

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 10 mai 2016

Nouvelles de la CME (P^r Noël GARABÉDIAN)

– Rapport HANNOUN

Le directeur général et le président de la CME ont mis en place et présideront le comité de suivi de la mise en œuvre du [rapport sur la chirurgie à l'AP-HP](#) présenté à la [CME du 12 avril](#). Sa composition est la suivante :

- P^r Laurent HANNOUN ;
- deux représentants de la CME : P^r Francis BONNET (anesthésiste-réanimateur, Tenon) et D^r Véronique MOLINA (orthopédie, Bicêtre) ;
- le président du syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris : P^r Yann PARC (chirurgie viscérale et digestive, Saint-Antoine) ;
- trois représentants de l'administration : M^{mes} Christine WELTY (directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités [DOMU]), Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ (directrice économique, financière, de l'investissement et du patrimoine [DÉFIP]), M. Étienne GRASS (directeur du pilotage de la transformation [DPT]).

La mise en œuvre du rapport HANNOUN doit améliorer l'attractivité de l'AP-HP pour les chirurgiens mais aussi pour les anesthésistes-réanimateurs. Le D^r Patrick DASSIER l'a rappelé dans un [courrier](#) adressé au directeur général au nom du syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-e), dont il a fait part à la CME.

– Temps de travail des internes

Le récent suicide d'un interne marseillais a relancé la question de l'application de la réglementation sur le repos de sécurité des internes après les gardes. À l'AP-HP, elle est aujourd'hui respectée dans environ 80 % des services, mais moins largement pour ce qui concerne les 8 demi-journées à l'hôpital.

La réglementation doit être appliquée. Les discussions entre internes et chefs de service doivent permettre de trouver des solutions pragmatiques et adaptées aux différentes spécialités, en profitant de l'augmentation du *numerus clausus*. Nous devons aussi rester vigilants sur la prévention du surmenage (*burn out*) chez les internes. Le [comité des internes](#) continuera à travailler sur la santé au travail et l'accompagnement des personnes en difficulté en lien avec la sous-commission *Vie hospitalière*.

– CME et conférence des doyens

Le président de la CME a participé à la conférence des doyens du 2 mai. Un dialogue de qualité s'institue entre la CME et l'Université. Le cycle 2016 des conférences hospitalo-universitaires qui s'achève montre que la nouvelle procédure de révision des effectifs hospitalo-universitaires pour 2017 ([note de cadrage](#)) permet de mieux harmoniser nos stratégies respectives en amont du classement des demandes d'emplois par la Faculté.

– Règlement intérieur de la CME

Le travail du comité du règlement intérieur de la CME avance bien. Le président transmettra prochainement le projet aux membres de la CME pour recueillir leur avis, ainsi qu'à la direction des affaires juridiques (DAJ) et à la DOMU pour disposer de leur expertise.

La CME définit librement son organisation dans le respect de ses compétences et sous réserve des lois et règlements. Leur inadaptation à l'AP-HP complique l'articulation entre les CME centrale et locales (CMEL) puisque les possibilités de délégations de compétences sont très limitées et que le président de la CME ne peut déléguer aucune de ses compétences aux présidents des CMEL. Il convient cependant de nous organiser de façon pragmatique et adaptée aux réalités du fonctionnement des groupes hospitaliers (GH).

– CME du 7 juin 2016

Cette séance sera particulièrement importante avec :

- la présence de **M. Christophe DEVYS**, directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) pour un échange qui portera notamment sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- la discussion avec le directeur général sur le [rapport relatif aux conflits d'intérêts](#) à l'AP-HP, reportée en raison de son absence à la CME du 10 mai ;
- la présentation du projet médical du futur **hôpital Nord** (par les P^{rs} Dominique LE GULUDEC et Philippe RUSZNIEWSKI, et M. Étienne GRASS) ;
- l'avis de la CME sur le **schéma directeur des systèmes d'information 2016-2020**.

– Évènements indésirables graves (ÉIG)

La DAJ et l'institut *Droit et santé* (université Paris-Descartes) organisent le 10 juin à l'hôtel Scipion une journée de formation sur la transposition en France de la méthode américaine de communication aux patients en cas d'ÉIG ([programme et inscription](#)). Le P^r Christian RICHARD, coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP, y représentera la CME.

