

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 12 NOVEMBRE 2013**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 11 MARS 2014**

SOMMAIRE

I.	Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME	6
II.	Grève des sages-femmes	7
III.	Avis sur l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) et l'AP-HP portant sur les soins de longue durée	9
IV.	Projet du comité cancer de l'AP-HP	11
V.	Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP	14
VI.	Projets immobiliers de l'AP-HP qui seront proposés à l'ARSIF pour soumission au comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)	18
VII.	Plan d'action pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP	19
VIII.	Rapport d'activité du groupe de travail de la CME sur la télémédecine à l'AP-HP	21
IX.	Relevé des activités et des effectifs médicaux des services de l'AP-HP	23
X.	Effectifs médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques du Siège de l'AP-HP	25
XI.	Questions diverses	25
XII.	Approbation du compte-rendu de la réunion du 9 juillet 2013	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations communiquées par le président de la CME (*P^r Loïc CAPRON*)
2. Grève des sages-femmes (*P^r Bruno CARBONNE, M^{me} Caroline PRADINES*)
3. Avis sur l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) et l'AP-HP portant sur les soins de longue durée (*M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER*)
4. Projet du comité cancer de l'AP-HP (*P^r Bernard NORDLINGER*)
5. Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP (*M^{me} Carine CHEVRIER*)
6. Projets immobiliers de l'AP-HP qui seront proposés à l'ARSIF pour soumission au comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) (*M^{me} Carine CHEVRIER*)
7. Plan d'action pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP (*P^r Daniel VITTECOQ*)
8. Rapport d'activité du groupe de travail de la CME sur la télémédecine à l'AP-HP (*P^r Elisabeth DION*)
9. Relevé des activités et des effectifs médicaux des services de l'AP-HP (*M. Jérôme HUBIN*)
10. Effectifs médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques du Siège de l'AP-HP (*M. Jean-Michel DIÉBOLT*)
11. Questions diverses
12. Approbation du compte-rendu de la réunion du 9 juillet 2013

SEANCES RESTREINTES

Composition C

Avis sur une première demande de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le P^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Thierry CHINET
- M. le P^r Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER-MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. Mickaël FORTUN
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^r Bruno GOGLY
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r François HAAB
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF
- M. le D^r Matthieu LAFAURIE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M. Matthieu PICCOLI
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^r Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^m le D^r Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZÉRAH

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. le P^r Louis MAMAN, doyen de la faculté de chirurgie dentaire, Université Paris Descartes,
- M^{me} Françoise ZANTMAN, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents, les doyens :***
 - M. le P^f Jean-Luc DUMAS
 - M. le P^f Benoît SCHLEMMER
 - M. le P^f Serge UZAN

- ***en qualité d'invité permanent, le responsable de la santé au travail :***
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP

- ***les représentants de l'Administration :***
 - M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale
 - M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur de la direction médico-administrative
 - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M^{me} Juliette TELLIER, directrice de la communication
 - M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

 - M. Gérard COTELLON, directeur de Cabinet par intérim
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M^{me} Nadia BENZEKRI, cabinet du président de la CME
 - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative

- ***Représentant de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PILOLOT représentante de l'agence régionale de santé Île-de-France

- ***membres excusés :***
 - M. le P^f P. ARNAUD, M. le P^f B. GUIDET, M^{me} I. KERHOAS, M^{me} le D^r J. PELTIER, M. le P^f S. SCHERRMANN, M. le P^f A. SIMON

La séance est ouverte à 8 heures 30 sous la présidence du Professeur Loïc CAPRON.

I. Informations communiquées par le président de la CME

Le président Le président présente les excuses du doyen Jean-Michel SCHERRMANN, des P^{rs} Philippe ARNAUD, Bertrand GUIDET et Alain SIMON, du D^f Julie PELTIER et de M^{me} Isabelle KERHOAS.

Le président indique que depuis l'entrée en application du décret du 20 septembre 2013, ce n'est plus le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), mais la direction générale de AP-HP qui nomme les représentants des internes. La directrice générale a renouvelé pour ce semestre, MM. Julien LENGLET (DES de spécialités médicales) et Matthieu PICCOLI (DES de médecine générale), et désigné M. Mickaël FORTUN pour représenter les DES de pharmacie en remplacement de M^{me} Hélène BOUCHER. Un DES d'odontologie est en attente de désignation.

Le directoire du 5 novembre est revenu sur le plan stratégique. Un séminaire se tiendra le 14 novembre pour faire le point sur les réflexions des différents groupes réunis par la direction générale et M^{me} Sybille VEIL. Certains groupes, notamment sur les relations ville-hôpital, n'ont pas encore démarré leurs travaux.

Le directoire du 5 novembre a évoqué le sujet de la neuroradiologie interventionnelle (NRI). À ce jour seul l'hôpital Bicêtre dispose d'une autorisation pour la NRI pédiatrique en Île-de-France. L'ARS a récemment ouvert un appel d'offres pour une seconde autorisation, avec deux candidatures déclarées : Necker pour l'AP-HP et, pour les ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif), la fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild et l'hôpital Foch. L'ARS semblerait toutefois faire marche arrière sur l'octroi de cette autorisation supplémentaire.

Le directoire a aussi évoqué, le sujet de la NRI adulte. Le groupe hospitalier (GH) Hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine (HUPNVS) exerce cette activité en deux endroits : l'une sur le site de Beaujon, dont l'autorisation expire en janvier 2014, l'autre sur le site de Bichat, dont l'autorisation ne concerne que les accidents ischémiques cérébraux dans le cadre exclusif d'essais thérapeutiques. Il paraît logique de coordonner ces deux activités afin de faciliter l'obtention d'une autorisation commune pour le GH. Une réunion est prévue à la fin du mois de novembre avec les praticiens de Beaujon et Bichat.

Le directoire juge opportun de détacher le nouvel Hôtel-Dieu du GH Paris Centre. La CME sera consultée en décembre. La Brigade des sapeurs-pompiers ne dépose plus de malades à l'Hôtel-Dieu. Le statut de SAU est maintenu, même si l'Hôtel-Dieu s'oriente progressivement vers une simple activité de consultations d'urgence.

Le directoire a nommé trois nouveaux chefs de pôle : le P^f Gérard SOCIÉ, pour le pôle hématologie-oncologie-radiothérapie du GH *Hôpitaux universitaires Saint-Louis-Lariboisière- Fernand-Widal* ; et les P^{rs} Delphine MITANCHEZ et Pierre COLON pour les pôles périnatalité et odontologie du *GH Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* (HUEP).

Le président évoque ensuite la révision des effectifs 2014 des praticiens hospitaliers. Un groupe restreint de la CME représentant les principales catégories de praticiens, a examiné les candidatures et reçu les représentants des GH (présidents de la CME locale et présidents de la sous-commission locale des effectifs). Les candidatures vont désormais être examinées en

bureau élargi. Chaque membre défendra son GH et sa spécialité, sans pour autant perdre de vue l'intérêt collectif. **Le président** invite chacun à la plus grande assiduité à ces réunions. La liste présentée à la CME du 10 décembre sera en effet quasiment définitive. La CME sera consultée au début de l'année 2014, avant que la direction générale ne transmette la liste définitive à l'ARS.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, précise qu'un nouveau directeur général de l'AP-HP sera nommé lors du prochain Conseil des ministres, le 13 novembre. Elle tient à rappeler la fierté et la joie avec lesquelles elle a dirigé cette « grande maison » depuis trois ans. La CME est devenue une instance de gouvernance majeure de l'AP-HP et les principales problématiques médicales, universitaires et économiques y sont partagées depuis presque deux ans. Si cette gouvernance a été délicate à mettre en œuvre, elle est aujourd'hui responsable et équilibrée.

