

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 14 OCTOBRE 2014**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 9 DÉCEMBRE 2014**

SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président de la CME	6
II.	Avis sur la désignation des quatre représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP)	7
III.	Contribution de la CME au projet médical de l'Hôtel-Dieu : méthode	7
IV.	Certification V2014 des établissements de soins : principes et nouveautés	8
V.	Point sur la mission d'appui concernant le système d'information ORBIS : constats et perspectives	10
VI.	Pilotage de la masse salariale des personnels médicaux	14
VII.	Point sur le financement des postes de DES (diplômes d'études spécialisées, ou internes) supplémentaires accueillis à l'AP-HP en novembre 2014	19
VIII.	Questions diverses	
IX.	Approbation du compte rendu de la réunion du 8 juillet 2014	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations émanant du président de la CME (P^r Loïc CAPRON)
2. Avis sur la désignation des 4 représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) (directeur général et président de la CME)
3. Contribution de la CME au projet médical de l'Hôtel-Dieu : méthode (P^r Loïc CAPRON)
4. Certification V2014 des établissements de soins : principes et nouveautés (M. Thomas LE LUDEC, directeur délégué, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute autorité de santé [HAS])
5. Point sur la mission d'appui concernant le système d'information ORBIS : constats et perspectives (M^{me} Amélie VERDIER)
6. Pilotage de la masse salariale des personnels médicaux (M^{me} Christine WELTY)
7. Point sur le financement des postes de DES (diplômes d'études spécialisées, ou internes) supplémentaires accueillis à l'AP-HP en novembre 2014 (M^{mes} Christine WELTY et Carine CHEVRIER)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la réunion du 8 juillet 2014

SÉANCES RESTREINTES

Composition A

Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^f Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Ghislaine BRÉFORT
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le P^f Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Gérard CHÉRON
- M. le P^f Thierry CHINET
- M. le P^f Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} Magalie DELAHAYE
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^f Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Noël GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF
- M. Valentin JOSTE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M. le Pr Philippe MENASCHE
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^{me} 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^f Dominique VALEYRE
- M. le P^f Jean-Philippe WOLF
- M. le P^f Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***
 - M^{me} Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^r Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
 - M. le P^r Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
 - M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
 - M. le P^r Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis Diderot
 - M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
 - M. le P^r Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
 - M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Gwenolée ABALAIN, chargée de mission sur le plan stratégique
 - M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
 - M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M^{me} Laurence NIVET, directrice de l'HÀD et du projet Hôtel-Dieu - HÀD
 - M. Hadrien SCHEIBERT, directeur adjoint de cabinet du directeur général
 - M^{me} Sophie TERQUEM, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
 - M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
 - M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- ***Représentante de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Michel DRU, Louise GOUYET, Jean MANTZ
 - M^{me} Marion TEULIER, M. Olivier YOUINOU

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

I. Informations émanant du président de la CME

Le président souhaite la bienvenue au P^f Philippe MENASCHE, chirurgien cardiaque à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), élu président de la CME locale du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Ouest* (HUPO) le 11 septembre 2014 en remplacement du P^f Alain SIMON, qui a fait valoir ses droits à la retraite.

Sur proposition du directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), des présidents des conférences des présidents d'université à composante santé et des doyens d'Île-de-France, le directeur général de l'AP-HP a nommé le P^f Bertrand FONTAINE vice-président recherche du directoire de l'AP-HP. Le P^f FONTAINE est PU-PH de neurologie à la Pitié-Salpêtrière, directeur de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) A-ICM (Alzheimer-Institut du cerveau et de la moelle épinière); il remplace le P^f Marc HUMBERT.

Le rapport d'activité 2013 de l'AP-HP est à la disposition des membres de la CME sur leur site internet.

Le directoire du 7 octobre s'est penché sur la politique d'admission des produits innovants dans les achats de produits de santé à l'AP-HP. Le P^f Philippe ARNAUD et M. Guy BENOIT ont représenté la CME dans le groupe de travail piloté par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) et associant la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT).

Le P^f Éric LEPAGE quitte la direction du système d'information (SI) Patient pour rejoindre l'Agence régionale de santé (ARS) et prendre en charge le projet de territoire de soins numérique TerriS@nté qui couvre le nord-ouest du Val-de-Marne et le sud du 13^e arrondissement de Paris. Au nom de la CME, le président remercie le P^f Éric LEPAGE pour tout le travail accompli depuis 2009 dans la mise en place d'ORBIS au sein de l'AP-HP.

Les conférences stratégiques des GH et des hôpitaux non rattachés à un GH sont en cours. Elles offrent une perspective détaillée sur leurs projets quinquennaux. À mi-chemin de la démarche, des intérêts contradictoires apparaissent parfois entre les GH. La « conférence des conférences » qui clôturera ce cycle de réunions devrait harmoniser les positions.

Le 22 septembre, l'ARS a réuni le jury de sélection des postes d'assistants partagés entre les hôpitaux de l'AP-HP et les centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France. Une dizaine de dossiers ont été acceptés. Le jury a refusé certains dossiers insuffisamment préparés, au grand regret des CH qui espéraient instaurer une relation médicale étroite avec un hôpital de l'AP-HP et pallier ainsi un manque parfois très gênant dans leur équipe médicale. Si l'ARS relance un appel d'offres en 2015, les GH devront mieux soigner la préparation de ces dossiers.

Lors de leur 1^{ère} journée organisée le 25 septembre, les présidents de CME des CH d'Île-de-France ont invité le président de la CME de l'AP-HP à prendre la parole sur le thème des relations entre l'AP-HP et les CH. Le président présentera cette intervention lors d'une prochaine CME.

II. Avis sur la désignation des quatre représentants de l'AP-HP au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP)

Le **président** rappelle que le CRMBSP a pour mission principale de coordonner les activités de recherche menées dans le centre hospitalier et universitaire (CH&U), c'est-à-dire l'AP-HP, les universités et les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST), principalement l'INSERM. La composition du CRMBSP est tripartite : 4 membres représentent les universités, 4 l'AP-HP et 4 l'INSERM. Ils détiennent des mandats de deux ans renouvelables une fois.

Les quatre représentants de l'AP-HP sont désignés conjointement par le directeur général et le président de la CME, après avis de la CME et du directoire. Après discussion avec le directeur général, le président soumet la proposition suivante à l'avis de la CME :

- P^f Sylvie BASTUJI-GARIN santé publique à Henri-Mondor ;
- P^f Jean-Charles DUCLOS-VALLEE, hépatologie à Paul-Brousse ;
- P^f Bertrand FONTAINE, neurologie à la Pitié-Salpêtrière, vice-président recherche du directoire ;
- P^f Jérôme LARGHERO, pharmacien spécialiste des thérapies cellulaires à Saint-Louis.

La proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents moins 7 abstentions.

III. Contribution de la CME au projet médical de l'Hôtel-Dieu : méthode

Le **président** rappelle que la CME s'est prononcée sur deux points concernant le projet de nouvel Hôtel-Dieu :

- l'équilibre financier du projet par une motion votée le 10 juillet 2012 ;
- le respect de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) par une motion votée le 13 novembre 2012 préconisant de limiter l'accueil des urgences aux patients venant à l'Hôtel-Dieu par leurs propres moyens, ce qui excluait les malades transportés en ambulance (pompiers ou autres).

Autrement et jusqu'ici, la CME a simplement été informée des projets qui se développaient, sans prononcer d'avis.

Le directoire du 16 septembre 2014 a décidé que la CME serait associée à l'élaboration du projet de l'Hôtel-Dieu sur la base du document en dix points présenté par le directeur général, que le président a communiqué aux membres de la CME. La proposition la plus notable contenue dans ce document est l'abandon du principe ambulatoire. L'axiome de l'Hôtel-Dieu « hôpital debout », « hôpital sans lit », est abandonné. Cela ne signifie pas qu'il y aura des lits, mais que les réflexions ne se limitent plus à l'obligation de ne plus en avoir.

Le président a décidé de constituer un groupe *ad-hoc* chargé de coordonner la participation de la CME à l'élaboration de ce projet, dont la composition sera la suivante:

- le président de la CME, le P^f Loïc CAPRON, et la vice-présidente de la CME, le D^r Anne GERVAIS ;
- 4 présidents de CME locales : les P^{fs} Jean-Claude CAREL, Stanislas CHAUSSADE, Jacques DURANTEAU et Philippe GRENIER ;
- 5 médecins : les P^{fs} Gérard CHÉRON, Béatrice CRICKX, Bernard GRANGER, et les D^{fs} Patrick PELLOUX et Georges SEBBANE ;

- 2 chirurgiens : le P^F Noël GARABEDIAN et le D^F Alain FAYE ;
- 2 biologistes : les P^{TS} Catherine BOILEAU et Marc DELPECH ;
- 2 spécialistes d'imagerie : les P^{TS} Paul LEGMANN et Guy SEBAG ;
- un pharmacien : le D^F Guy BENOIT.