– Consultanat

La CME réunie le 3 mai en composition A a examiné les 61 demandes de consultanat. Toutes ont reçu un avis favorable, dont 3 avec réserves. Le nombre de postes financés par l'ARS n'est pas encore connu. Après avis du président de la CME et du directeur général, les demandes seront transmises à l'ARSIF le 1^{er} juin.

– Vœu pour l'implication des usagers dans la procédure de certification ([vœu](#))

La communauté médicale ne doit pas craindre d'associer les représentants des usagers (RU) sur tous les sujets où leur point de vue est utile à une meilleure compréhension réciproque, en particulier en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU).

Sur proposition du président, la CME a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

La CME souhaite que les représentants des usagers (RU) soient associés à la procédure de certification V2014 dans les groupes hospitaliers (GH) et hôpitaux hors GH.

Elle invite notamment les présidents de CME locale à les associer :

1. *dans les groupes de travail portant sur les 3 thématiques prioritaires de la certification :*
 - *management de la qualité et de la sécurité des soins ;*
 - *parcours du patient ;*
 - *droits des patients, thématique pour laquelle il est conseillé qu'un RU soit co-pilote ;*
2. *au travail d'analyse de dossiers selon la méthode du patient-traceur.*

– Informations de la secrétaire générale

1. Organisation du temps de travail des personnels non médicaux

La mise en œuvre dans les GH de l'[arrêté du 1^{er} avril](#) du directeur général est actuellement soumise à l'avis des instances locales. Treize des 40 comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) déjà consultés ont demandé des expertises que la direction générale est en train d'examiner. Le calendrier reste le même : après la suppression des jours de congé non prévus par la loi, effective depuis le 1^{er} avril, la seconde partie de la réforme (généralisation de la grande équipe de jour, disparition de l'organisation du travail en 7h50) entrera en vigueur au 1^{er} septembre.

2. Le 21 mars, l'AP-HP a signé un nouveau marché avec la société *Agfa HealthCare* ([communiqué de presse](#)) pour généraliser le déploiement d'**ORBIS Patient** en conformité avec les conclusions de l'audit réalisé en août 2015 ([CME du 10 novembre](#))

[2015](#)) par la direction interministérielle des systèmes d'information et de communication (DISIC). La prochaine enquête de satisfaction est prévue en juin 2016.

3. Les **3^e journées *Portes ouvertes*** de l'AP-HP se dérouleront les 27 et 28 mai ([programme](#)). Une conférence inaugurale aura lieu le 27 mai à 17h30 à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Les membres de la CME y sont invités ([inscription](#)).

Propositions du groupe de travail sur la prévention, la détection et le traitement des situations à risques ou conflictuelles concernant les personnels médicaux de l'AP-HP (P^r Rémi SALOMON, D^r Nicolas DANTCHEV) [diaporama](#), [rapport](#)

La CME a approuvé à l'unanimité les recommandations du [groupe de travail](#) mis en place le 9 février par le directeur général et le président de la CME suite au [directoire](#) extraordinaire du 4 janvier. Elles comportent deux volets :

- **la prévention des situations conflictuelles ou à risques basée sur l'amélioration du management** : rédaction d'une charte de management médical, systématisation d'un entretien annuel individuel pour chaque praticien, nouvelle procédure de nomination des responsables médicaux tenant compte des compétences managériales en sus de la capacité à porter un projet médical et universitaire, obligation de réunir les conseils de service ;
- **la détection et le traitement des situations à risques**, avec la reconnaissance du rôle des sous-commissions *Vie hospitalière* (sCVH) centrale et locales, la coordination entre l'AP-HP et l'Université en matière notamment de médecine du travail, la constitution d'un vivier de consultants et praticiens volontaires pour mener des missions d'analyse, d'accompagnement ou de médiation.

Ce plan est une première étape vers une véritable gestion des ressources humaines médicales. Face à la complexité des problèmes rencontrés, il n'existe pas de solutions faciles et il faut d'abord commencer par changer les mentalités. La mobilité doit aussi entrer dans notre culture comme une étape positive dans une carrière et non pas vécue comme un échec ou une sanction. Ces problèmes n'existent pas qu'à l'AP-HP mais elle est la première à s'y attaquer, avec un engagement fort de sa CME.