L'AP-HP est également un CHU avec un « U » majuscule, comme **M^{me} FAUGÈRE** aime le rappeler, tant le poids de la recherche y est majeur. Les IHU, l'initiative des DHU, les différents partenariats noués et la commission créée sur le sujet témoignent à cet égard des efforts constants de la direction, en dépit d'un contexte économique difficile.

Le maintien des trajectoires économiques s'est appuyé sur des choix de restructuration et d'amélioration de l'efficacité des organisations. Le bilan du plan stratégique à mi-parcours est notamment revenu sur la réforme des GH et des pôles. Si la situation est sans doute plus difficile s'agissant des pôles, une dynamique de responsabilité a été mise en place et les transformations menées et les projets prioritaires ont toute leur légitimité. La qualité et la sécurité des soins ont parallèlement pris une place déterminante, en lien avec le rôle croissant des patients et usagers. Il s'agit, là encore, d'un tournant.

De nombreuses restructurations ont été abordées. Elle se félicite sur ce point du projet de l'Hôtel-Dieu et ajoute que la réflexion sur le nouveau plan stratégique, qui vient d'être lancée, devra prendre en compte l'AP-HP, son territoire, mais aussi son rayonnement international, certaine que le travail mené sera de qualité.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, formule ses meilleurs souhaits à la CME et l'ensemble de ses membres, ainsi qu'à l'institution de l'AP-HP.

La CME applaudit la directrice générale.

Le P^r Serge UZAN tient, au nom des Doyens, à saluer la très forte implication de l'AP-HP dans le domaine universitaire sous la direction générale de **M^{me} FAUGÈRE**.

II. Grève des sages-femmes

M^{me} Caroline PRADINES indique que le mouvement a débuté le 14 octobre. Depuis trois semaines, 55 % des sages-femmes sont grévistes au sein des 12 maternités. Plusieurs actions ont été menées dont une marche des sages-femmes le 7 novembre qui a réuni entre 4 000 et 6 000 participantes (sur 20 000 sages-femmes en exercice, dont plus de la moitié dans le secteur hospitalier).

Profession médicale (CSP), les sages-femmes demandent à être reconnues comme praticien de premier recours dans la périnatalité et en santé génésique des femmes, être intégrées dans le parcours de santé des femmes de façon visible, et obtenir un statut médical hospitalier

(sortir du titre IV de la fonction publique hospitalière) correspondant à leurs compétences et responsabilités.

Le collectif des sages-femmes a été reçu par Marisol TOURAINE, ministre de la santé, le 7 novembre. Un groupe de travail sera constitué pour définir la place de la sage-femme, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre du dispositif de premier recours, et le statut des sages-femmes hospitalières. Les sages-femmes ont toutefois décidé de maintenir la mobilisation en l'absence de tout calendrier fixé.

Le P^r Bruno CARBONNE rappelle que le métier de sage-femme est une profession méconnue. Il s'agit d'une profession médicale à responsabilité limitée. Les sages-femmes hospitalières exercent les fonctions suivantes :

- suivi de grossesse normal et accouchement (bas risque) ;
- consultations de gynécologie/contraception ;
- suivi de grossesses, y compris pathologiques, en coordination avec les médecins, échographie et réanimation des nouveau-nés ;
- consultations post-natales et rééducation périnéale.

Leurs compétences ont sans cesse été élargies par les autorités pour suppléer la carence programmée de gynécologues-obstétriciens et de gynécologues médicaux, et l'inappétence de nombreux généralistes pour la gynécologie-obstétrique.

La principale revendication des sages-femmes hospitalières est la reconnaissance d'un statut hospitalier conforme à la réalité de leur profession et une revalorisation salariale.

Le P^r Bruno CARBONNE estime ainsi qu'un statut spécifique de sage-femme hospitalière doit être défini. Les sages-femmes pourraient initialement être sages-femmes contractuelles. Un concours proche de celui de PH pourrait être imaginé, mais associé à un statut et une grille spécifiques. En effet, le titre de PH s'obtient après concours et correspond à un temps de travail de 48 heures hebdomadaires, ce que ne souhaite pas l'immense majorité des sages-femmes hospitalières.

Le P^r Serge UZAN pense qu'il ne faut pas renoncer au titre de « sage-femme », qui correspond à une spécificité française enviée par de nombreux pays.

Sans être qualifiées expressément de praticiens de premier recours, les sages-femmes doivent être intégrées au dispositif de premier recours. En matière de contraception et de prévention du cancer du col de l'utérus, les sages-femmes pourraient apporter une aide décisive.

Les sages-femmes revendiquent une revalorisation salariale. Toucher à une catégorie, c'est toutefois faire évoluer toutes les autres. La spécificité de la profession doit ainsi être reconnue.

Les missions de certaines sages-femmes doivent également être mieux valorisées. Un dispositif incitatif pourrait par exemple être mis en place afin d'éviter une pénurie dans les salles de naissance.

Le P^r Bruno CARBONNE précise que le statut de PH ne correspond pas à la réalité de la profession de sage-femme, et rappelle que la pratique actuelle est satisfaisante, tant en matière de répartition des tâches que de collaboration avec les médecins. Un statut reconnaissant le travail fourni est en revanche nécessaire.

Le président rappelle que les sages-femmes font partie des personnels médicaux. Il souhaite qu'elles soient désormais rattachées à la direction médico-administrative (DMA) et non à la direction des ressources humaines (DRH) Il précise que la CME accueillera une seconde sage-femme pour satisfaire aux nouvelles dispositions du décret du 20 septembre 2013.

Le président soumet la motion suivante à la CME :

« La Commission médicale d'établissement (CME) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, réunie en assemblée plénière le 12 novembre 2013, apporte son soutien aux sages-femmes des hôpitaux.

Ce corps de soignants doit acquérir un statut hospitalier nouveau, qui le distingue effectivement des personnels paramédicaux, en conformité avec sa formation, ses responsabilités cliniques et sa représentation au sein de la CME. »

Le P^r Stanislas CHAUSSADE distingue la problématique de la reconnaissance, notamment salariale, du métier, de celle du statut, et s'interroge sur la véritable demande des sages-femmes.

M^{me} Caroline PRADINES indique que les sages-femmes demandent un nouveau statut et une meilleure reconnaissance, tout en étant conscientes de ne pas être médecins.

Le président précise sur ce point que la motion se limite aux sages-femmes des hôpitaux et évoque simplement un « statut hospitalier nouveau ».

Le P^r Serge UZAN relève un certain sectarisme, le soutien étant limité aux sages-femmes des hôpitaux, et craint que la motion ne soit quelque peu déformée par les médias qui pourraient évoquer un soutien de la CME à l'ensemble des revendications des sages-femmes. Il suggère de soutenir les sages-femmes dans la réflexion menée, en particulier dans la reconnaissance de leurs missions médicales.

Le président estime que ce texte est suffisamment précis en évoquant un statut hospitalier nouveau, une distinction des personnels paramédicaux et une reconnaissance de la formation et des responsabilités cliniques, et rappelle qu'il est naturel que les hôpitaux soutiennent les sages-femmes hospitalières.

En l'absence de questions supplémentaires, **le président** soumet la motion au vote.

Cette motion est adoptée à la majorité des suffrages : 49 voix favorables, 12 abstentions et 1 refus de vote.

III. Avis sur l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) et l'AP-HP portant sur les soins de longue durée

Le président précise que cet exposé fait suite à la présentation du rapport sur les missions d'implantations et capacités de soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP à la CME du 9 juillet.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER explique que l'ARS inscrit dans le contrat le principe du cofinancement de la mise aux normes des SLD sur la durée du plan et s'engage sur une première tranche ferme de 50 M€ entre 2012 et 2016.

