

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 10 FÉVRIER 2015**

SOMMAIRE

I. Informations émanant du président de la CME	6
II. Questions diverses	8
III. Règles à respecter pour l'hospitalisation des malades infectés par une souche résistante de bacille tuberculeux, en vue de garantir la sécurité des soins	14
IV. Réflexions de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) et du président de la CME sur la révision 2016 des effectifs de PH	16
V. Information sur la prescription encadrée des médicaments actifs contre le virus de l'hépatite C	20
VI. Rapport d'activité de la fédération du polyhandicap	21
VII. Parcours des soins : exemple de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	23
VIII. Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	27
IX. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières	28
X. Rapport 2013 de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL)	28
XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 9 décembre 2014	30

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1. Informations émanant du président de la CME (P^f Loïc CAPRON), incluant une intervention des internes sur leur mouvement de grève
2. Règles à respecter pour l'hospitalisation des malades infectés par une souche résistante de bacille tuberculeux, en vue de garantir la sécurité des soins (P^f Vincent JARLIER, M. Marc DUPONT)
3. Réflexions de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) et du président de la CME sur la révision 2016 des effectifs de PH (P^f Thierry BEGUE)
4. Information sur la prescription encadrée des médicaments actifs contre le virus de l'hépatite C (P^f Daniel VITTECOQ)
5. Rapport d'activité de la fédération du polyhandicap (P^f Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR)
6. Parcours de soins : exemple de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (P^{ts} Gérard HUCHON et Dominique VALEYRE, D^f Sophie DE CHAMBINE)
7. Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) (M^{me} Françoise ZANTMAN)
8. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières (M^{me} Grazia BRISSET)
9. Rapport 2013 de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL) (D^f Alain FAYE)
10. Questions diverses
11. Approbation du compte rendu de la réunion du 9 décembre 2014

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- 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^f Catherine BOILEAU
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- 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 Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHÉRON
- M. le P^f Thierry CHINET
- M^{me} le P^f Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^f 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. le P^f François DESGRANDCHAMPS
- M^{me} le P^f Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Noël GARABEDIAN
- M^{me} le P^f Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. Jules GREGORY
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le P^f Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- 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^f Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M. le P^f Philippe MENASCHE
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le D^r Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- 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 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^f 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. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot, président de la conférence des doyens d'Île-de-France ;
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M^{me} Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. le P^f Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. Yann FLECHER, représentant du comité technique d'établissement central
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P^f 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} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- 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^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
M^{me} Gwenn PICHON NAUDE, DOMU

- ***représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} René ADAM, Ghislaine BRÉFORT, Jacques DURANTEAU, Bernard GRANGER, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Gilles ORLIAGUET

La séance est ouverte à 8 heures 35 sous la présidence du P^f Loïc CAPRON.

I. Informations émanant du président de la CME

Le président ouvre la séance. Il informe les membres de la CME du report du point 8 de l'ordre du jour relatif au nouveau statut des sages-femmes hospitalières, de M^{me} Grazia BRISSET étant empêchée.

Le P^f Benoît SCHLEMMER rend hommage au P^f Olivier MEYER, chef du service de rhumatologie de l'hôpital Bichat, décédé le 29 janvier, à l'âge de 65 ans et au D^f Isabelle INGSTER-MOATI, maître de conférences des universités en biophysique, décédée à l'âge de 57 ans le 31 janvier.

Les membres de la CME observent une minute de silence.

Mouvements à la CME

Le président accueille M. Yann FLECHER, qui a été élu par le comité technique d'établissement central (CTEC) pour le représenter avec voix consultative à la CME. Infirmier et syndicaliste de l'USAP-CGT, il remplace M. YOUINOU.

M. FLECHER est infirmier à l'AP-HP depuis 20 ans, après avoir été agent hospitalier. Il a commencé sa carrière à San Salvador avant de travailler dans d'autres hôpitaux (Avicenne, Saint-Antoine, Lariboisière). Il est membre du comité technique d'établissement central (CTEC) depuis les dernières élections professionnelles. Il a aussi été membre et secrétaire du comité technique d'établissement local (CTEL) de l'hôpital Avicenne. M. FLECHER remercie les membres de la CME pour leur accueil.

Le président informe la CME du prochain départ de l'AP-HP du P^f Bruno CARBONNE, gynécologue obstétricien à l'hôpital Armand-Trousseau, membre du collège des élus hospitalo-universitaires chirurgiens de la CME. Il sera remplacé par le P^f Fabien KOSKAS, chef du service de chirurgie vasculaire à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Le P^f Bruno CARBONNE était vice-président du groupe des internes aux côtés du P^f Jean-Yves ARTIGOU. Il sera remplacé dans ces fonctions par le P^f Philippe HARDY, orthopédiste à l'hôpital Ambroise-Paré, déjà membre du groupe.

