que les moyens tirés de la DAF devraient permettre de recruter davantage de PH.

Le P^r Bertrand GUIDET constate que les psychiatres participent beaucoup à l'addictologie et demande si ce point est pris en compte dans l'évaluation.

Le P^r Michel LEJOYEUX évoque le fait que la psychiatrie est confrontée à une forte concurrence, à la fois du privé, attractif pour les praticiens, et du public hors AP-HP, dont le GHU récemment constitué. Il s'avère donc difficile de maintenir les activités. De nombreuses activités de la psychiatrie sont en dehors de la dotation annuelle de fonctionnement, avec les activités d'urgence ou d'addictologie. Les activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) relevant de la psychiatrie devraient donner une meilleure visibilité. La question des effectifs se pose. Certains postes sont sous-traités. Il conviendrait de disposer de plus d'assurance en matière de révision des effectifs.

Le D^r Patrick PELLOUX évoque l'incendie dramatique survenu dans le XVI^e arrondissement et souligne l'importance de l'AP-HP dans la prise en charge de la psychiatrie en urgence. La psychiatrie de secteur se décharge sur les services d'urgence et la psychiatrie de l'AP-HP. Une vraie crise existe, sur la psychiatrie d'urgence et la pédopsychiatrie d'urgence. L'AP-HP peut intervenir sur la pédopsychiatrie et la dotation est sans doute insuffisante compte tenu des besoins nécessaires en matière de pédopsychiatrie.

Le président constate combien la CME est pleinement dans son rôle lorsqu'elle fait ainsi remonter les problèmes rencontrés par les différentes disciplines.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que les études montrent bien l'importance de la pédopsychiatrie. La réforme de financement devrait, en distinguant les populations, intégrer des hypothèses pour répartir la dotation en fonction de données populationnelles (majeure et mineure) pour affecter des coefficients à la prise en charge de la population mineure. Le second axe concerne la précarité. Les implications entre l'ensemble des services et la psychiatrie sont difficiles à appréhender, même si un véritable enjeu existe pour rattacher toutes les recettes et les activités.

Le positionnement de l'AP-HP doit enfin être bien reconnu au niveau national. Les axes de réforme envisagés semblent plutôt favorables, même si la région est plutôt bien dotée par rapport aux autres. Il y a donc un risque éventuel à ce que les nouveaux modes de calcul ne favorisent pas l'AP-HP si on ne fait pas valoir certaines spécialités (précarité, prise en charge des enfants) et qu'elle devrait retirer moins de bénéfice.

IV. Nouvelle présentation des services médicaux sur le site internet de l'AP-HP assortie d'indicateurs de satisfaction des patients

M^{me} Pascaline VILLIÉ souligne l'importance de la lisibilité et de la visibilité de l'offre de soins sur internet. Le site « aphp.fr » accueille actuellement près de 15 000 visiteurs par jour, nombre amené à augmenter du fait de la réorganisation de notre écosystème digital à venir.

M^{me} Véronique DROUET présente les nouvelles maquettes de l'offres de soin, qui permettront de rendre visibles et de valoriser 3 entités de référence pour les patients et pour les personnels : le médecin, le service, l'hôpital.

Mme Véronique DROUET, effectue une démonstration grâce à une maquette. Lorsqu'un utilisateur saisira sur un moteur de recherche un mot-clé, les cinq résultats de recherche les plus fréquents apparaîtront. L'outil de complétion est intégré au moteur de recherche, ainsi que des mots clés, issus d'un référentiel. Sur la page du spécialiste sera inscrite la spécialité de l'inscription à l'Ordre des médecins. Il sera possible de prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone. Des informations simples seront données sur la consultation.

Les services sont présentés avec le nom du service, des mots-clés, les informations et la prise de rendez-vous en ligne. Un guide pratique sera remis aux personnes habilitées afin d'alimenter la base de données. Les noms des médecins sont précisés et de la documentation est mise à disposition des patients, voire une photographie de l'équipe.