Par la signature de ce document, l'ARS prend acte de la volonté de l'AP-HP de maintenir son activité de SLD sous réserve d'un triple recentrage sur :

- le domaine sanitaire : arrêt progressif de l'activité EHPAD (465 lits) ;
- les filières AP-HP : les capacités de SLD doivent principalement servir aux filières d'aval gériatrique des GH ;
- Paris et la petite couronne : les capacités des sites périphériques travaillant majoritairement en aval d'hôpitaux hors AP-HP devront évoluer dans le cadre de coopérations territoriales.

L'ARS prend également acte des conséquences capacitaires, en fin de plan. Les capacités seront identiques au nombre actuel de lits installés dans trois départements qui représentent 73 % de la capacité actuelle : Paris (1 154 lits), Val-de-Marne (847 lits) et Seine-Saint-Denis (179 lits).

L'ARS valide le choix de concentrer les efforts sur quatre opérations principales qui sont nécessaires pour réhabiliter et mettre aux normes les sites les plus importants (en taille) et permettent de compenser sur ce petit nombre de sites les lits perdus sur les 14 autres, en passant de 43 % à 5-6 % de chambres à deux lits. Ces quatre opérations sont celles, à Paris, de Sainte-Périne et la Collégiale, et dans le Val-de-Marne, de Paul Brousse et Emile Roux. La durée du plan est de 15 ans pour une mise aux normes complète de tous les sites.

Par la signature de ce document, l'ARS s'engage à financer la dotation soins selon l'évolution progressive des capacités, et à accompagner l'investissement durant tout le plan (avec des crédits non fongibles) avec une première tranche de 50 M€. En 2012 la somme de 10,8 M€ & été versée, et 40 M€ seront versés de 2013 à 2016.

D'ici le 30 juin 2014, les autres financements devront être identifiés et les opérations précisées.

Le P^r Olivier HENRY note que l'engagement de l'ARS de 16 M€ ne correspond qu'à la moitié des sommes nécessaires pour la seule réhabilitation de Sainte-Périne. Dans certains locaux, les normes incendie ne sont même pas respectées. L'institution devra financer elle-même la mise aux normes. A défaut, l'activité devra être arrêtée.

Le président rappelle qu'il s'agit d'un premier engagement de l'ARS.

La directrice générale, estime que le travail mené avec l'ARS a été exemplaire sur l'ensemble des volets du CPOM. L'AP-HP a insisté sur ses priorités, en particulier en termes de filières. L'ARS a clairement accepté de s'engager sur cette base. Il n'est pas possible de mener l'ensemble des chantiers simultanément.

Le D^r Georges SEBBANE estime qu'il s'agit d'une étape importante, avec la réaffirmation du recentrage sur le domaine sanitaire. L'ARS reconnaît les efforts réalisés pour la prise en charge des personnes âgées malades dans le cadre des SLD. L'engagement de l'ARS est non ambigu. Il conviendra toutefois évidemment d'être vigilant sur l'exécution de cet avenant. **Le D^r SEBBANE** s'interroge par ailleurs sur l'ajustement du financement de l'ARS s'agissant des lits fermés.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER explique que l'ARS a repris 3,5 M€, correspondant à la moitié des 190 lits fermés, dont la plupart le sont depuis près de deux ans.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que les SLD sont le parent pauvre de l'hôpital et estime que l'engagement de l'ARS est important, bien qu'une contribution de l'AP-HP soit indispensable.

Le président soumet l'avenant au vote.

Il est procédé à un vote à bulletin secret.

L'avis relatif à l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARSIF et l'AP-HP portant sur les soins de longue durée est adopté à la majorité des suffrages : 57 pour, 3 contre, 3 abstentions et 1 bulletin nul.

IV. Projet du comité cancer de l'AP-HP

Le président indique que le projet consiste à remplacer le comité opérationnel cancer (COC) par le comité cancer afin d'aligner l'organisation sur la gouvernance de l'AP-HP (co-gouvernance de la direction générale et de la CME) et d'assurer une représentation équilibrée des GH.

Le P^r Bernard NORDLINGER rappelle que le COC a travaillé sur la labellisation des GH afin de s'assurer qu'ils remplissent les critères de l'INCa, et améliorer la qualité des soins et l'organisation.. Le travail du COC en labellisant 8 centres intégrés et 43 centres experts a ainsi permis un progrès indéniable, sans pour autant constituer une révolution. Des groupes techniques ont été constitués (radiothérapie et par organe, en commençant par les cancers du sein).

L'AP-HP doit faire face à des enjeux importants si elle veut améliorer sa position, voire la conserver :

- augmentation du nombre de cancers ;
- progrès de la recherche et innovations médicales ;
- prolongation de la durée de vie ;
- garantie d'un égal accès aux soins de qualité ;
- volume d'activité minimal pour assurer la qualité.

Cette réflexion s'inscrit dans le cadre du 3^{ème} plan cancer, la stratégie nationale de santé, le PRS-SROS et le CPOM 2013-2018.

L'AP-HP assure actuellement 39 % de l'activité cancer en Île-de-France ; l'IGR et Curie 13 %. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC), centrés sur une seule pathologie de cancer, offrent une meilleure visibilité. Leur taille et leur unité géographique rendent les réorganisations plus faciles. L'AP-HP compte néanmoins plusieurs atouts : activité globale plus importante, prise en charge de tous les cancers, équipes de grande qualité, recherche, rôle territorial, pluridisciplinarité (prise en charge des complications des traitements), excellence et proximité. La dispersion de ses équipes rend en revanche les réorganisations plus difficiles et ne permet pas une visibilité suffisante vis à vis du public.

Afin que l'AP-HP conserve un rôle de premier plan dans le traitement des cancers, le comité cancer comptera plusieurs missions :

- faire des propositions pour adapter l'offre de soins en cancérologie de l'AP-HP et son organisation au contexte francilien, aux besoins des patients, au développement de la

recherche, à la mise en œuvre du 3^{ème} plan cancer et à la préparation du plan stratégique de l'AP-HP ;

- améliorer la visibilité de l'AP-HP en tant qu'acteur majeur de la cancérologie en Île-de-France et en France ;
- venir en appui à la CME et à la direction générale pour les questions relatives au cancer, notamment dans le cadre du plan stratégique ;
- donner un avis sur toutes les questions relatives à l'organisation du cancer à l'AP-HP.

Le comité pourra ainsi être saisi de toute question relative à la prise en charge des cancers par la direction générale ou le président de la CME. Il sera placé sous l'égide conjointe du directeur général, représenté par la DMA, et du président de la CME, et comprendra 25 membres :

- le président de la CME ou son représentant ;
- des médecins experts représentant les différentes disciplines dans les 12 GH ;
- le directeur médico-administratif, la directrice des soins et des activités paramédicales et la responsable du département cancer de la DMA ;
- des représentants des GH : 2 présidents de CMEL et 2 directeurs de GH ;
- un représentant des doyens ;
- une personnalité qualifiée ;
- un représentant de l'INCA.

Le président du comité et les membres médicaux seront nommés sur proposition du président de la CME.

Le comité se réunira au moins six fois par an. Il pourra procéder à des auditions ou constituer des groupes techniques d'appui. Son rapport annuel sera présenté au directoire et à la CME. Le secrétariat sera assuré par la DMA.