Le président de la CME dirigera le groupe. Il fonctionnera sur la base d'auditions thématiques, sans oublier les questions préalables de faisabilité architecturale, financière et administrative du projet. Le groupe rendra ses conclusions avant avril 2015. Elles seront soumises à l'avis de la CME.

Le P^F Benoît SCHLEMMER regrette que les doyens ne soient pas sollicités, alors qu'ils se sont engagés sur le sujet à de multiples reprises et sont partie prenante du CHU.

Le président explique que les doyens ne sont pas élus de la CME et qu'il avait donc prévu de les auditionner. Mais, après réflexion, il accepte la proposition du P^F SCHLEMMER de l'intégrer dans le groupe.

Le P^F Bernard GRANGER s'interroge sur la latitude de réflexion de la CME, dans la mesure où le directoire a approuvé les dix points présentés par la direction générale.

Le président explique que ces points sont tous ouverts à discussion.

Le directeur général, précise que ces dix points ont fait l'objet de travaux préalables et sont synthétisés en trois ou quatre lignes. Ils peuvent être soumis à des conditions de faisabilité (architecturale, médicale, etc.). Les discussions portent donc sur le contenu de ces dix propositions. En matière de santé mentale, par exemple, les discussions sont très ouvertes, mais il n'est pas envisageable de rejeter la proposition pour des raisons autres que les conditions de faisabilité. Le directoire propose de faire un point d'étape à la fin de l'année et d'organiser un point mensuel sur le projet entre la CME ou quelques-uns de ses représentants, l'administration et la direction générale. Il importe d'y rattacher les travaux menés, par exemple sur la stratégie globale des urgences et dont les propositions doivent être conformes à la qualité et à la sécurité des soins. Le directeur général, espère que personne ne cherchera à bloquer les propositions validées par ceux qui ont pris leurs responsabilités au directoire.

Le P^F Thierry BÉGUÉ constate que le comité inclut des représentants des chirurgiens. Il espère que le projet concerne la localisation de l'école de chirurgie et non la réintroduction de l'activité chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Le directeur général confirme que la réintroduction de l'activité chirurgicale à l'Hôtel-Dieu ne lui paraît pas raisonnable. En termes de calendrier, il importe de conduire le projet dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP) qui intervient avant janvier 2016.

Le D^F Patrick PELLOUX ajoute qu'aucun membre du comité n'a demandé la réintroduction des services de réanimation et de chirurgie aiguë.

IV. Certification V2014 des établissements de soins : principes et nouveautés

M. Thomas LE LUDEC précise être hospitalier et avoir vécu trois visites de certification dont deux dans des établissements situés en Île-de-France. La HAS a analysé la V2010 à l'AP-HP par groupe hospitalier. Les groupes hospitaliers engagés durablement dans une démarche de qualité et de gestion des risques ont mieux réussi et la stabilité de leur organigramme les a aidés. L'existence de réalisations concrètes, mesurables a bien fonctionné ; cet élément est maintenu dans la V2014. Les actions et les calendriers précis débloquent de nombreuses situations. Sur le dossier du patient, 18

décisions ont été prises. Le sujet reste important au niveau national et l'AP-HP ne diffère pas d'autres organisations mais cette question présente un impact majoré compte tenu du nombre de prises en charges et de professionnels concernés.

La V2014 est centrée sur les risques :

- supprimer/réduire/corriger l'exposition aux risques, des patients et des personnels ;
- inscrire les actions qualité et de gestion des risques dans un calendrier à échelle humaine ;
- ancrer les objectifs de résultats sur les 13 pratiques exigibles prioritaires (PEP) et les enjeux de sécurité ;
- relier ces actions à des objectifs d'amélioration des conditions d'exercice professionnel ;
- conduire au moins 50 % des efforts sur les équipes de soins et d'activités de support.

Les établissements qui obtiennent une certification se sont appuyés sur un calendrier réaliste, en sachant que la résolution de problèmes lourds prend 18 mois à 2 ans. L'auto-évaluation n'est plus obligatoire, mais chaque groupe hospitalier devra transmettre un compte qualité à la HAS tous les deux ans. Ce document fait partie des changements de la V2014 : il vise à restituer la stratégie de réduction d'exposition aux risques et à rendre compte de la continuité et de la traçabilité des actions. L'établissement de priorités devra garantir la mise en œuvre de sujets cruciaux, dont le dossier du patient. La stratégie devra être animée en mode projet.

La HAS souhaite sortir la certification de son exercice scolaire. Elle appelle à renoncer au mythe de l'exhaustivité, qui tue l'action. Le pilotage stratégique des priorités fait la différence ce qui suppose de hiérarchiser, réévaluer, justifier la prise en compte des risques identifiés par l'établissement. Les experts visiteurs s'intéresseront avant tout aux actions qui mobiliseront les équipes dans les services et les pôles afin de promouvoir par exemple une culture du signalement, des analyses partagées des événements. La conscience des risques et la fiabilité des communications professionnelles devront s'observer sur le terrain.

La visite sera réalisée par des experts du milieu hospitalier, avec davantage de médecins, selon la technique des patients traceurs (de 20 à 30 par groupe hospitalier). Des audits de processus seront menés pour relever les écarts. Ils seront transmis aux groupes hospitaliers pour leur permettre de construire des feuilles de route sans attendre le rapport final.

La HAS précise que l'évaluation externe vise à apprécier si la maîtrise des risques est à l'œuvre, il ne s'agit pas d'évaluer des professionnels dans le cadre de leurs fonctions. Cette appréciation passe par la notion d'écarts par rapport au manuel de certification et s'interroge sur les facteurs de risques que les organisations représenteraient pour le patient. L'échange et la communication sur le sujet dans les équipes et les pôles sont indispensables pour améliorer la fiabilité du travail interprofessionnel et diminuer le niveau de risque et de stress.

La HAS rendra un rapport par groupe hospitalier plus court pour être davantage lu par le plus grand nombre au sein des établissements, avec des décisions (recommandations, réserves, réserves majeures, sursis). La possibilité de certification avec réserve est supprimée. En cas de réserve, la HAS accorde un sursis et revient pour une nouvelle visite.

Le calendrier prévoit des réunions de travail HAS/siège/GH sur le compte qualité entre octobre et mars 2015, des rencontres préparatoires au dernier trimestre 2015, la réception des premiers comptes qualité à compter de juillet 2015 et le démarrage des visites des GH, hôpitaux et HAD à compter de janvier 2016 jusqu'au mois de décembre 2017.

En conclusion, la V2014 insiste sur une logique de responsabilisation à travers le compte qualité.

Le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI demande comment sont choisis les patients traceurs.

M. Thomas LE LUDEC indique qu'ils doivent être représentatifs de l'activité du groupe hospitalier, proches de la sortie et donner leur accord. Ils sont sélectionnés la veille ou l'avant-veille par l'expert visiteur et l'encadrement du service.

Le président souligne un changement radical de la philosophie de la certification. Celle-ci demandera un investissement en temps important de la part des GH.

V. Point sur la mission d'appui concernant le système d'information ORBIS : constats et perspectives

M^{me} Amélie VERDIER indique que sa présentation porte sur les nouvelles orientations du système d'information (SI). La mission d'appui a été confiée à M. Philippe CASTETS, directeur du SI des Hospices civils de Lyon, en raison de son expérience reconnue dans la construction de SI clinique et patient. Sachant qu'il est également membre d'un groupement d'intérêt économique (GIE) répondant à des appels d'offres, l'AP-HP a prévu une clause de confidentialité et fait preuve d'une grande vigilance dans les échanges d'information, pour protéger le secret industriel. Il n'a pas eu accès au contrat avec la société AGFA. M^{me} Amélie VERDIER remercie par ailleurs le P^r ZERAH pour son appui. Les objectifs stratégiques prioritaires sont de : déployer un SI patient performant dans tous les hôpitaux, réussir la mise en œuvre de l'identifiant patient unique à l'AP-HP, améliorer l'infrastructure informatique et préparer l'avenir.

Des points positifs ont été relevés :

- des avancées réalisées avant ORBIS qui bénéficient à tous les GH (biologie, imagerie, etc.) ;
- le projet rassembleur qu'ORBIS représente dans la communauté médicale ;
- l'évolution positive des modes d'organisation des services des sites pilotes.

La mission d'appui attire l'attention sur des points de préoccupation majeurs :

- un déploiement à efficacité variable : la solution n'est déployée nulle part entièrement ;
- des problèmes récurrents de performance et une absence de visibilité sur la capacité à couvrir toute l'AP-HP ;
- un logiciel qui ne couvre pas, en l'état, certains défis de demain.