Le président salue le doyen Serge UZAN qui quitte prochainement ses fonctions de doyen et assiste à sa dernière CME. Il le remercie chaleureusement pour le travail accompli.

Le P^f Serge UZAN est sincèrement ému de quitter la CME après de nombreuses années en tant que doyen. Courant février, il prendra ses fonctions de vice-président de l'université Pierre et Marie CURIE. Le 9 février, il a été élu au conseil de l'Ordre des médecins de la ville de Paris. Il souhaite aujourd'hui s'investir dans ses deux nouvelles fonctions. Son travail à la CME a été très enrichissant, notamment lors de la rédaction du plan cancer, qui lui permet de dire qu'il existe des perspectives pour les patients, pour les étudiants, pour les associations d'usagers et pour les médecins. Le P^f Serge UZAN souhaite une bonne continuation de leurs travaux aux membres de la CME.

Postes d'assistants spécialistes partagés

Le président a participé le 5 février à une réunion du comité de suivi des assistants spécialistes partagés (ASP) organisée par l'agence régionale de santé (ARS) pour préparer un 2^e appel à candidatures. Une trentaine de postes seront financés à 60 % par l'ARS sur le fonds d'investissement régional (FIR) et à 40 % par les hôpitaux partenaires qui se partageront des

assistants. Pour l'AP-HP, l'objectif est d'établir des coopérations avec des centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France. Cette formule permet de préparer un jeune collègue, issu de l'internat ou du clinicat, à devenir PH dans un centre hospitalier tout en gardant un pied à l'AP-HP, ce qui permettra des échanges techniques et d'organiser des circuits de patients. Le président encourage les GH à présenter des candidats en montant des dossiers solides sur la base de projets médicaux construits avec nos collègues des CH. Les dossiers doivent être prêts pour le mois d'avril. Les assistants entreront en fonction le 1^{er} novembre 2015.

Le P^r Ariane MALLAT sollicite des précisions sur le nombre d'assistants partagés auxquels l'AP-HP pourrait prétendre. Pour sa part, elle avait entendu que ce nombre serait de 45 et non de 20.

Le président répond que ce nombre sera, au maximum, de 30, les autres seront des assistants généralistes. Ce nombre est déjà significatif et représente une moyenne de deux assistants par GH.

Le P^r Serge UZAN précise que, pour réussir, il faut trouver les candidats et identifier un projet. Par ailleurs, compte tenu du nombre de demandes, il convient aussi que l'établissement partenaire soit disposé à participer à 40 % du financement. Si l'ensemble de ces conditions sont remplies, les dossiers devraient pouvoir aboutir. Il faut donc inviter les présidents de CMEL à commencer le travail sans attendre le lancement officiel de l'appel d'offres, notamment en vue d'identifier des candidats et des points de chute.

Le P^r Thierry BEGUE demande si la part de 40 % du financement est du ressort de l'AP-HP.

Le président répète que cette part est, en principe, financée par les CH partenaires.

Le P^r Paul LEGMANN demande confirmation que l'AP-HP peut négocier le statut de ces assistants et les partager avec des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC), centres anticancéreux ou CH.

Le président le détrompe en précisant que ces postes ne concernent que le service public hospitalier et ne ciblent pas les ÉSPIC.

Informations du directeur général

Le directeur général informe la CME qu'un groupe de travail sur le temps médical continu dans les services d'urgence sera mis en place avant la fin du mois de février. Y participeront le président et la vice-présidente de la CME ainsi que le président de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS), des membres de la CME, des représentants des urgentistes ainsi que de la collégiale des urgences. Ces travaux s'inscrivent dans la stratégie globale d'amélioration des urgences et visent à atteindre les objectifs ambitieux fixés dans ce domaine.