La feuille de route suivante a été fixée pour 2014 :

- améliorer l'accueil et la qualité des soins (préparation du parcours personnalisé de soin) ;
- établir avec les GH les moyens de concilier leurs projets de prise en charge des cancers et la stratégie générale de l'AP-HP ;
- évoluer vers des centres de cancérologie pouvant regrouper plusieurs GH, en relation avec les universités et assurer une masse critique suffisante, en lien avec des initiatives récentes de regroupement de la recherche (IUC à l'est, projets au nord, au sud, à l'ouest, SIRIC Carpem) ;
- poursuivre l'examen de l'offre de soins par pathologie avec les spécialistes, en commençant par les cancers du sein ;
- aider les GH dans leurs relations avec les établissements de soins voisins d'Île-de-France pour la prise en charge des cancers.

Le président précise que les trois instituts universitaires sur le cancer seront invités à participer au comité : l'Institut universitaire du cancer de Paris VI, le SIRIC CARPEM de Paris V et l'Institut universitaire d'hématologie de Paris VII.

Le P^r René ADAM pose la question de l'amélioration de la visibilité de l'APHP en matière de cancer car vu sous le prisme du patient il peut être plus facile de recourir à un centre anti-cancéreux qu'à un centre de l'APHP, le traitement du cancer n'étant qu'une des multiples

activités de l'AP-HP. L'expertise des centres de l'AP-HP reste encore en effet trop souvent confidentielle. La communication vis-à-vis des patients doit être améliorée.

Le P^r Bernard NORDLINGER précise que la labellisation des centres intégrés a constitué, sur ce point, un progrès, bien que ceci reste insuffisant.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si les travaux du précédent comité ont été évalués et ajoute que la problématique des fins de vie doit être abordée.

Le P^r Bernard NORDLINGER indique que l'AP-HP, par sa multidisciplinarité, peut faire face aux complications des traitements de cancers et à la problématique des fins de vie. S'il est difficile de réaliser une évaluation chiffrée des travaux du précédent comité, l'organisation générale a été améliorée.

Le président insiste sur le rôle majeur de l'AP-HP dans la problématique de la fin de vie des malades cancéreux.

Le P^r Yves COHEN souligne que le comité devra définir une stratégie organisationnelle en impliquant les administratifs de chaque GH.

Le président précise avoir demandé à chaque président de CMEL le nom de deux collègues cliniciens (chirurgien et médecin), en indiquant qu'il retiendrait un seul représentant pour chaque GH. La présence d'un administratif de chaque GH ne lui paraît en revanche pas opportune, compte tenu de la taille du groupe, d'autant plus que deux directeurs de GH participeront déjà au comité.

Le P^r Bernard NORDLINGER ajoute qu'il sera toujours possible de prévoir des invités lors des débats sur les problématiques financières.

Le P^r Serge UZAN suggère de s'inspirer d'Unicancer, regroupant l'ensemble des CLCC qui a récemment produit des documents sur des objectifs de santé publique en matière de cancer extrêmement pertinents, qui pourraient être distribués. Un label cancer AP-HP doit par ailleurs être créé pour les hôpitaux qui souhaitent s'engager en faveur de la même qualité de prise en charge du cancer que les CLCC. Demain, la mortalité par cancer du sein résultera davantage de la complication des traitements. La formation sera également essentielle et une plus grande sélectivité des hôpitaux sera nécessaire pour améliorer la visibilité.

Le P^r Jean-Philippe WOLF suggère d'intégrer la problématique de la préservation de la fertilité, sur laquelle l'AP-HP est la seule à avoir développé une expertise.

Le président propose qu'un membre du comité pourrait être spécialiste de cette question.

Le P^r Martin HOUSSET considère que le COC a amélioré la visibilité interne de la Cancérologie à l'APHP, et a de plus favorisé des regroupements de services, avec la création des CIN, dans plusieurs Facultés et GH. Une évaluation de ces restructurations est souhaitable.

Le P^r Bernard NORDLINGER note que les regroupements entraînent évidemment, dans un premier temps, des difficultés d'organisation, et rappelle, sur ce point, ne pas être certain de l'importance de la proximité dans le cadre du traitement d'une pathologie telle que le cancer, d'autant plus que l'éloignement est souvent relatif en région parisienne.

M. Matthieu PICCOLI suggère d'associer des représentants de la médecine ambulatoire. Une meilleure visibilité auprès des médecins ambulatoires conduirait nécessairement à une plus grande attractivité des centres AP-HP. Les généralistes doivent être davantage associés dans les prises de décisions médicales, comme prévu légalement dans les RCP.

Le président précise avoir demandé au P^f Bernard NORDLINGER d'inclure un généraliste au sein du groupe de travail.

Le P^f Bernard NORDLINGER insiste, à cette occasion, sur l'importance de l'assiduité aux réunions.

Le P^f Marie-Cécile VACHER-LAVENU estime qu'il ne faut pas oublier la prévention et l'importance des recueils de données où le rôle des pathologistes est très important. De plus, les réseaux d'expertise au sein de l'AP-HP doivent être plus visibles et valorisés. Dans ces réseaux, l'AP-HP compte pour un seul centre alors que chaque CLCC est distingué. Enfin l'AP-HP doit disposer de plateformes pour réaliser des diagnostics personnalisés de cancer et pouvoir faire face à la concurrence de réseaux structurés comme Unicancer.

Le P^f Bernard NORDLINGER confirme que ce point a été intégré aux objectifs et ajoute que l'AP-HP devra évidemment s'impliquer sur la prévention, qui fait partie du nouveau Plan cancer.

Le président note que le comité comprendra un spécialiste de l'anatomo-pathologie.

Le P^f Paul LEGMANN suggère qu'un chef de pôle (habilité à définir un parcours de soins spécifique) participe au comité.

Le président va réfléchir à cette proposition.

Le P^f Serge UZAN estime essentiel de fixer un certain nombre de critères de suivi, à présenter annuellement, et rappelle que trois critères ont été fixés au sein de l'Institut universitaire de cancérologie de Paris VI : les réponses transversales aux appels à projets et le volume financier de ces appels (ANR et PHRC), le classement, l'attractivité et le nombre de patients.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que le remplacement du COC par ce comité constitue une évolution naturelle. Le comité travaillera sur la feuille de route du futur plan stratégique.

Le président estime que dans le cadre des travaux du prochain plan stratégique, ce comité devra ouvrir un débat sur la gériatrie et la cancérologie.

V. Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que la CME sera consultée à partir de 2014 sur le plan global de financement pluriannuel présenté en juin de l'année en cours. Seront présentés le cadrage du PLFSS, les orientations internes pour le budget 2014 et les travaux sur l'efficience.

Le PLFSS et ses enjeux :

L'ONDAM prévisionnel 2013 ne devrait pas être dépassé :

- sous-exécution globale de l'ONDAM de -500 M€ ;
- sous-exécution de l'ONDAM hospitalier de -50 M€, malgré un dépassement de la prévision sur les produits facturés en sus des séjours.

L'ONDAM hospitalier 2014 est en hausse de 2,3 % (+ 2,4 % en 2012) et s'établira à 75,5 Mds€. Il s'agit du taux de croissance de l'ONDAM le plus faible depuis 1998.

L'enveloppe consacrée au FIR (fonds d'intervention régional) est pour la première fois identifiée à hauteur de 3,2 Mds€. Cette enveloppe, à disposition des ARS, permet de financer notamment la permanence des soins, mais aussi les restructurations ou les initiatives en matière de télémédecine. Elle doit progresser comme l'ONDAM global.

Les évolutions s'appuient sur les travaux du Coretah (comité de réforme de la tarification hospitalière).