Au regard d'un déploiement si peu avancé, des incertitudes pèsent sur les choix à opérer.

À ce jour, ORBIS n'a été déployé sur aucun site pilote à plus de 50 % du périmètre du marché, même si des « fondations » importantes ont été posées. Moins de 15 % de la cible est atteint en termes d'utilisateurs simultanés et 5 % à 10 % de la cible sont atteints en termes de « lits complexité » c'est-à-dire en pondérant le nombre de lits déployés par la complexité relative des modules déployés) sur toute l'AP-HP. À ce jour, la bascule identité a été déployée sur tous les sites concernés par le déploiement d'ORBIS (7 à la date de la CME). Le document remis à la CME dresse un état des lieux du déploiement d'ORBIS et de la situation des hôpitaux sans ORBIS, selon qu'ils disposent ou non d'un SI patient plus ou moins structuré. M^{me} VERDIER fait valoir que le budget du projet, estimé à 130 M€ reste maîtrisé : seule la moitié a été dépensée à ce jour.

Dans ce contexte, deux choix stratégiques s'imposent. Le premier consiste à changer le mode de pilotage et à s'assurer de l'alignement stratégique de l'institution sur les objectifs prioritaires à poursuivre pour les systèmes d'information, en mettant en place une direction des systèmes d'information (DSI) plus forte, intégrant le centre de compétences et de services (CCS) Patient et

une gouvernance assurant le respect des orientations stratégiques, en mobilisant mieux les DSI locales, notamment dans les déploiements et dans l'assistance et en structurant une petite équipe de recherche et développement (R&D) prospective pour couvrir les nouveaux besoins. Le second choix consiste à changer de stratégie de déploiement pour avancer plus vite et réduire les risques, ce qui implique d'avoir une vision complète du système avant de valider les choix, d'accélérer et de concentrer les déploiements et de permettre aux systèmes d'information existants, s'ils répondent aux besoins et peuvent communiquer avec ORBIS, d'exister et de se connecter. En synthèse, ORBIS continue et une clause de rendez-vous est prévue fin 2015 pour décider entre ORBIS comme système généralisé ou l'interopérabilité entre blocs de GH ayant des systèmes différents.

Pour mettre en œuvre ces nouvelles priorités, trois prérequis sont à réunir :

- mettre en œuvre l'identifiant patient unique le plus rapidement, si possible d'ici fin 2016 dans toute l'AP-HP ;
- développer une plateforme d'interopérabilité avec les systèmes existants pour encadrer les développements de ces systèmes avec un « cahier des charges » ;
- finaliser au plus vite la solution ORBIS cible pour s'assurer de la livraison du maximum des modules les plus importants en 2015 et d'une mise en test rapide sur les sites pilotes et s'entendre sur ce qui ne pourra pas être livré avant l'échéance du marché ou correspond mal aux besoins.

Concrètement, le déploiement d'ORBIS doit être accéléré dans les groupes hospitaliers où il a démarré, à travers le renforcement et la mobilisation des équipes locales, la montée en puissance des ressources dévolues au déploiement et une communication régulière sur l'avancement selon un calendrier réaliste et mis à jour régulièrement. Le scénario de déploiement est modifié au premier semestre 2015 : la priorité est accordée aux hôpitaux des GH déjà entamés, médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR) (Paul-Brousse, Raymond-Poincaré, Armand-Trousseau, Rothschild), outre Bichat et Avicenne déjà prévus. Les choix du deuxième semestre 2015, quant à eux, vont être préparés techniquement avec des chantiers sur l'infrastructure et un travail en temps masqué sera mené avec les GH au déploiement décalé. L'utilisation des outils de traitement de l'information pourra être envisagée dans tous les services.

Le P^f Michel ZERAH partage la présentation et rend hommage au travail du P^f Éric LEPAGE, qui a dynamisé le projet tout en maîtrisant les coûts. Ce projet maintient l'unicité de l'AP-HP et prévoit une accélération du déploiement pour tenir des délais raisonnables. Il respecte l'adhésion des utilisateurs qui s'opposent à un ralentissement. Le système d'information est imparfait, mais utile, et laisse ouverte la possibilité d'une interopérabilité avec d'autres systèmes. En revanche, le P^f Michel ZERAH s'interroge sur les ressources affectées au projet, en raison des difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel informatique et face aux problèmes de structure. Enfin, il recommande de penser à la suite d'ORBIS (intégration et traitement des données, architecture du prochain système d'information, où le développer...). En conclusion, ce plan représente un progrès, mais des incertitudes pèsent sur sa réalisation pour des raisons humaines et financières.

Le D^r Julie PELTIER s'étonne de la satisfaction exprimée sur la maîtrise du budget, alors que le déploiement n'avance pas, et du montant mentionné, qui lui semblait plus élevé au départ. Elle demande s'il inclut le matériel informatique requis pour un fonctionnement efficace de l'outil, d'autant plus qu'il modifie l'organisation quotidienne des services et est utilisé par les externes. Elle demande par ailleurs ce que signifie « temps masqué ».

Le P^r Philippe ARNAUD attire l'attention sur la bascule d'interopérabilité entre ORBIS et GILDA, notamment pour la rétrocession des médicaments. Il existe un risque de retard et de perte de remboursement s'il n'y a pas d'accompagnement en ressources humaines.

Le D^r Georges SEBBANE demande si l'engagement envers les SSR et soins de longue durée (SLD) vaut pour tous les groupes hospitaliers. Il craint qu'ORBIS ne soit déployé qu'à Avicenne et Jean-Verdier, en laissant de côté René-Muret.

M^{me} Amélie VERDIER interprète les inquiétudes du P^r Michel ZERAH comme un appel à vigilance pour la suite. Elle indique par ailleurs que le montant de 130 millions d'euros correspond au budget d'investissement. Le budget de fonctionnement associé apparaît à partir de 2013 et d'autres financements couvrent une partie du projet, dont 40 M€ dans le cadre d'Hôpital 2012. Il reste des sommes importantes à déployer pour mettre à niveau le réseau. Il est tout à fait exact que le résultat du déploiement au regard du budget dépensé n'est pas satisfaisant. Ces constats ont conduit à changer de méthode et à concevoir de nouvelles orientations. Le matériel informatique, quant à lui, est normalement financé par les groupes hospitaliers (postes de travail), avec l'accompagnement du niveau central. Dans ce cadre, il est prévu de passer 80 % du parc informatique sur Windows 7 d'ici avril 2015 et de réaliser un audit sur le réseau local et le câblage du dernier kilomètre. La question du WIFI devra également être approfondie en vue d'une généralisation rapide. M^{me} Amélie VERDIER note la préoccupation exprimée pour les rétrocessions de médicaments. Enfin, elle confirme qu'Avicenne est concerné par le déploiement d'ORBIS dès le 1^{er} semestre 2015, mais que le déploiement portera bien à terme sur toute l'AP-HP, y compris pour le SSR et le SLD.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne l'échec financier ou de calibrage des besoins du projet, tout en reliant le problème informatique de l'AP-HP au contexte national et à l'échec du dossier médical partagé. Dans les services d'aide médicale urgente (SAMU), les investissements sont allés à un système obsolète, puisqu'il va être remplacé par un système national. Du point de vue financier, le projet du système d'information patient semble donc un puits sans fonds. Concernant les logiciels, le D^r Patrick PELLOUX signale que l'ARS Rhône-Alpes et les sapeurs-pompiers ont décidé d'utiliser des logiciels libres de droits, économisant ainsi des milliers d'euros. L'interopérabilité des systèmes, quant à elle, serait un leurre d'après des ingénieurs en informatique. Enfin, il ne comprend pas que le WIFI ne fonctionne pas partout.

Le P^r Bruno CARBONNE indique que la collégiale des gynécologues-obstétriciens a travaillé sur le développement d'un dossier médical dans un logiciel métier, ORBIS Mater, permettant de suivre les patientes dès leur entrée à la maternité jusqu'au post-partum. Les gynécologues-obstétriciens s'inquiètent pour la poursuite du programme face aux menaces qui pèsent sur ORBIS. Dans la mesure où il répond à leurs besoins, le P^r Bruno CARBONNE demande s'il pourra être déployé malgré tout. Enfin, la communication sur ORBIS devra surmonter le fait que beaucoup considèrent son arrêt comme acquis.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique qu'à la dernière CMEL du GH Paris-Sud, les représentants de Bicêtre s'interrogeaient sur l'interopérabilité avec le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour éviter un double codage. Il suppose par ailleurs que le SLD utilisera également ORBIS, en rappelant qu'il y en a à Paul-Brousse.

Le P^r Gilles ORLIAGUET demande s'il est envisagé de recourir aux logiciels métiers disponibles sur le marché.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne que l'extraction des données est une question récurrente et qui inquiète les services. Il serait choquant qu'un dossier médical informatisé ne permette pas cette possibilité.