Le P^r Rémi SALOMON attire l'attention de l'assemblée sur la partie enquête patients représentée par des étoiles. Sans se comparer à des sites de réservation en ligne, il faut savoir que *Google* propose déjà des notes pour des hôpitaux ou des services. La notation sera issue des enquêtes patients dont le questionnaire est élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) « e.satis »; les patients n'émettront pas de commentaires directement sur le site. Un verbatim sera accessible uniquement au chef de service et au cadre paramédical. Cet outil doit être utilisé dans le but de la recherche d'une amélioration collective. Des questionnaires de satisfaction existent déjà mais leur taux de retour reste faible et très peu de chefs de service en prennent connaissance. Les services (cadres et chefs de service) et les gouvernances devront s'emparer des résultats pour s'améliorer.

M^{me} Marie CITRINI indique que le questionnaire de satisfaction « e.satis » est effectivement trop long et doit être revu, pour ne pas décourager son remplissage. La HAS devra se prononcer sur la pertinence des questions posées. Le nombre d'étoiles attribuées sera fonction du nombre de questionnaires retournés. Le « portail patients » de l'AP-HP, dès qu'il sera en œuvre, devrait permettre à certains services de questionner leurs propres patients au cours de l'hospitalisation ou de la consultation, ce qui donnerait une photographie bien plus précise. Le questionnaire « e.satis » est déjà envoyé depuis trois ans et demi, par internet, quinze jours après l'hospitalisation aux personnes qui ont laissé leur adresse *mail*. Au niveau national, 50 % des personnes ne le remplissent pas. Sur les 50 % restants, 50 % ne vont pas jusqu'au bout. Seul 1 % des personnes hospitalisées répondent au questionnaire, au global.

Le D^r Nathalie DE CASTRO pense que, d'une manière générale, les patients sont satisfaits du médecin et de l'infirmière, mais pas de la nourriture et des délais. Un éditorial récent du *New England* souligne les biais de ces questionnaires, qu'il conviendra de savoir analyser. Pour améliorer les pratiques et les relations avec les usagers, il est plus efficace de mettre en place des rencontres avec les patients dans les services.

Le P^r Rémi SALOMON constate que ces indicateurs permettent toutefois de soulever les problèmes et nous aiderons à les régler.

Le D^r Sonia CERCEAU-DELAPORTE souhaite savoir si les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) seraient individualisées au niveau du portail. Les UCA ne disposent pas du questionnaire « e.satis » mais du module de satisfaction existant dans ORBIS. Ces données seront-elles intégrées au portail, sachant que 98 % des patients répondent à ce questionnaire.

M^{me} Marie CITRINI répond que le questionnaire « e.satis » consultations et ambulatoire se met en place progressivement. Elle juge intéressant de savoir si les patients ont été entendus et bien informés, ce à quoi « e.satis » ne répond actuellement pas. Pour faire du patient un partenaire, il convient d'apporter des points d'amélioration, en particulier en ambulatoire afin que des patients ne sortent pas seuls après ce type de prise en charge.

V. Plan d'action de la commission des médicaments et dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS)

Le P^r Philippe LECHAT présente le bilan des actions entreprises en 2018 qui montre une stabilité des dépenses de médicaments intra-GHS, une augmentation des dépenses en lien avec les médicaments ayant le statut d'autorisation temporaires d'utilisation (ATU)-post ATU, une réduction des dépenses en médicaments hors intra-groupes homogènes de séjours (GHS), une réduction des ventes de médicaments en rétrocession et au total une réduction de 8,9 % de la dépense totale en médicaments à l'AP-HP ce qui représente une diminution de 95 M€ entre 2017 et 2018.

Plusieurs leviers ont été actionnés. Le premier concerne les biosimilaires qui enregistrent un taux de pénétration de 90 % en décembre 2018 pour *infliximab* et de 95 % pour *rituximab*. La promotion des génériques des médicaments du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) conduit à une réduction des dépenses de 12M€ en 2018. La négociation des prix des facteurs anti-hémophiliques a permis de réduire le prix moyen d'une unité de facteur VIII de 17 % du prix moyen.