S'agissant du volet tarifs, une expérimentation des tarifications au parcours sera menée dans le cadre de l'insuffisance rénale chronique et de la radiothérapie. Sera parallèlement mise en œuvre une dégressivité tarifaire pour réguler les effets inflationnistes de la T2A, à travers un seuil ou une progression d'activité. Le décret est sur ce point encore attendu, et la vigilance reste de mise sur la rédaction de ce texte.

Concernant le volet MIGAC-FIR, une enveloppe de 36 M€ est allouée pour le financement des activités isolées afin de permettre le maintien d'une offre hospitalière de proximité.

Le PLFSS comprend également des mesures en matière de facturation directe : maintien de la date du 1^{er} mars 2016 pour la mise en place de la FIDES sur les consultations et actes externes. Pour les séjours, la date a été fixée au 1^{er} mars 2018. Le PLFSS comprend un financement expérimental de la télémédecine dans le cadre du FIR. Il rappelle la modification introduite dans le cadre des CAQOS (contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins) et durcit les modalités de remboursement des transports sanitaires.

Le tendancier national des dépenses hospitalières s'établirait à 3,07 %. L'ONDAM étant de 2,3%, l'attente en termes d'économies est de l'ordre de 0,77 point, soit 577 M€ répartis de la manière suivante : 137 M€ d'économies sur les produits de santé ; 440 M€ de mesures d'efficacité (économies relatives aux achats, amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge).

Le cadrage AP-HP :

S'agissant de l'AP-HP, **M^{me} Carine CHEVRIER** rappelle que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2013-2020 a été arrêté par la directrice générale le 10 juin 2013 et approuvé par l'ARS le 24 juillet 2013. Le cadrage général a décalé de 2 ans le retour à l'équilibre, soit 2016 pour le compte principal. Un déficit comptable de 45 M€ a été contractualisé sur le compte principal pour l'année 2014. Ce niveau de résultat est une condition indispensable pour poursuivre l'investissement avec une CAF de 272 M€ et une marge brute de 388 M€.

Le PGFP traduit la reprise des investissements, notamment sur les équipements, les plans travaux et le système d'information. S'agissant de 2014, est prévue la répartition suivante : 195 M€ pour les travaux, 100 M€ pour les équipements, et 80 M€ pour le système d'information.

Pour faire face à la progression modérée des ressources assurance-maladie, le PGFP prévoit sur les prochaines années une hausse des recettes et une réduction des dépenses de l'ordre de 0,5 % par an en moyenne sur la période.

Pour 2014, au vu des informations disponibles, certaines hypothèses prises en considération dans le PGFP doivent être ajustées. À cet égard, la baisse tarifaire de l'AME aura un impact de 12 M€.

Les travaux sur l'efficience :

Un groupe de travail constitué en juin 2013 a posé les principes suivants :

- rejet de l'idée d'objectifs linéaires identiques à tous les établissements ;
- clés de répartition porteuses d'équité et de redistribution ;
- efficience sur les services centraux et généraux.

Deux approches sont à l'étude :

- une approche multicritère intégrant des paramètres plus nombreux que les années précédentes (investissements futurs, urgences) afin de mieux répartir l'effort d'efficience entre GH ;
- une approche monocritère tenant compte de la réalité des facteurs de production et de la trajectoire accomplie (notion de marge brute du GH).

Dans tous les cas, l'approche retenue visera à permettre à l'AP-HP de tenir les engagements du PGFP. Des réunions de travail seront organisées dans les prochains jours avec pour ambition de partager un cadrage fin novembre-début décembre.

Le D^r Patrick PELLOUX demande si des emplois seront créés à l'AP-HP, toutes catégories professionnelles confondues, alors que parallèlement, les mesures pour l'emploi destinées aux entreprises permettent aux cliniques privées de percevoir 350 M€. Le D^r Patrick PELLOUX ajoute que les sapeurs-pompiers de Paris pourraient réclamer une indemnité pour carences d'ambulance due aux regroupements hospitaliers qui entraînent une augmentation des transports sanitaires. Enfin, il s'enquiert de l'avancement des procédures de recouvrement des impayés vis à vis de certains pays.

M^{me} Carine CHEVRIER précise qu'une hypothèse de hausse de 1% de la masse salariale 2014 a été retenue dans le PGFP. Les efforts porteront principalement sur la dépense de remplacement. **M^{me} CHEVRIER** rappelle que l'AP-HP a atteint un haut niveau de recrutement en 2012-2013.

S'agissant de l'AME, une baisse de tarif du fait de l'augmentation des volumes est votée. Cette mesure a un impact majeur pour l'AP-HP : -12 M€ cette année ; et -11 M€ l'année prochaine. Pour répondre à la question sur le recouvrement, **M^{me} Carine CHEVRIER** rappelle que cette mission est prise en charge par la Direction générale des finances publiques. Elle précise qu'une amélioration du recouvrement des créances étrangères a été réalisée entre janvier et juin 2013. Depuis, des créances importantes sont de nouveau enregistrées mais les actions se poursuivent en lien avec le ministère.

Le P^r Philippe GRENIER souhaite des précisions sur l'effort d'efficience qui sera demandé aux GH cette année et estime que pénaliser les GH à l'équilibre constituerait un message extrêmement négatif.

Le P^r Ariane MALLAT ajoute que l'augmentation des efforts d'efficience d'un facteur de 3 ou 4 demandés aux GH déjà à l'équilibre est inatteignable.

M^{me} Carine CHEVRIER souhaite apporter des précisions afin qu'aucun malentendu ne subsiste sur le sujet. En 2013, l'effort avait été concentré sur les quatre GH déficitaires et finalement les autres GH n'avaient pas beaucoup été sollicités initialement. Ils avaient finalement contractualisé au delà de ce qui était demandé initialement. Pour 2014, l'objectif est de demander à l'ensemble des GH de tenir leurs résultats. Pour cela, des efforts en matière de recettes et de dépenses sont nécessaires. Une démarche équitable mais dégressive sera mise en place. Les GH ayant une situation plus dégradée devront continuer à progresser. En matière d'efficience, **M^{me} CHEVRIER** rappelle que 29 M€ avaient été demandés l'année dernière à Paris-Est. 19 M€ ont finalement été contractualisés. 23 M€ avaient été demandés à Avicenne ; 6 M€ ont été contractualisés. 6 M€ avaient été demandés à La Pitié-Salpêtrière ; 10 à 11 M€ ont été contractualisés. Les clés évoluent ainsi suite aux négociations avec chaque GH.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que l'évolution de l'ONDAM est une décision de nature politique sur laquelle la CME n'a pas prise. L'efficience est donc discutable politiquement mais c'est la répartition de l'efficience sur laquelle la discussion de CME peut porter. L'approche multicritère pour la répartition de l'efficience peut prendre en compte les investissements passés, le niveau du déficit, les investissements futurs, la typologie de la patientèle accueillie, la programmation ou non des hospitalisations. Cette approche multicritère est plus pertinente pour prendre en compte les particularités de chaque GH. Cette approche semble avoir été abandonnée ce qui est regrettable. Alors pour prendre en compte les situations diverses (bassin de population, environnement socioéconomique...) il faut intégrer dans les clés de répartition le nombre d'hospitalisations via les urgences en cohérence avec la charte votée en octobre. Cela ne veut pas dire que l'efficience soit acceptée.

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle qu'il est naturel que chacun voie l'équité à sa porte et souligne que les variations sont majeures selon les méthodes. Il craint une démobilisation des GH qui ont travaillé à un retour à l'équilibre.

Le D^r Guy BENOIT salue le maintien des investissements, mais juge en revanche inquiétante la diminution des tarifs de la T2A, compte-tenu de l'activité réalisée par l'AP-HP. On peut imaginer que la baisse du remboursement des médicaments T2A et des dispositifs médicaux soit également préjudiciable à l'institution. Il demande si l'augmentation d'activité de 1,4% est réaliste et si les prévisions 2013 ont effectivement été tenues.