Le P^r Jean-Claude CAREL note que le rôle des DSI locales est mis en avant, alors qu'elles ont été asphyxiées ces cinq dernières années. Il faudrait renforcer leurs ressources.

En réponse aux questions portant sur le matériel informatique, **le P^r Michel ZERAH** indique qu'une réflexion est menée sur l'apport de son propre matériel, comme cela se fait dans de grandes structures. Le chantier principal portera sur la sécurité du système et la sécurisation des données. À cet égard, le retard de l'AP-HP est encore plus marqué. Concernant l'interopérabilité, il faut savoir que l'AP-HP est leader dans un projet européen sur les entrepôts de données. Le logiciel existe et est interfacé avec ORBIS: il est possible d'extraire simplement des données. Le problème est ensuite la qualification, la professionnalisation et la diffusion de l'outil. Le passage sur Windows 7, quant à lui, se fait sans la dictée vocale, faute de qualification du logiciel sur Windows 7. Le problème est loin d'être résolu.

Concernant le budget, **M^{me} Amélie VERDIER** indique que l'objectif est bien d'en fixer un et de le respecter. Le budget d'investissement ne sera pas accru, *a priori*, mais réalloué différemment. Une ligne d'investissement informatique est d'ailleurs identifiée dans le PGFP pour un montant de 70 M€ par an en moyenne. Dans ce projet, le budget n'a pas été dépassé, ce sont les réalisations qui n'ont pas été à la hauteur.

Les logiciels libres, quant à eux, soulèvent une vraie question. L'AP-HP tente de peser dans les négociations avec Microsoft, mais la conversion d'une institution de cette taille prend du temps. Il convient de vérifier l'optimisation des fonctionnalités achetées et de s'interroger périodiquement sur une alternative. Le contrat avec Microsoft a été renouvelé en 2014, avec des réductions tarifaires et l'abandon d'options inutiles.

En matière d'interopérabilité, le déploiement de l'identité n'est pas négociable. Il est faisable et devrait être mené à bien en deux ans. Sur l'échange d'informations du dossier médical, tout est possible, l'enjeu étant de déterminer le niveau de lourdeur acceptable.

ORBIS Mater continue et sera déployé à Bicêtre en décembre/janvier. ORBIS n'a pas été ralenti par la mission d'appui, mais à ce jour, on ne peut s'engager sur son déploiement dans tous les groupes hospitaliers. La priorité est de le consolider là où il a été lancé et de recueillir davantage de garanties avant d'envisager de l'étendre.

Le « temps masqué » renvoie au temps consacré à l'audit du parc informatique et des serveurs, des solutions logicielles déployées de manière plus ou moins abouties dans les divers services et aux mises à niveau.

Sur le PMSI, il est bien prévu de saisir l'activité directement dans ORBIS et l'interactivité est à l'étude.

La question de l'achat des logiciels métiers disponibles ne se pose pas pour l'instant par rapport au champ couvert par ORBIS et au dossier patient. Il est nécessaire, cependant, de s'interroger régulièrement sur les besoins, ce qui explique l'organisation régulière d'un comité de pilotage stratégique. Généralement, les logiciels métiers ne sont pas tout à fait adaptés à l'activité de l'AP-HP, mais ils ne sont pas exclus des réflexions.

Concernant l'extraction de données, il existe déjà un entrepôt de données, ORBIS Recherche. 25 giga-octets et les données d'un million de patients sont stockées. Leur utilisation n'est pas satisfaisante, mais les travaux progressent rapidement sur les études mono et multicentriques.

L'objectif de mieux s'appuyer sur les DSI locales est inscrit dans les stratégies de déploiement. Avant de se rendre sur un site, le travail réalisé ou non réalisé est étudié et un programme de formation est étudié pour assurer le relais au départ des équipes de déploiement. Il n'est pas exclu de débloquer des ressources en personnel.

Les questions de sécurité, enfin, sont particulièrement importantes. Les accès à ORBIS ne sont pas toujours sécurisés et chaque faille identifiée est corrigée. Ce doit être une priorité. De ce point de vue, l'idée d'un apport de son propre matériel est intéressante mais requiert de la vigilance et des procédures.

Le P^r Gérard REACH souligne l'importance du problème de la dictée vocale. Il constate par ailleurs un usage croissant des tablettes et invite à réfléchir aux technologies utilisées, de nombreuses évolutions ayant eu lieu depuis le lancement du projet.

M^{me} Amélie VERDIER répond que le sujet de la dictée vocale est en train d'être étudié. L'objectif est bien de disposer de solutions de productions. Par ailleurs, la société développe une version allégée d'ORBIS sur tablette. L'idée d'une cellule de veille vise à prendre en compte les évolutions technologiques. Cette anticipation impose un pilotage sur le temps long.

Le directeur général remercie la CME pour la qualité des échanges sur ce dossier, depuis début septembre, lorsque les premières conclusions de l'audit ont été rendues. La qualité des questions posées ce jour témoigne de l'implication de la communauté médicale. Le directeur général espère qu'elle appréciera également la transparence, la précision et la qualité des réponses apportées, ainsi que l'honnêteté avec laquelle ce dossier est traité. Il considère la question du système d'information comme l'un des cinq sujets majeurs et l'un des éléments de la problématique des conditions de travail offertes aux médecins à l'AP-HP. Pour cette raison, il a demandé à Mme Amélie Verdier d'en faire sa priorité.

VI. Pilotage de la masse salariale des personnels médicaux

Le président souligne que, chaque année, la CME fournit des efforts considérables pour mener la révision des effectifs dans le cadre de l'objectif d'efficience fixé par la direction générale; mais tous les ans, la direction générale explique que la masse salariale des personnels médicaux augmente, alors que les efforts consentis par la CME devraient la faire baisser. Il invite donc M^{me} Christine WELTY à expliquer ce paradoxe.

M^{me} Christine WELTY confirme l'augmentation continue des dépenses de personnel médical sur les seniors, les internes et les étudiants, les gardes et astreintes depuis 2009. Cette évolution s'explique par un effet prix, c'est-à-dire par les mesures catégorielles qui augmentent mécaniquement la masse salariale chaque année, et par un effet volume de 1,7 % depuis 2011 sur les effectifs seniors (praticiens hospitaliers, PH). L'analyse des effectifs médicaux seniors, hors hospitalo-universitaires (HU), fait apparaître un écart de 87,27 postes entre le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) notifié et les effectifs temps plein rémunérés (ETPR). Cet écart est de 108,28 postes pour les PH à temps plein, l'augmentation du nombre de PH n'étant pas compensée par une baisse des contractuels et des attachés.

Le processus de création des postes hospitaliers comprend plusieurs étapes :

- la révision des effectifs de PH, d'avril 2014 à juillet 2015 : création par autofinancement/maintien, par retour d'emprunt ou par redéploiement institutionnel ;

- les mesures nouvelles : notification de postes pour des mesures nouvelles présentées par les GH, pouvant être le support de futurs postes de PH, dans la révision 2015.

En 2014, 423 demandes ont été examinées en CME et 333 soutenues par la CME. En 2015, 429 demandes sont déposées et le président de la CME doit mettre en place un jury en novembre pour juger de l'octroi de trois postes de PH contractuels (PHC) à l'aval des urgences.

La révision des effectifs de PH est encadrée avec des objectifs d'efficience, mais dont le bénéfice se trouve diminué par plusieurs raisons qui compliquent le suivi:

- déconnexion entre un niveau d'effectifs théoriques de PH et la masse salariale correspondante ;
- contrôle du rendu des « gages » non réalisé ;
- attribution des mesures nouvelles 2014 (+45,24 équivalents temps plein [ETP] seniors en 2014) ;
- décalage entre le cycle budgétaire et les révisions hospitalières (H) et HU.

La maîtrise de l'évolution 2014/2015 est indispensable. Elle répond aussi aux exigences de l'ARS. Dans le cadre de la révision des effectifs de PH 2015, un effort d'efficience de 5 M€ doit être réalisé en stabilisant les effectifs. Il doit s'appuyer sur l'effort d'efficience fixé par GH, la non-redistribution d'une partie des postes vacants et la diminution des recrutements de contractuels au regard des engagements de restitution pris lors de la révision. Des outils de pilotage du TPER doivent être mis en place, sur la base du budget réalisé 2014 et, opérer des ajustements dans le cours de la campagne budgétaire en fonction de l'activité. Il importe également de mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois médicaux, notamment pour les disciplines sous tension.

Le président invite le P^r Thierry BÉGUÉ, président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux, à apporter son éclairage sur cet exposé.