Bilan des conférences stratégiques et budgétaires (M^{mes} Christine WELTY et Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ) [diaporama](#)

À l'issue des conférences stratégiques, l'effort d'efficacité contractualisé avec les GH s'élève à 143 M€ (136,5 M€ notifiés dans la [lettre de cadrage](#)). Il est porté par des prévisions d'activité des GH de + 1,73 % en hospitalisation complète (1,05 % prévus dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses [ÉPRD] 2016) et + 5,53 % en hospitalisation partielle (4,58 %), avec une augmentation contractualisée du personnel médical de + 106 équivalents temps pleins rémunérés (ÉTPR). À ces efforts importants en exploitation correspondent des arbitrages ambitieux en matière d'investissement (410 M€ en crédits de paiement en 2016).

Identitovigilance à l'AP-HP (P^r Béatrice CRICKX) [diaporama](#)

Dans sa phase transitoire, le déploiement de l'identifiant patient permanent (IPP) dans ORBIS crée des risques d'erreurs en raison de l'apparition mécanique de doublons liés à l'addition des bases d'identité historiques de l'ancien système de gestion automatisée locale du dossier administratif (GILDA). Il demande d'adopter des procédures communes de gestion des identités et de renforcer la formation. Les dossiers médicaux et de soins étant rattachés à l'IPP, l'identitovigilance est l'affaire de tous, en particulier des médecins et des présidents des CME

locales qui doivent s'investir dans le bon déroulement du déploiement, comme l'a rappelé le P^r CRICKX, vice-présidente de la [commission centrale d'identitovigilance](#) (CCIV).

Modalités de répartition et d'utilisation de l'enveloppe 2015 d'intéressement à la recherche de l'AP-HP (M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE) [diaporama](#)

En 2014, le ministère a attribué une part des crédits modulables de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) en fonction du nombre de contrats uniques signés. L'AP-HP a reçu 2 M€ à ce titre en 2014 et 3,4 M€ en 2015. Elle s'en est servie pour créer un fonds d'amorçage pour accompagner le décalage de trésorerie créé par le nouveau mode de financement des essais dans lequel les incitations financières à l'inclusion (IFI) ne sont perçues qu'une fois les inclusions effectives.

L'enveloppe disponible en 2015 est distribuée aux GH selon une clé de répartition privilégiant le nombre d'inclusions dans les essais cliniques, dont dépendent les futures publications. Les GH peuvent l'utiliser pour :

- recruter des techniciens et assistants de recherche cliniques (TEC et ARC) et des infirmiers (en particulier pour reprendre les personnels des associations de service) ;
- acquitter des frais de publication, formation ou participation à des congrès ;
- financer des appels d'offres internes pour des projets de recherche chirurgicaux, en cohérence avec le [rapport HANNOUN](#) (voir *supra*).

Le nouveau modèle économique de la recherche clinique et les modalités de sa mise en œuvre à l'AP-HP suscitent des inquiétudes sur l'adéquation des financements et sur sa lourdeur administrative. Les sous-commissions *Recherche, innovation et Université* et *Activité-ressources* instruiront le dossier avant présentation devant une prochaine CME.

Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) évalue à environ 1 M€ le manque à gagner dû à la sous-déclaration de nos publications. Il est donc de notre intérêt collectif que chacun s'astreigne à valider manuellement ses publications dans le système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS).

Information sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2017 (M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ) [diaporama](#)

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) prévoit à nouveau une efficience de 5 M€ sur le personnel médical en 2017. La [note du 12 avril 2016](#) a lancé la phase locale de la révision. Les GH ont jusqu'au 13 juillet pour instruire et classer leurs demandes dans le respect de leur masse salariale.

La phase centrale a pour objet de vérifier la cohérence des demandes avec la stratégie médicale de l'AP-HP et de répartir l'enveloppe de 0,4 % de la masse salariale du personnel médical sénior réservée pour les retours d'emprunts de postes des années antérieures et les priorités institutionnelles (ambulatoire, aval des urgences, accompagnement des spécialités en tension, soutien aux regroupements d'activité, projets supra-GH). Les rencontres du groupe restreint de la CME avec les GH auront lieu en septembre-octobre, suivies d'une réunion de synthèse du bureau élargi de la CME. La CME se concertera sur le classement final le 8 novembre et votera le 6 décembre sur la liste que le directeur général soumettra à l'ARSIF.

P^r Noël GARABÉDIAN, le 15 mai 2016