M^{me} Carine CHEVRIER indique que les prévisions d'activité n'ont pas encore été atteintes en volume, notamment en chirurgie en 2013. En revanche, la traduction en recettes est honorable. Au sein du PGFP, une hypothèse de volume d'activité de 1,5% a été retenue pour 2014-2015, et de 1% ensuite pour une hypothèse de baisse de tarifs de 1%, qui pourrait être réévaluée.

Le président note que les efforts d'efficience sur l'Hôtel-Dieu doivent être intégrés.

Le P^r Paul LEGMANN remercie **M^{me} Carine CHEVRIER** pour la clarté de son exposé et se félicite que la ligne budgétaire soit tenue, en particulier vis-à-vis des investissements futurs. L'unicité de l'AP-HP doit valoir tant auprès des établissements en difficultés que ceux affichant des résultats comptables à l'équilibre. La reconnaissance de l'activité spécifique de

téléconsultation est par ailleurs essentielle. Le P^r Paul LEGMANN demande si une ligne budgétaire spécifique est prévue sur ce point.

M^{me} Carine CHEVRIER indique que la ligne FIR télémédecine s'appuie sur un certain nombre de conventions. L'objectif est, sur ce point, d'améliorer la contractualisation et d'apporter une plus grande clarification dans les tarifs.

VI. Projets immobiliers de l'AP-HP qui seront proposés à L'ARSIF pour soumission au comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

M^{me} Carine CHEVRIER indique que ce point fait suite à une présentation en directoire. Le COPERMO a été créé en décembre 2012 et une circulaire de juin 2013 en précise les modalités de fonctionnement. Ce comité a pour objectifs prioritaires la validation des projets d'investissement, la coordination des programmes nationaux d'amélioration de la performance et les modalités de retour à l'équilibre financier des établissements les plus en difficultés.

S'agissant du volet performance, l'AP-HP, ayant un déficit inférieur à 1 % de ses produits, n'est pas soumise au contrôle du COPERMO.

Le volet investissement vise à définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et à valider les projets d'investissement d'ampleur exceptionnelle et ceux demandant à être soutenus au niveau national.

Deux temps de décision peuvent être distingués :

- décision d'éligibilité, qui s'appuie sur la finalisation d'une évaluation socio-économique. Une contre-expertise est alors effectuée. Cette étape nécessite 2 à 3 mois.
- autorisation puis éventuel cofinancement national (durée 2 à 6 mois).

Les critères d'entrée sont les suivants :

- les projets dont le montant est supérieur à 50 M€ HT. À la demande des ARS, le COPERMO peut se saisir de projets dont le coût est inférieur.
- les projets susceptibles de bénéficier d'une aide de l'échelon national ;
- les projets non-démarrés.

Les critères d'évaluation de la performance sont élevés :

- objectif minimum de marge brute d'exploitation de 8% ;
- taux de prise en charge en ambulatoire de 50% (en chirurgie et médecine).

Les exigences sont accrues en termes de contre-expertise :

- forte attention portée par le comité sur la qualité des documents et analyses demandés ;
- demande aux ARS d'une contre-expertise précise et objectivée des projets d'investissement, en se référant aux meilleures pratiques et référentiels.

Les modalités financières ont été précisées par la circulaire ou les présentations de la DGOS afférentes :

- principe d'une aide au maximum de 50 % du montant de l'investissement ;
- répartition aide en capital/aide en exploitation modulée en fonction du taux d'endettement initial de l'établissement ;

- demande de maximisation de l'autofinancement (marge brute ou cessions).

Deux dossiers sont en cours de préparation pour être présentés pour « éligibilité » :

- Lariboisière : la présentation du projet médical est achevée et les premières réunions de travail avec l'ARS ont été organisées en octobre 2013, pour un objectif de validation du contenu des dossiers en décembre et janvier.
- Regroupement Bichat-Beaujon : production en cours du projet médical et capacitaire, et problématique de la localisation géographique en cours d'instruction avec l'appui de l'ARS.

Le projet Henri Mondor ne sera finalement pas présenté, puisque son montant est inférieur à 50 M€ HT.

Le président insiste sur l'importance du COPERMO en matière immobilière. Il cède la parole au P^r Jean MANTZ, président de la CMEL, pour évoquer le regroupement Bichat-Beaujon.

Le P^r Jean MANTZ explique que les grandes lignes du projet médical ont été présentées au directoire fin octobre. Le projet du regroupement Bichat-Beaujon reprend les axes forts des deux hôpitaux et une partie innovation, notamment en matière d'organisation et de gestion des parcours des patients arrivant au SAU. La communauté médicale s'est fortement impliquée dans ces projets au travers de groupes de travail. Les aspects fonciers (emplacement du site) ainsi que le plan médico-économique du projet devront être précisés rapidement.

Le P^r Ariane MALLAT précise que le projet de réorganisation du plateau technique d'Henri Mondor n'a pas été retenu par le directeur de l'ARS en dépit du soutien du GH et du siège. La direction générale portera pour partie le projet en autofinancement. Toutefois, seuls pourront être réorganisés les blocs opératoires, les réanimations et la partie interventionnelle, et non la biologie. Le projet étant hospitalo-universitaire (plan Mondor Campus 2020), la restructuration du plateau de biologie sera néanmoins essentielle.

Le D^r Anne GERVAIS souhaite savoir le plan capacitaire et rappelle que la construction d'un nouvel hôpital nécessite au minimum 500 M€ alors que le COPERMO ne prévoit qu'au maximum 300 M€ par an pour l'ensemble des investissements nationaux, elle souhaite donc savoir quel montant l'APHP peut obtenir.

M^{me} Carine CHEVRIER note que l'AP-HP demandera évidemment le montant maximal, tout en reconnaissant que le plafond de financement serait autour de 50%. L'appui financier sera en outre pluriannuel

VII. Plan d'action pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP

Le président rappelle que les dispositions du décret du 20 septembre 2013 relatives aux nouvelles missions de la CME imposent la désignation d'un référent en antibiothérapie, qui sera invité à la CME lorsque le sujet sera inscrit à l'ordre du jour. Ce référent est désigné par le directeur général sur proposition du président de la CME. Le P^r Daniel VITTECOQ assurera ce rôle. Il lui cède la parole pour présenter le plan d'action pour le bon usage des antibiotiques.

Le P^r Daniel VITTECOQ indique que l'évolution est préoccupante avec de plus en plus de résistance bactérienne et de moins en moins de ressources nouvelles. La France reste l'un des plus gros consommateurs européens d'antibiotiques, avec une consommation moyenne par

habitant supérieure de 30% à la moyenne européenne. Le nouveau plan antibiotique fixe désormais un objectif chiffré de -25% d'ici 2016.

Le calcul des doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 journées d'hospitalisation sont supérieures à 24 heures fait apparaître une hausse de la consommation de 1% en 2011 et de 4% en 2012. La consommation de ceftriaxone est quant à elle en hausse de 3% en 2011 et de 12% en 2012.

La consommation globale d'antibiotiques affiche une très légère baisse de -0,73% au 1^{er} semestre 2013 par rapport au 1^{er} semestre 2012. Les antibiotiques les plus souvent utilisés sont l'amoxicilline/inhibiteur d'enzyme, l'amoxicilline, la ceftriaxone et la ciprofloxacine.