Le P^r Thierry BÉGUÉ s'étonne de l'écart entre les efforts consentis par la CME, lors de discussions âpres et difficiles et le résultat. Il s'étonne également du différentiel entre le TPER autorisé et le nombre d'emplois seniors au final. Celui-ci devait être atteint en jouant sur les postes d'attachés. Or ce n'est pas le cas. Le système réclame des mesures d'efficience, que de nombreux membres de la CME souhaitent fonder sur des critères médicaux, mais la réalité finale diffère nettement. L'ARS demande actuellement un effort de 5 M€. Celui-ci sera difficile.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne le rôle central des praticiens hospitaliers dans l'activité de soins, mais aussi d'enseignement et de recherche à l'AP-HP. L'augmentation des effectifs de PH renvoie à l'apparition de nouveaux métiers (équipes mobiles, hygiène, départements de l'information médicale [DIM], etc.), qui répondent à la demande de la population, mais ont conduit à créer des postes. L'activité augmente par ailleurs depuis des années. De ce point de vue, il n'est pas souhaitable de distinguer les effectifs de l'activité de soin, de publication et d'enseignement. Dans ce système, l'austérité imposée aux postes de PH risque de conduire des services à réduire leur activité ou la qualité de soins.

Le P^r Philippe GRENIER souscrit à ces propos. Il s'enquiert de la méthodologie utilisée pour la répartition de l'effort d'efficience entre les groupes hospitaliers.

Le P^r Ariane MALLAT souscrit à l'importance de la question méthodologique. Une partie de l'écart provient de la non-restitution des gages, qui ne devrait pas peser sur l'ensemble de la communauté,

d'autant plus que lorsque les mesures nouvelles sont abordées dans les conférences budgétaires, l'emploi de PH est associé à un calcul de *return on investment* (ROI, retour sur investissement). Il existe une contradiction entre l'exercice imposé et la réalité des progressions d'activité.

Le P^r Yves COHEN refuse les outils de pilotage envisagés. Se fonder sur le budget réalisé en 2014 conduit à reprendre des postes aux groupes hospitaliers qui ont réalisé des économies sur le personnel médical et à laisser ceux qui ont dépassé leur budget en situation de dépassement. C'est un système injuste. Mener la campagne budgétaire en fonction de l'activité divisée par le nombre d'ETP conduira à défavoriser son groupe hospitalier, qui compte moins d'hospitalo-universitaires.

M^{me} Christine WELTY reconnaît l'iniquité de la règle de prise en compte des effectifs rémunérés à la fin de l'année 2014, dans la mesure où les bons gestionnaires se retrouvent pénalisés. Le TPER a été fixé pour le personnel non médical en 2006. Cette première étape de gestion comptable ne signifie pas que les TPER des groupes hospitaliers seront examinés ainsi. Les outils de pilotage indiqués sont affinés en ce moment par les directions des groupes hospitaliers pour une application pondérée en fonction de plusieurs critères et qui sera rediscutée dans le cadre du cycle de gestion. La méthodologie présentée ce jour n'est donc pas celle qui sera appliquée aux groupes hospitaliers.

Le président souligne que la pilule reste amère, à moins d'avoir une réflexion sur les parts d'offres de soins auxquelles nous pouvons renoncer. Là est la vraie question : à quelles activités renonçons-nous pour nous adapter aux économies demandées sur les effectifs de PH ? Il est indéniable que certaines activités pourraient être réalisées à un moindre coût, mais il est tout aussi vrai, en dépit des discours des politiques, que vouloir réaliser des économies sur le personnel médical conduit à réduire l'offre de soins.

Le P^r Bernard GRANGER s'associe aux remarques des présidents de CME locales et à la dénonciation du paradoxe consistant à vouloir réduire le nombre de médecins dans les hôpitaux tout en accroissant l'activité. Il précise par ailleurs que le terme administratif d'« efficacité » renvoie en réalité à des économies, à des restrictions. Enfin, il demande si l'effort de 1 % porte sur la masse salariale de PH ou celle des personnels médicaux dans sa globalité.

M^{me} Christine WELTY répond que la réduction envisagée porte sur la masse salariale du personnel médical senior.

Le D^r Anne GERVAIS remarque qu'il y a des exigences contradictoires imposées : efficacité sur le personnel médical et développement de nouvelles activités. C'est le résultat prévisible du PGFP. Tous les services dans tous les sites n'ont pas les mêmes activités et il existe une certaine hétérogénéité des patients pris en charge, néanmoins pour appliquer le plus "médicalement possible" l'efficacité, elle demande la transparence des relevés d'activité de chaque service et recommande d'identifier les besoins indispensables à couvrir. Alors le sentiment d'injustice ou de jalousie envieuse entre services pourrait s'atténuer et permettre qu'une réflexion médicale ait lieu lors des révisions d'effectifs.

Le P^r Guy SEBAG souligne que la richesse de l'AP-HP réside dans son personnel médical, notamment dans les PH. Une évolution de 1 % ne semble pas scandaleuse au regard de l'évolution du métier. La question posée est celle de l'équité de traitement. En se fondant sur un fonctionnement par contrat, il faudrait qu'au cours des conférences budgétaires l'objectif d'efficacité puisse être anticipé, avant d'être décliné dans la révision des effectifs. Celle-ci doit permettre de valider les compétences des médecins. Dissocier les deux est anachronique.

M^{me} Christine WELTY précise que l'objectif de 1 % était annoncé dans la note portant révision des effectifs en avril 2014.

Le P^f Guy SEBAG dénonce le fait qu'il soit appliqué uniformément, indépendamment des résultats des GH.

M^{me} Christine WELTY explique que l'AP-HP doit respecter, globalement, un effort de 1 %. Pour y parvenir, elle utilisera une méthodologie, actuellement discutée, qui modulerait l'effort par groupe hospitalier en fonction de plusieurs critères.

Le président observe que les groupes hospitaliers doivent anticiper l'effort d'efficiencia un an à l'avance, sans connaître le budget 2015. Ce décalage calendaire introduit de la confusion.

Le D^r Patrick PELLOUX a le sentiment que les décisions de l'AP-HP sont de plus en plus placées sous la tutelle de l'ARS. Il demande si la direction générale a anticipé le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2015, qui vont s'ajouter aux efforts d'économies demandées.

M^{me} Christine WELTY répond que suivre le PLFSS et l'ONDAM conduirait à demander un effort supérieur. La direction s'est limitée à un seuil soutenable pour l'institution. Un effort de 1 % doit être recherché sur les dépenses de la masse salariale médicale et non médicale chaque année. Il est porté sur la révision des effectifs PH, soit 0,64 % sur la masse salariale senior, afin de financer les mesures nouvelles. L'effort net en 2015 devrait être de l'ordre de 0,4 ou 0,5 %.

Le D^r Alain FAYE souligne que le redéploiement est présenté comme la redistribution par la CME des postes vacants, quelles que soient les raisons pour lesquelles ils le sont. Parmi les raisons, il existe un contingent pour abonder les postes vacants, à travers la promotion des PH en PU-PH. Il demande si cette modalité est maintenue.

Le président confirme que cela figure dans la lettre de cadrage.

Le P^f Noël GARABEDIAN souhaiterait connaître le taux d'efficiencia de l'ARS, créée notamment pour regrouper des administrations et réduire les coûts, et dénonce une situation devenue insupportable. Les missions attendues de l'AP-HP sont de plus en plus nombreuses, mais on lui retire des moyens et un montant de 5 M€ n'a rien de négligeable. Il réclame donc du courage politique face aux décisions de l'administration.

Le D^r Julie PELTIER recommande une réflexion sur le temps médical. Celui-ci inclut les PH, les PUPH, les chefs de clinique et les internes. Elle invite à s'interroger sur la qualité de la séniorisation souhaitée, de fortes disparités étant constatées. Il existe un décalage entre le nombre d'emplois recensé par le siège et le nombre de personnes effectivement présents au lit des patients.

Le P^f Benoît SCHLEMMER observe qu'aborder le sujet sous l'angle budgétaire réduit la gestion des ressources humaines à peu de choses. La richesse de l'AP-HP réside dans tous ses personnels, médicaux et non médicaux, hospitaliers et hospitalo-universitaires. Au nom des doyens, il fait part de la préoccupation de l'université face au déséquilibre qui conduit les HU à délaissier leur activité universitaire. C'est inacceptable. Alors que les doyens partagent la problématique de la révision des effectifs, il n'existe aucun échange sur la structure des emplois, alors qu'il s'agit d'animer des équipes dans lesquelles chacun joue un rôle. Lorsqu'un PH est nommé à une fonction universitaire et que son emploi est repris, l'équilibre d'une équipe est menacé. Pour ces raisons, le P^f Benoît SCHLEMMER appelle de ses vœux une réflexion partagée sur l'ensemble des pratiques des ressources humaines.