Ces actions seront poursuivies en 2019 sur les biosimilaires, les génériques et les médicaments de l'hémophilie. Le directeur général a annoncé une mission sur la mise en place d'actions contraignantes sur le bon usage et la juste prescription pour 2019, en intra-GHS, afin d'éviter les indications qui ne sont plus prises en charge par l'Assurance maladie et de restreindre les prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

Une liste des indications de l'AMM des médicaments coûteux intra-GHS qui ne sont plus pris en charge par l'assurance maladie (service médical rendu [SMR] insuffisant) a été établie et sera diffusée. Des actions seront initiées auprès des prescripteurs, via les collégiales, pour les sensibiliser sur ce point. L'*oxynorm* par exemple ne doit ainsi plus être utilisé pour les douleurs non cancéreuses en rhumatologie, d'autant que le débat sur l'utilisation des opioïdes croît en France.

Les recommandations se poursuivront, ainsi que la politique de soutien à ORBIS et à l'entrepôt de données de santé avec le groupe de travail pour la mise en charge des médicaments dans l'entrepôt. Les actions en matière de veille sur les alertes sanitaires se poursuivront. Pour être plus efficient, il convient d'informer les prescripteurs sur le coût de leurs prescriptions, ce qui n'est pas le cas actuellement. Les groupes d'experts se concentreront sur les médicaments les plus coûteux (solutions de remplissage, produits anesthésiques et nutrition parentérale). Des recommandations seront formulées pour les anti-infectieux avec des fiches médico-économiques, des enquêtes de pratiques et un soutien au plan antibiotiques.

Un suivi des dispositifs médicaux stériles (DMS) coûteux sera instauré, avec des fiches de prescription de bon usage, et des recommandations seront publiées. Enfin, la COMÉDIMS participera au jury de la commission organisée par la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) de l'appel d'offres pour le financement d'études cliniques pour l'accompagnement du développement des dispositifs médicaux. Des groupes experts avec la participation des collégiales concernées seront organisés, notamment pour les produits tels que les colles chirurgicales, les substituts osseux et les endoprothèses coronaires.

Le président souligne que des prescriptions pertinentes permettent de réaliser des économies et ont donc un impact sur les moyens disponibles pour la révision des effectifs.

Le directeur général remercie le P^r Philippe LECHAT et salue le travail de la COMÉDIMS et de la communauté pharmaceutique, très impliquée. Une action volontariste permet de passer à un ou deux groupes hospitaliers utilisant des biosimilaires à 90 %, ce qui est tout à fait remarquable. L'évolution de la consommation de médicaments a été infléchie au cours des derniers mois, ce qui a permis de tenir les objectifs et de maintenir des marges de manœuvre sur d'autres postes de dépenses. Des politiques volontaristes, avec des objectifs, portées largement, ont donc un impact. Ces résultats sont encourageants et peuvent être appliqués aux antibiotiques afin de réserver les molécules les plus sophistiquées aux bons usages et ne pas perdre leurs effets.

Le D^r Christophe TRIVALLE propose que sur les ordonnances de sortie figurent les prix des médicaments à l'AP-HP et en ville.

VI. Bilan de l'évaluation du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCÉRÈS)

Le P^r Catherine BOILEAU remercie le président d'avoir accepté de porter ce point à l'ordre du jour. Ce point fait suite au point d'il y a deux ans qui annonçait le nouveau processus d'évaluation HCÉRÈS des CHU. L'évaluation du HCÉRÈS intervient par vagues. Deux vagues s'appliquent à Paris (vague D en 2017-2018 pour Paris intra-muros et vague E en 2018-2019 pour les départements périphériques).

Au même moment, d'autres évaluations devaient être menées pour l'HCÉRÈS : les unités INSERM, les universités, les CIC, le dispositif des départements hospitalo-universitaires (DHU)...