L'utilisation de l'association amoxicilline/acide clavulanique, des C3G ou encore des fluoroquinolones varie toutefois fortement en fonction des centres. La consommation des anti-SARM mérite en tout état de cause une explication au regard de la diminution régulière de ces bactéries au sein de l'AP-HP.

La première action consiste à informer la CME et la direction générale, ainsi que les GH (direction et CMEL), avec une aide à l'interprétation afin que les CMEL prennent conscience de la situation et définissent une stratégie. Les consommateurs les plus importants doivent savoir que l'AP-HP escompte une diminution de leur consommation. Des objectifs pourraient être fixés.

La deuxième action consiste à dresser un bilan de la référence antibiotique. Si chaque site dispose de son référent, les attentes devront être précisées afin d'améliorer leur efficacité.

La troisième action est de lancer une opération en 2014 pour susciter une prise de conscience et impacter les volumes. Une enquête « un jour donné » évaluant la consommation d'un antibiotique à gros volume (association amoxicilline/acide clavulanique) sur tous les services sera ainsi menée. Seront évalués l'indication, la dose, le dossier médical, la durée, la réévaluation ou encore la documentation de l'infection. L'évaluation sera centralisée et les résultats seront transparents.

Une véritable prise de conscience est nécessaire au regard des conséquences dramatiques probables d'ici quelques années.

Le président s'interroge sur l'efficacité des systèmes d'information dans le cadre de la lutte contre la prescription abusive des antibiotiques.

Le P^f Daniel VITTECOQ explique que l'objectif est de se préparer à l'outil ORBIS, qui permettra aux référents antibiotiques de mener des analyses et aux équipes médicales de mieux collaborer, avec notamment un rappel de la réévaluation nécessaire.

Le D^f Patrick PELLOUX remercie le P^f Daniel VITTECOQ pour la qualité de son exposé sur cette guerre à l'échelle planétaire, et demande si la consommation d'antibiotiques varie en fonction du passage des visiteurs médicaux.

Le P^f Daniel VITTECOQ précise que la COMAI n'a pas les moyens de vérifier ce paramètre.

Le P^f Béatrice CRICKX note, s'agissant d'ORBIS, que des réunions ont été organisées avec le D^f Sandra FOURNIER, notamment pour rappeler la nécessité de la réévaluation de la prescription.

Le D^r Vincent JARLIER indique que le rôle principal du référent antibiotiques est l'élaboration et l'application d'une politique générale concernant les antibiotiques dans l'hôpital, beaucoup plus que l'aide à et non à la prescription individuelle. Il ajoute qu'il devra disposer d'un certain degré hiérarchique et d'une forte reconnaissance au sein de son établissement afin de pouvoir imposer les bonnes pratiques.

Le président demande si de nouveaux principes sont en préparation afin de remplacer les actuels antibiotiques.

Le P^r Daniel VITTECOQ précise que les nouveaux produits ne seront pas disponibles avant 5 ans, d'où la nécessité de prescrire au mieux les antibiotiques.

Le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE insiste sur le fait que si on ne réalise pas que nous serons toujours perdant vis-à-vis des bactéries au regard des antibiotiques, il n'y aura pas de mise en place d'une stratégie pour le bon usage des antibiotiques.

Le P^r Gérard REACH demande si des éléments sociologiques peuvent expliquer les disparités entre hôpitaux et s'il existe des différences inter-services au sein d'un même établissement.

Le P^r Yves COHEN appelle à une certaine prudence dans l'analyse des diaporamas. En particulier pour l'utilisation de la ceftriaxone, il paraît nécessaire d'analyser la consommation complète des céphalosporines de 3^{ème} génération.

Le P^r Daniel VITTECOQ indique que cette présentation ne vise pas à stigmatiser certains hôpitaux, certaines activités pouvant justifier les consommations. Le travail d'analyse devra être réalisé par chaque établissement pour que chaque CMEL se saisisse du sujet. L'AGEPS pourra accompagner la démarche si besoin.

Le P^r Gérard REACH demande si l'enquête fait partie des pratiques exigibles prioritaires.

Le P^r Daniel VITTECOQ précise que la démarche peut s'intégrer dans les EPP selon lui.

Le président insiste sur le degré d'urgence de la situation.

VIII. Rapport d'activité du groupe de travail de la CME sur la télémédecine à l'AP-HP

Le P^r Elisabeth DION indique que le groupe de travail a été constitué il y a un an avec les objectifs suivants :

- recensement des réseaux existants à l'AP-HP en coordination avec la DMA ;
- liaison avec l'ARS et préparation de la contractualisation désormais obligatoire ;
- détection et aide aux projets émergents ;
- identification des axes innovants ;
- amélioration de la visibilité des réseaux de télémédecine.

Le groupe est composé d'un certain nombre de spécialistes et s'est recentré autour du plan stratégique. Il travaille notamment en lien avec la DMA et avec les différentes directions (Finances, Juridique, Informatique).

Le groupe a rédigé un rapport recensant les réseaux de télémedecine. Un correspondant télémedecine (représentant administratif ou hospitalier, ou un binôme) a été désigné au sein de chaque GH.

La contractualisation avec l'ARS est désormais obligatoire. L'obtention des financements en dépend. Les contrats sont systématiquement analysés par le groupe en lien avec la DMA. L'AP-HP doit, dans ce cadre, défendre le périmètre des réseaux labellisés par la CME.

L'analyse des réseaux de télémedecine s'appuie sur un dossier à renseigner par le porteur de projet. Deux rapporteurs sont désignés, l'un faisant partie du groupe CME, l'autre choisi dans le domaine de spécialité du projet. Le groupe CME analyse la pertinence médicale, le caractère innovant, le lien avec les collégiales de spécialité, la faisabilité du projet, le porteur de projet, la cohérence avec le plan stratégique et l'articulation avec les objectifs ARS. Il est indispensable que la CME soit informée et donne son avis sur la pertinence d'un réseau.

Plusieurs réseaux ont ainsi été constitués : Ophdiat ; Télépathologie Ile-de-France ; Telcoms ; Matrix Néonate ; Ortif AVC ; Telderm urgence ; et Diabgest.

La télémedecine s'est développée dans les pays étrangers pour les maladies chroniques, la santé des détenus, la radiologie, la dermatologie et la psychiatrie. Ce développement est motivé par l'éloignement, la démographie médicale et les aspects économiques.

Les études sur la télémedecine (études de coût efficacité) restent toutefois peu nombreuses. Les malades trouvent avantage à la télémedecine si le temps de déplacement est long. La téléconsultation évite la perte de productivité (pour les patients et leurs accompagnateurs). La télémedecine diminue la durée d'hospitalisation et de réhospitalisation, particulièrement pour les patients graves. Le coût de la télémedecine est plus élevé les deux premières années et diminue avec le volume d'activité et la gravité des patients.

S'agissant du modèle économique, un financement est prévu pour des deuxièmes avis sur indication ciblée dans le cadre de l'Assurance maladie. En matière de radiologie, le forfait technique est dissocié de l'acte intellectuel. À l'étranger, la liberté est beaucoup plus grande et l'institution peut fixer ses tarifs.

La DGOS s'est fixée les priorités suivantes en matière de télémedecine :

- permanence des soins en imagerie ;
- prise en charge des AVC ;
- santé des personnes détenues ;
- prise en charge des maladies chroniques ;
- soins en structure médico-sociale ou en HAD.

Les réseaux bien établis (Ophdiat, Telif Ortif, Télégéria) doivent être mieux pilotés et financés, voire étendus. Les réseaux émergents (Télépathologie, Telderm urgences) doivent être soutenus en matière de logistique et de pilotage. Quant aux réseaux à développer (DMLA, rythmologie, psychiatrie, permanence des soins radiologie), il s'agit de se concentrer sur les réseaux stratégiques, intéressants au plan économique ou ceux pouvant alimenter une base de recherche.