Le P^f Jacques DURANTEAU souligne qu'envisager le sujet sous l'angle uniquement financier est réducteur. Les CMEL font des choix pour leur groupe hospitalier, sans savoir s'ils sont pertinents

pour l'AP-HP. Il espère donc que des décisions politiques seront prises de la part des directions comme des médecins, avec une vision médicale des restructurations.

Le P^f Jean-Philippe WOLF s'associe aux propos du P^f Noël GARABEDIAN. Il souligne par ailleurs que certains d'attachés rapportent plus à l'AP-HP qu'ils ne lui coûtent. Supprimer les postes d'attachés de façon autoritaire relève de la politique de gribouille. Se focaliser sur un seul élément de l'équation ne peut qu'appauvrir les recettes et le personnel médical de l'AP-HP. Il en est de même de certaines décisions prises dans le cadre du plan efficacité sans concertation par des instances éloignées de la réalité des services et qui sont contre-productives.

Le directeur général souligne que la direction générale tente de partager avec la CME la manière dont elle essaie de piloter les recettes et les dépenses de l'AP-HP. Le budget dépensé en 2014 est supérieur à celui de 2013, qui était également supérieur à celui de 2012. Il est inférieur à celui qui sera dépensé en 2015. L'efficacité est un terme qui signifie dégager de la productivité. Il rappelle n'avoir jamais caché, au regard du PGFP et des évolutions des prochaines années, la nécessité pour l'AP-HP de gagner 3 % de productivité par an. Cet objectif permet de parler avec celles et ceux qui considèrent que le secteur public est incapable de faire de la productivité. L'hôpital public ne doit pas baisser la tête face à la manière dont il réalise des efforts.

L'AP-HP répond avant tout au vote du Parlement, qui décide de l'ONDAM. Celui-ci est fixé à 2,1 % en 2015 et à 2 % pour l'hôpital. Il explique l'écart entre une augmentation de 2 % des dépenses et une tendance à 3,5 %. En 2014, il sera légèrement plus faible en raison, notamment, de l'absorption de mesures catégorielles. L'effort ne sera pas facile, mais il sera un peu plus supportable en 2015. Il est vrai, par ailleurs, qu'entre le Parlement et l'AP-HP, interviennent l'ARS et le ministère de la Santé. C'est pour cette raison que la direction générale insiste, dans sa présentation du PGFP, sur le fait que le contrat qu'attend l'AP-HP repose sur trois piliers :

- les efforts qu'elle s'engage à réaliser, en sachant que ces 5 M€ s'intègrent dans un effort global de 120 à 130 M€, soit moins de 5 % portant sur le personnel médical ;
- l'accompagnement de l'investissement, notamment la prise d'engagements dans les opérations du Nouveau Lariboisière et du Grand Paris Hôpital Nord ;
- mettre fin à la situation des dernières années qui a conduit à réduire les missions d'intérêt général (MIG) et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de l'AP-HP en révisant la répartition des enveloppes.

Sur ce dernier point, la direction générale demande que l'augmentation de cette partie des subventions soit au moins positive et l'inscrit à + 0,5 %. Elle n'a toujours pas obtenu d'assurance ferme et mène un véritable combat, quitte à le justifier à l'euro près.

Pour continuer à financer des mesures nouvelles dans tous les domaines et soutenir les projets des conférences budgétaires et stratégiques, il est indispensable de faire peser les efforts sur les activités où les besoins sont les moins forts, de réduire les doublons et de tirer les conséquences des activités en baisse ou dont la réorganisation pourrait produire des effets positifs. Ce type d'effort est à la portée de l'AP-HP.

Le président invite la communauté médicale à réfléchir sur ce à quoi il est possible de renoncer pour continuer à avancer. Il l'encourage à identifier dans les pôles et les services les activités qui ne sont pas indispensables au bien-être des malades et à les supprimer pour en maintenir ou créer d'autres qui sont indispensables.

Le P^r Noël GARABEDIAN souligne que le courage doit être bilatéral et invite chacun à prendre ses responsabilités.

VII. Point sur le financement des postes de DES (diplômes d'études spécialisées, ou internes) supplémentaires accueillis à l'AP-HP en novembre 2014

M^{me} Christine WELTY souligne que le nombre d'internes en Île-de-France augmente sous l'effet du *numerus clausus* (+24 % entre 2011 et 2014 et +18 % à l'AP-HP). Cette tendance devrait perdurer jusqu'en 2017. Depuis 1971, le nombre d'internes sortant s'est réduit chaque année. L'augmentation actuelle du *numerus clausus* était indispensable, mais elle est soudaine. Entre 1985 et 2014, le nombre d'internes, hors médecine générale, s'est avéré stable en Île-de-France, alors qu'il augmentait dans le reste de la France.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que le financement des postes d'internes prend deux formes. Tout d'abord, l'AP-HP reçoit des financements de type MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) en fonction du nombre d'internes accueillis et de leur ancienneté. Par ailleurs, l'ARS a accepté d'apporter un financement complémentaire en 2013 pour accompagner l'augmentation du *numerus clausus* [2M€] et en 2014, de financer 37 postes supplémentaires (en cours de stabilisation). Bien que le financement MERRI / fonds d'intervention régional (FIR) ait progressé parallèlement, le reste à charge pour l'AP-HP reste important, soit 54 M€ en 2014, et va s'accroître au cours des prochaines années.

M^{me} Christine WELTY indique que le taux d'inadéquation régional a été fixé par le ministère à 7 % et a conduit à la vacance de 77 postes d'internes de spécialités à l'AP-HP. Les quotas de formation ont été publiés tardivement et étaient en augmentation. Une seconde commission de répartition pour les internes de spécialités a dû être organisée fin août, avec un impact négatif du taux d'inadéquation sur le choix de certaines spécialités (oncologie, neurologie, anesthésie réanimation, cardiologie). L'augmentation des volumes rend indispensable la modernisation d'une gestion « manuelle ». Une rencontre est prévue avec l'ARS fin octobre afin d'améliorer le fonctionnement et surtout l'anticipation de la répartition des internes dans les spécialités.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU partage l'analyse de la situation présentée par M^{me} Christine WELTY. L'augmentation des postes d'internes est une bonne nouvelle. Elle résulte aussi de la concrétisation des efforts des doyens, qui ont obtenu des tutelles une plus juste reconnaissance de la région Île-de-France. À l'été 2014, des besoins sont apparus au dernier moment et il a été difficile de résoudre les problèmes. La méthodologie doit être revue, notamment entre l'AP-HP et l'ARS. Dans ce contexte compliqué, l'AP-HP a réussi à maintenir sa juste position en offre de formation. Enfin, il rappelle le rôle essentiel du coordonnateur, qui propose les ouvertures de postes après s'être en principe assuré de leur financement. Le groupe de travail CME de l'internat demande que ces ouvertures soient fondées avant tout sur des critères de formation et que le financement ne soit pas limitant. Il propose une nouvelle fois la création d'un budget centralisé cogéré par la CME et la DOMU pour permettre l'ouverture de quelques postes d'internes particulièrement formateurs lorsqu'ils ne sont pas financés par le GH.

M^{me} Christine WELTY attire l'attention sur la difficulté de mise en œuvre d'une telle mesure.

Le P^r Benoît SCHLEMMER confirme que les doyens ont été confrontés à un calendrier imposé et à une certaine précipitation. Celle-ci résulte du retard avec lequel le ministère a communiqué à l'ARS les ouvertures d'emplois qu'il lui octroyait. Préparer la rentrée dans un climat d'urgence ne permet certes pas de traiter le sujet avec sagesse. Les effectifs d'internes affectés à l'Île-de-France sont prévisibles, mais l'aspect qualitatif ne l'est pas, car le système des semestres libres ne permet pas d'identifier à l'avance les choix des internes. Les effectifs d'internes avaient moins augmenté en

Île-de-France que sur le reste du territoire et les doyens sont intervenus régulièrement pour accroître les effectifs en rappelant la place de l'Île-de-France dans l'offre de soins et son potentiel de formation. Ils sont attachés au maintien de l'équilibre entre la part de formation revenant au CHU et aux hôpitaux généraux. Rompre cet équilibre exposerait le CHU au risque de voir sa place diminuer dans la formation des jeunes médecins, alors que c'est l'une de ses missions. Le taux d'inadéquation exigé oralement par le ministère résulte en partie de la demande des internes, car il favorise leurs choix. Le nombre de postes restés vacants pourrait poser problème à des structures. Sur ce sujet, la position des doyens est d'assurer prioritairement la qualité de la formation des internes, en prêtant une attention particulière au lien entre les effectifs d'internes dans un service et l'activité. Il n'est évidemment pas souhaitable que le nombre d'internes atteigne des seuils où la quantité de travail par interne ne suffit pas à leur formation. Le P^f Benoît SCHLEMMER signale par ailleurs que la mission de formation des internes est partagée par le CHU dans son ensemble. À cet égard, il juge inadapté de faire porter sur les seuls pôles ou groupes hospitaliers la charge financière de l'affectation des internes. Ce sujet devrait être porté par le niveau central pour parvenir à des situations harmonieuses. Les moyens des pôles et des groupes hospitaliers ne doivent pas être impactés par une demande légitime de formation émanant de l'ARS ou du ministère.