À travers cette évaluation, l'AP-HP a reçu des experts qui venaient d'autres CHU de province. Le rapport final fait ressortir que l'AP-HP a une politique de recherche proactive, dynamique et productive, avec d'excellentes perspectives de recherche. Ses choix stratégiques sont jugés clairs et le volume et la qualité scientifique excellents. La gouvernance de la recherche est bien coordonnée. Un continuum existe entre la recherche clinique, translationnelle et fondamentale, même s'il faut poursuivre le renforcement de la recherche translationnelle. Les activités de formation sont jugées excellentes dans quatre GH, ainsi que l'accent mis sur la recherche paramédicale. Les structures d'appui à la recherche sont bien structurées.

Des recommandations ont été données sur les ressources humaines et la gestion des carrières dans les métiers de la recherche, pour les personnels en situation précaire. D'autres recommandations portaient sur la formation, la diversité des financements, les structures de soutien à la recherche et la recherche paramédicale.

Sur les perspectives scientifiques à cinq ans, le rapport regrette le manque de recherche prenant en compte les effets attendus du vieillissement démographique qui pourraient impliquer la recherche paramédicale. Il convient d'intégrer les modifications attendues de l'organisation des soins dans la stratégie de recherche, de développer les projets en sciences humaines et sociales et les collaborations avec les GHT et la médecine de ville, d'afficher une politique de soutien et de financement vis-à-vis des équipes hors axes prioritaires, d'encourager les initiatives de recherche inter-axes et de poursuivre les efforts de développement et de déploiement de la recherche médico-économique.

L'évaluation était nouvelle et très lourde pour tous les acteurs, mais elle valorise les activités de recherche du GHU et aboutit à un bilan excellent pour l'AP-HP. Les pistes d'amélioration doivent

être explorées, d'autant que dans trois ans il faudra constituer le dossier support des prochaines campagnes d'évaluation.

VII. Approbation du compte rendu de la CME du 5 février 2019

Le compte rendu de la CME du 5 février 2019 est approuvé à l'unanimité.

VIII. Questions diverses

Gestion des personnels non titulaires

Le D^r Anne-Reine BUISINE exprime son inquiétude relative à des différences d'application des statuts au sein des GH, voire entre les sites au sein d'un même GH. Ceci serait préjudiciable puisque certaines spécialités ont besoin de recruter des non-titulaires. Avec la généralisation de la délégation de gestion, le problème sera plus crucial. Certains GH appliquent parfaitement les statuts, d'autres moins. Le problème vaut surtout pour les praticiens attachés et les praticiens hospitaliers contractuels (PHC).

Le D^r Nathalie DE CASTRO a été sollicitée à plusieurs reprises par des PHC de médecine qui se rendent compte qu'ils sont moins bien payés que leurs collègues anesthésistes, chirurgiens ou radiologues. À cette situation s'ajoute la difficulté à se faire rémunérer les réductions du temps de travail (RTT), compte tenu des conditions du compte épargne temps (CET) qui ne sont pas toujours connues.

Le directeur général affirme que les statuts s'appliquent partout à l'AP-HP, y compris dans le cadre des nouvelles organisations. Si cette situation se reproduisait, il serait tout à fait possible de le rappeler par une note claire sur règles de gestion qui s'imposent à tous au sein de l'institution. Sur la crainte visant à ce que les politiques de recours aux attachés soient différentes selon les sites, suite à des délégations de gestion, il apparaît difficile de réclamer ces délégations et par ailleurs de demander un encadrement de certaines décisions.

Participation de l'AP-HP au « grand débat national » lancé par le Gouvernement

Le D^r Patrick PELLOUX a participé à des « grands débats », organisés par les PH de la CME, qui se sont très bien déroulés, avec des propositions très innovantes, avec l'ensemble des catégories de personnels. Ces informations seront mises sur la plate-forme du « grand débat » et présentées lors de la prochaine réunion de la CME.

La séance est levée à 19 heures.