Enfin, la visibilité des réseaux de télémedecine doit être améliorée, avec notamment le site internet, en lien avec les correspondants de télémedecine. Un travail doit parallèlement être mené avec les CMEL pour définir les axes prioritaires.

Le président indique que ce groupe de travail sera prolongé au moins pour un an compte tenu de l'importance de ce domaine dans la politique de santé. Des critères d'agrément AP-HP ont été dégagés. Quelques réseaux ont été confirmés ; d'autres n'ont pas été retenus. Les actes de télémédecine devraient faire l'objet d'une facturation, c'est-à-dire être sources de revenus pour l'institution.

Le P^r Élisabeth DION indique que les pilotages sont à redéfinir avec l'ARS. Les experts de l'AP-HP sont en effet parfois mis à l'écart par l'ARS. Un groupe commun avec l'ARS pourrait être constitué.

Le président note que l'AP-HP est inévitable en Île-de-France et doit conserver son avance lorsqu'elle est légitime.

Le P^r René ADAM attire l'attention sur le développement de la domomédecine.

Le P^r Élisabeth DION explique que la domomédecine fonctionne très bien, notamment en diabétologie et en cardiologie.

Le D^r Jon Andoni URTIZBEREA indique qu'un système de télémédecine a été mis en place à l'hôpital d'Hendaye pour assurer la permanence des soins en radiologie. Les clichés sont ainsi lus à l'Hôtel-Dieu.

Le D^r Matthieu PICCOLI estime que la télémédecine ne doit pas occulter le lien entre les médecins hospitaliers et les médecins ambulatoires. Pour cela, la communication des comptes rendus d'examen et d'hospitalisation *via* les messageries sécurisées est essentielle.

Le P^r Béatrice CRICKX demande si l'assurance maladie offrira à terme la possibilité de coder un acte pour la télémédecine.

Le P^r Élisabeth DION indique que seuls seront financés des deuxièmes avis très spécifiques en matière de rétinopathie diabétique et d'actes spécifiques en anatomie-pathologique. Les dialogues avec l'assurance maladie sont ouverts et progressent lentement. L'assistance Publique doit être en mesure de proposer des expérimentations sur les remboursements d'actes spécifiques.

Le président remercie le P^r Élisabeth DION et insiste sur la présence de ce sujet essentiel dans le futur plan stratégique.

IX. Relevé des activités et des effectifs médicaux des services de l'AP-HP

M^{me} Julia SAUTEREY indique que les objectifs sont de comparer, à l'échelle de l'AP-HP, pour des services dont l'activité est similaire, des niveaux d'activité médicale et des effectifs médicaux. L'ensemble des services ont été examinés sur l'année 2012 (MCO, urgences, SSR, psychiatrie, plateaux techniques sauf SLD et EHPAD). Aucun ratio n'a été calculé. Seules les informations disponibles dans les systèmes d'information ont été exploitées (OPALE, SIRIUS, bases PMSI, données DEFIP et DRCD).

Les données relatives aux effectifs médicaux disponibles au niveau des structures médicales (services, départements, UF) se fondent sur les ETPR moyens 2012 regroupés par grandes catégories, y compris les internes et les faisant fonction d'interne (FFI). Sont exclus les étudiants et les dépenses de permanence des soins. La définition des spécialités de 2011 et de l'appariement au service ont été repris, avec une mise à jour des structures 2012.

Un travail de vérification et de validation de la cohérence des données a été mené par les pôles de chaque GH. Les éléments ont ainsi été envoyés aux chefs de pôle et responsables administratifs, ainsi qu'aux directeurs des affaires médicales. Les réponses reçues (32%), d'une grande qualité, ont été exploitées pour corriger le rapport.

Les évolutions suivantes ont été retenues pour les indicateurs 2012 :

- prise en compte du temps médical des internes et FFI ;
- intégration des scores SIGAPS ;
- mise en place d'un échange direct avec les pôles.

S'agissant des indicateurs à venir, sont à l'étude :

- l'intégration du temps médical consacré à la permanence des soins ;
- la comptabilisation des ICR générés par les activités de consultation ;
- l'envoi des fichiers d'activités détaillés par UA afin de faciliter la vérification des données par les pôles.

Un travail devra être mené dans le système d'information sur la poursuite des efforts d'affectation des ressources à chacune des activités produites.

Le D^r Patrick DASSIER note que l'anesthésie-réanimation présente ce type de bilan depuis plusieurs années et ajoute que cette transparence devra s'étendre à l'ensemble des activités dont certaines spécialités n'apparaissent pas.

Le P^r Catherine BOILEAU demande s'il est possible de mettre en place un contrôle automatique de l'ensemble des données car certaines aberrations sont notées. A titre d'exemple une activité comptabilisé sans aucun temps médical.

M^{me} Julia SAUTEREY explique que les situations où des activités sans personnels médicaux associés ont été soumises aux chefs de pôle pour analyse, mais ajoute que l'AP-HP n'a pas les moyens techniques d'automatiser les contrôles.

Le président note que tous les chefs de service et chefs de pôle doivent disposer de ce document et suggère qu'il soit accessible sur la partie publique du site de la CME.

M. Jérôme HUBIN rappelle que ce guide a, par le passé, été diffusé par mail aux présidents de CMEL et directeurs de GH. Il propose de diffuser le guide 2012 dans les mêmes conditions.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE salue la démarche de transparence et suggère de comparer la densité médicale des services. Il note que les chefs de service rempliraient les tableaux si la révision des effectifs en dépendait, et demande si les praticiens nommés dans le cadre d'activités de référence sont intégrés aux calculs.

M^{me} Julia SAUTEREY confirme que les effectifs qui remontent sont ceux affectés à une structure pour une année donnée. Le financement n'est pas renseigné.

Le P^r François HAAB remercie M^{me} Julia SAUTEREY d'avoir intégré les activités ambulatoires et s'interroge sur les modalités de répartition des activités multi-sites.

M^{me} Julia SAUTEREY explique que la consultation est affectée au site principal qui assure l'hospitalisation. Lorsque les services bi-sites sont découpés à l'UF, l'activité reste, dans ce cas, au sein de l'UF si le personnel y est affecté.

X. Effectifs médicaux, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques du siège de l'AP-HP

M. Jean-Michel DIÉBOLT indique que les effectifs médicaux du siège sont de 44,1 équivalents temps plein (ETP), 7,5 ETP relevant du C-CLIN Nord et 4 internes. Par ailleurs, 4,9 ETP sont recensés dans le personnel non médical alors qu'ils disposent toutefois d'un diplôme de médecin. Les effectifs médicaux sont majoritairement rattachés à la DMA.

Trois services partagés emploient des effectifs médicaux : le DRCD (département de la Recherche clinique), NSI patients et le DPCM (département du développement professionnel continu médical). L'essentiel des médecins du DRCD (90,12 ETP) travaillent au sein des établissements dans les URC, excepté 3 médecins et 2 personnes rattachées au CEDIT.

Le **président** se félicite de ce recensement, qui est effectué pour la première fois.

XI. Questions diverses

Le **D^r Michel DRU** indique que le *Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs* (SNPHAR) a déposé un préavis de grève pour le 28 novembre en vue de la reconnaissance de la pénibilité de l'exercice des médecins soumis à la permanence des soins.

XII. Approbation du compte-rendu de la réunion du 9 juillet 2013

Le compte-rendu de la réunion du 9 juillet 2013 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 11 heures 55.

* *
*
*
*

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

mardi 10 décembre 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 27 novembre 2013 à 16 heures 30