Le P^f Serge UZAN indique que l'affectation des internes doit tenir compte de leurs besoins de formation, mais aussi de ceux des services, dont certains sont en situation de paupérisation. Réduire le nombre d'internes ne les aidera pas. Il attire par ailleurs l'attention de la CME sur la réforme du DES et du post-internat. Le nombre d'internes en « situation de responsabilité » va s'accroître, ce qui va transférer de la formation sur de l'activité clinique. La formation des chirurgiens va passer de sept à huit ans à six ans, dont une année d'assistantat et une année de mise en situation de responsabilité. C'est un problème majeur du point de vue de la qualité des soins et de la formation. Enfin, la réforme prévoit des chefs de clinique de trois ans. En général, un poste sur trois disparaît après trois ans et près de 50 % des postes risquent de se volatiliser. Il faut savoir que le budget de la recherche est en souffrance : 30 à 40 postes de chargés de recherche vont être créés en 2015, ce qui est dérisoire. Ce financement devra être recherché, à travers les universités, sur les postes de chefs de clinique, auxquels l'université ne participera plus à terme. Il invite donc la CME à s'investir et s'engager dans les discussions en cours.

Le président dit que la CME est consciente de ce problème qu'elle a abordé au printemps 2014. Il serait utile d'y revenir lorsque la loi sera préparée au ministère et au Parlement.

M. Jules GREGORY remercie les acteurs de la commission de répartition qui ont permis de ne pas sacrifier la jeune génération suite aux événements de cet été. Dans le projet de loi de santé, il est à noter que l'article 37 de la loi de santé introduit la notion d'un lieu d'échanges avec les collectivités territoriales. Les internes sont très inquiets de la possible disparition des commissions de répartition, comme ils le sont de la potentielle disparition des jeunes seniors prévue par la réforme du 3^e cycle. M. Jules GREGORY demande comment sera assuré l'encadrement des externes, toujours plus nombreux, et soulève la question de la formation des internes notamment en chirurgie, pour lesquels il est évoqué la suppression d'une année de formation. Du fait de l'augmentation du numérus clausus, ils opèrent de moins en moins en tant qu'internes. Dans ces conditions, ils ne peuvent être aussi bien formés en réduisant le nombre d'années. Enfin, un clinicat pour tous n'est pas envisageable, mais il serait souhaitable de penser à une forme d'assistantat attractif pour former les jeunes collègues aussi bien que leurs aînés.

Le P^f Benoît SCHLEMMER rappelle que sur les problématiques d'ouverture de postes, d'affectation et de formation des internes et de réforme du troisième cycle, les doyens et l'ARS organisent un séminaire à l'intention des coordonnateurs, auquel il invite la CME centrale et les CME locales. Les internes y sont également associés.

Le P^f Bernard GRANGER indique que l'hôpital Cochin a obtenu un poste d'interne supplémentaire en psychiatrie, après analyse et priorisation des demandes par la collégiale de psychiatrie. À la surprise des chefs de service, le président de la CMEL de Cochin a rédigé un courrier dans lequel il demandait aux services qui avaient obtenu un poste d'interne de le financer en donnant cinq vacations d'attaché, en argumentant de l'effort d'efficacité de 1 % porté sur la masse salariale du personnel médical. Cette demande place les services, dont la mission est de former de jeunes médecins, face à la décision suivante : supprimer cinq postes d'attachés ou renoncer à un poste d'interne. Le P^f Bernard GRANGER rappelle que les masses salariales ne doivent pas être confondues et que l'effort d'efficacité concerne les seniors. Il appelle une réflexion sur le financement des postes d'interne, en rappelant que le différentiel entre le financement fourni sous forme d'enveloppe fléchée missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) entre les 3^e et les 5^e années est lié au fait qu'un interne en fin de cursus générerait une activité plus importante. De nombreux postes sont ainsi autofinancés.

Le président demande à la DOMU de réfléchir à une régulation centrale, avec création d'une enveloppe dédiée, au lieu de renvoyer le problème aux GH, qui ne peuvent pas le gérer.

M^{me} Christine WELTY explique que c'est impossible, puisque les financements sont affectés au budget des groupes hospitaliers.

M^{me} Christine WELTY précise que les groupes hospitaliers perçoivent les MERRI, le FIR et la masse salariale correspondant aux internes « historiques ». Il reste à trouver un financement pour les postes d'internes supplémentaires accordés dans la révision des effectifs.

Le président réitère sa demande d'une réflexion sur un pilotage au niveau central

Le P^f Bertrand GUIDET déplore que les présidents de CMEL aient été exclus de l'instruction des dossiers et aient découvert ainsi que des postes étaient attribués. Cette méthode pose un problème financier, mais aussi d'équité entre les services. Une instruction partagée de la priorisation des demandes est indispensable.

Le président explique que le fonctionnement des commissions de répartition rend cette instruction partagée difficile à réaliser en pratique.

Le D^f Patrick DASSIER salue l'augmentation du nombre des internes en Île-de-France, dont l'accueil est fondamental, puisqu'ils sont de futurs praticiens hospitaliers. Le problème financier n'en demeure pas moins. Dans les services d'anesthésie et de réanimation, le nombre de PH est important pour assurer l'efficacité des groupes hospitaliers. Or certains de ces postes sont transformés en postes d'internes.

Le président rappelle qu'il y a quelques années, lors de la diminution du nombre d'internes, les moyens ont été laissés dans les services, qui ont pu en disposer, par exemple pour créer des postes de PH.

Le P^f Gérard REACH déplore la précipitation dans laquelle ces dossiers ont été instruits. Il souligne le rôle essentiel des internes. À la date du 14 octobre, le choix des internes de médecine générale n'est pas terminé. Il demande pourquoi la décision est si tardive et appelle la CME, voire les CMEL, à exiger de l'ARS un avancement du calendrier.

Le directeur général souligne que le sujet mérite réflexion. Il ne dépend pas seulement de l'ARS, mais aussi du ministère. Les débats de la CME et les difficultés rencontrées ces derniers mois

justifient l'envoi d'un courrier appuyé à la ministre, à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et à l'ARS pour demander une anticipation de deux mois du calendrier.

Le D^r Martine MARCHAND s'étonne qu'après des débats d'efficience menés en termes d'euros et de masse salariale, il soit désormais question de financer des postes d'internes en rendant des postes d'attachés. Derrière ces postes, il y a des personnes. Elle souscrit par ailleurs à l'idée d'une centralisation de l'instruction des dossiers et de la gestion de leur financement, afin d'éviter que les hôpitaux ne demandent à leurs services de rendre des postes d'attaché. La répartition des postes d'interne, quant à elle, doit être anticipée. Lorsqu'un attaché part le 30 octobre, il est remplacé dès le 1^{er} novembre, alors que la masse financière est engagée pour deux ans, ce qui place le service en situation d'effectifs surnuméraires.

Le D^r Patrick Dassier rappelle que dans certaines spécialités, les postes de PH sont importants pour le bon fonctionnement des hôpitaux. S'ils sont transformés en postes d'internes, la démarche se doit d'être transparente. La diminution du nombre de poste de PH ne doit pas augmenter la charge de travail ou majorer la dégradation des conditions d'exercice au sein des spécialités à fortes contraintes.

Le président dit que la CME ne décide pas la transformation des postes de PH en postes d'internes. Les postes de PH, notamment en anesthésie-réanimation, sont sanctuarisés. Le chef de service décide de les transformer en postes d'internes prend de lourdes responsabilités.

VIII. Questions diverses

1. Ebola

Le P^r Christian RICHARD a représenté la CME au conseil de surveillance la semaine précédant cette réunion et préside le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Un travail de fond est mené au niveau national et hospitalier, mais la demande d'information des personnels reste forte. Il demande si le président de la CME prévoit de coordonner le message adressé aux personnels.

Le président ne sous-estime pas sa responsabilité en matière de QSS, bien au contraire. Le sujet de l'Ebola relève de ce domaine. Lors du conseil de surveillance, il a exprimé son inquiétude face aux propos irresponsables de certains membres, dans un domaine où rien ne permet, à ce jour, d'être rassurant ni rassuré. Le 16 octobre, la cellule QSS & CAPCU se réunit, et modifiera son programme pour consacrer du temps à ce sujet. Le président avisera ensuite avec le directeur général sur la manière d'impliquer officiellement la communauté médicale dans les démarches relatives à Ebola.

Le directeur général, indique qu'un travail est réalisé depuis plusieurs mois pour aligner l'AP-HP sur les recommandations internationales en termes de formation et d'équipement. Ainsi, pendant l'été, des formations ont été organisées et des équipements ont été achetés (tenues, matériels d'isolement, etc.). Les deux sites équipés de chambres à basse pression ont été mis sous tension, il s'agit de l'hôpital Necker pour les enfants et de l'hôpital Bichat pour les adultes. Il a par ailleurs demandé un point d'étape sur la formation du personnel, ainsi que sur les approvisionnements en tenues. Le directeur général a fait part de son accord pour formaliser une instance sur le sujet, qui se réunirait régulièrement pour s'assurer de la conformité des dispositifs en place à l'AP-HP et de la prise en compte des retours d'expérience des autres pays. Il considère également important d'organiser une réponse institutionnelle, validée par le corps médical, aux questions qui pourraient être posées au personnel, afin que ce dernier dispose du bon niveau d'information.

Le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE souligne que les matériels spécifiques sont actuellement achetés hors marché, ce qui pose un problème de coût. Par ailleurs, l'AGEPS devrait faire preuve d'une plus grande réactivité.

Le directeur général précise que l'approvisionnement s'est avéré compliqué face au nombre de demandes pendant l'été 2014. L'approvisionnement est un sujet bien identifié qui sera résolu rapidement.

2. Départs de praticiens universitaires et praticiens hospitaliers (PU-PH)

Le directeur général indique que le directoire a souhaité faire un point sur le sujet des départs des PU-PH à la suite de deux ou trois situations mêlant facteurs personnels et professionnels. Les départs des cinq dernières années ont été analysés et ne font pas ressortir de tendance à la hausse. Pour autant, il convient d'en tenir compte et de s'interroger sur leurs motifs, ainsi que sur les difficultés réelles d'exercice à l'AP-HP. Celles-ci expliquent un certain nombre de chantiers que la direction générale souhaite mener à bien.

Le P^r Noël GARABEDIAN recommande de ne pas minimiser le problème, notamment dans les secteurs concurrentiels. Les départs vers les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui proposent des conditions d'exercice et de rémunération attractives pour les jeunes praticiens, sont particulièrement inquiétants. Le nombre n'est pas le seul problème, dans la mesure où le départ d'un individu peut déstabiliser des services, voire des hôpitaux entiers. Il demande donc une vigilance accrue et une réflexion sur la morosité ambiante à l'AP-HP.

Le président assimile les départs vers les ESPIC et le secteur privé, dans la mesure où les anciens PU-PH partagent souvent leur temps entre ces deux types d'établissement. Il soutient la demande de vigilance sur ce sujet.

3. Projet du nouveau Lariboisière

Le D^r Christophe TRIVALLE demande s'il est prévu d'intégrer le SSR/SLD de l'hôpital Fernand Widal dans le projet du nouveau Lariboisière.

Le directeur général indique que la direction générale s'apprête à déposer prochainement le dossier du nouveau Lariboisière devant Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) qui instruit et accorde un cofinancement par l'État. À ce stade, il ne prévoit pas la relocalisation du SSR/SLD de l'hôpital Fernand-Widal sur le site de Lariboisière. Pour le SSR et le SLD, une option de localisation est envisagée au nord de Paris, dans le 18^e arrondissement. La direction générale de l'AP-HP s'est entretenue avec les élus locaux à ce sujet, ainsi qu'avec les organisations syndicales. Les conditions économiques de l'implantation des activités de SSR/SLD sur le site de Lariboisière ne seraient pas satisfaisantes. En effet, l'investissement serait aussi élevé qu'une cession et le coût de fonctionnement serait supérieur au coût actuel. Il semble donc préférable de garder d'autres options ouvertes, afin de ne pas perdre de temps pour déposer le dossier, ni le fragiliser.

4. Magnisense

Le D^r Nathalie DE CASTRO explique avoir appris, à la lecture de la revue de presse, que l'AP-HP consacrait une licence d'exploitation commerciale à la société *Magnisense* pour un brevet de test de diagnostic rapide lié aux nanotechnologies. Elle souhaiterait une explication sur ce que signifient ces mots, s'étonnant que l'AP-HP n'exploite pas le brevet, s'il en existe un. Un article paru dans *Chimie pharma* indique que dans le cadre de cette collaboration, « *l'AP-HP permettra à*

Magnisense d'accéder à des échantillons biologiques issus d'une cohorte de patients atteints de maladies cardiovasculaires ». Les patients donnent généralement leur accord pour l'utilisation des échantillons, sans nécessairement accepter leur cession. Ce point mérite également des explications.

M^{me} Christine WELTY indique que l'AP-HP comprend, au sein du département de la recherche clinique et du développement (DRCD), l'office du transfert des technologies et des partenariats industriels (OTT&PI), dont l'objet est de valoriser les brevets déposés par les inventeurs de l'AP-HP. Dans ce cadre, l'AP-HP concède l'exploitation du brevet à une société privée, en négociant des redevances et en valorisant les apports de l'AP-HP. À ce titre, les différentes collections biologiques et de données sont exploitées par l'AP-HP et le consentement des patients est recueilli. La société ne détient pas un accès exclusif à ces collections : il est limité à l'exploitation du brevet.

5. Financement des SAMU

Le D^r Patrick PELLOUX constate que la réforme de l'enveloppe des MIG pour les SAMU et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) d'Île-de-France envisagée par l'ARS ferait perdre des millions d'euros à l'AP-HP.

M^{me} Christine WELTY indique que l'AP-HP fait valoir à l'ARS que tant qu'elle n'aura pas la certitude que tous les SAMU font valoir leurs données d'activité de la même manière, il n'est pas question de modifier la MIG de l'AP-HP. Un travail d'harmonisation des données est en cours.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que 800 000 € sont en jeu en 2014, comme évoqué dans le cadre de la construction de l'EPRD. En 2015, les enjeux sont plus importants. Un travail est donc mené pour rendre compte de la réalité de l'activité et des missions remplies par les SAMU. Le logiciel « CARMEN » de l'AP-HP est transparent, alors que les autres SAMU fournissent des données déclaratives.

Le P^r Paul LEGMANN demande si la direction financière envisage de mettre fin au financement d'équipements médicaux lourds par des locations, à travers la fréquentation de patients externes et le versement d'un forfait technique à l'hôpital.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que la location est maintenue sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et que cette option est également ouverte à la biologie. En fonction des caractéristiques des consultations, l'AP-HP conserve la possibilité d'acheter ou de louer le matériel. En général, l'achat reste plus intéressant, mais l'AGEPS ouvre systématiquement ces deux possibilités.

Le directeur général indique que le directoire a évoqué le sujet de l'innovation. Il a acté l'existence d'une enveloppe financière centralisée pour l'achat des innovations encore non tarifées ou prises en charge par la sécurité sociale. Cette décision permettra de mieux répondre à cette problématique. Il invite **M^{me} Carine CHEVRIER** à faire un point sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) adopté par le Conseil des ministres, qui encadre les ressources de l'AP-HP.

M^{me} Carine CHEVRIER indique que le PLFSS a été déposé le 8 octobre. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prévoit une augmentation de 2,1 points et l'ONDAM hospitalier va croître à 2 points, ce qui fait peser un effort d'économie de 730 M€ sur l'hôpital contre 657 M€ en 2013. Celui-ci était prévu dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP). La loi contient des projets connexes sur les soins urgents (tarification des patients non-résidents), dont l'alignement tarifaire à la baisse aurait un impact de 8 M€ sur les revenus de l'AP-

HP. Des mesures sur la rétrocession, le remboursement des molécules onéreuses et les dispositifs facturés en sus sont à l'étude. La sous-commission des finances est saisie de ce sujet qui sera présenté à une prochaine CME.

6. Grève partielle des praticiens hospitaliers

Le **D^r Jean-Luc GAILLARD** fait part des revendications du Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (SNPHARE) :

- la prise en compte réelle du temps de travail ;
- le respect des 48 heures hebdomadaires maximum ;
- la prise en compte du delta 39/48 heures ;
- la refonte de la grille salariale avec la suppression des premiers échelons, pour fidéliser les jeunes praticiens ;
- la revalorisation de la garde, avec un tarif unique commun à tous les médecins, dont le tarif horaire actuel pour les PH semble dérisoire, si on le compare à ce qui se pratique dans certains établissements hors AP-HP et hors service public.

IX. Approbation du compte rendu de la réunion du 8 juillet 2014

L'ensemble des remarques n'ayant pu être pris en compte, l'approbation du compte-rendu est reportée à la prochaine séance.

La séance est levée à 12 heures 35.

* *
*
*
*

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

mardi 18 novembre 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 29 octobre 2014 à 16 heures 30