La ministre de la Santé a reçu la semaine dernière, les directeurs généraux des ARS et les directeurs des organismes d'assurance-maladie ainsi que les représentants des établissements hospitaliers en vue de préciser le plan d'économies qui touche le champ de la santé. Un tiers de ce plan d'économies concerne l'hôpital, lequel représente 42 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ces mesures se traduisent dans chaque état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD) et représentent des efforts très importants pour l'AP-HP. Ils passent par la transformation des conditions de prise en charge, avec le développement de l'ambulatoire – inscrit dans le plan stratégique – et des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. L'évolution des activités en 2014 démontre que l'AP-HP tient assez précisément les objectifs qu'elle s'est fixés puisque l'activité conventionnelle progresse moins vite qu'auparavant et un peu moins vite que les

prévisions. Les autres types de prise en charge, hospitalisation de jour et chirurgie ambulatoire notamment, se développent plus vite que la moyenne, plus vite que le rythme précédent et plus vite que les objectifs fixés. Le rééquilibrage de l'activité devra continuer à s'accélérer pour atteindre la cible fixée à l'horizon 2015. Si le président en est d'accord, c'est un sujet qui pourrait être inscrit à l'ordre du jour d'une réunion de la CME.

Il convient encore de poursuivre l'effort pour développer l'usage des génériques et de continuer à s'interroger sur la pertinence des actes. Il conviendra aussi de contenir les masses salariales, médicales et non-médicales. Ce sera un sujet évoqué dans le cadrage de la révision des effectifs, mais pas seulement. Le directeur général rappelle qu'il a pris l'engagement de ne pas réduire le temps personnel au lit du malade. Il faut faire en sorte que les organisations permettent de faire face à ces questions.

Le déploiement d'ORBIS pourrait faire également l'objet d'une présentation *ad hoc* en CME. Ce déploiement se poursuit aujourd'hui au rythme d'un établissement par mois. Le paiement en ligne devrait être ouvert aux patients d'ici quelques semaines. Cette fonctionnalité sera rodée avant d'être étendue sur l'ensemble de l'AP-HP. De même, le nouveau site Internet de l'AP-HP sera ouvert dans les prochaines semaines.

La CME a adopté à l'unanimité les statuts de la fondation AP-HP, sous forme de fondation hospitalière. Elle permet d'apporter des financements aux programmes de recherche. Ces statuts nécessitent d'être approuvés par un décret. Plusieurs réunions ont porté sur ce sujet. Quelques inquiétudes ont fait jour du côté de l'INSERM et des universités mais celles-ci ont finalement pu être levées. Le décret pourra donc paraître dans les jours à venir. Dès lors, il sera possible d'installer la fondation qui sera fort utile pour apporter un soutien aux programmes de recherche avec les partenaires de l'AP-HP.

Le travail se poursuit sur deux dossiers du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Lariboisière a passé l'étape d'admissibilité et les discussions portent actuellement sur le calendrier d'examen et de passage en COPERMO plénier. Pour l'hôpital Nord, les discussions sont ouvertes et plutôt positives avec les deux communes d'implantation possibles, à savoir Clichy et Saint-Ouen. Le maire de Saint-Ouen avait d'abord exprimé une certaine réticence à l'idée qu'un hôpital soit localisé au milieu de sa ville, mais il semble aujourd'hui plus ouvert à cette perspective.

II. Questions diverses

Temps de travail continu

À la lecture de la lettre directive de la ministre de la santé concernant le temps médical continu, le **D^r Christian GUY-COICHARD** croit comprendre que l'objectif est d'aboutir à des mesures convergentes avec d'autres spécialités qui travaillent également en temps continu. Or, de l'exposé du directeur général, il déduit que le groupe de travail ne se pencherait que sur la situation des urgentistes. Il souhaite savoir si d'autres spécialités travaillant en temps continu sont concernées et si une réflexion plus globale sur le temps de travail des médecins est ou sera engagée.

Le directeur général souligne que la ministre de la Santé a demandé que la situation des urgentistes soit étudiée en priorité. Les autres spécialités concernées seront examinées dans un deuxième temps. La démarche préconisée par la ministre sera respectée.

Le D^f Patrick DASSIER ajoute qu'un calendrier a été établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au sujet du temps de travail des PH (mission LE MENN). Ces réunions commenceront fin février pour se terminer en avril.

Augmentation du tarif d'hébergement dans les services de soins de longue durée (SLD)

Le D^f Christophe TRIVALLE constate que le tarif d'hébergement a augmenté de 6 € par jour. Pour les soins de longue durée, l'hébergement coûte désormais 79 € en chambre double par jour et 83 € par jour en chambre simple. Il s'avère que cette augmentation n'a pas été annoncée aux familles ni aux médecins. Le D^f Christophe TRIVALLE demande des précisions sur la motivation de cette augmentation et souhaite savoir comment sera utilisé ce surplus. Par exemple, ces sommes serviront-elles à financer l'humanisation et l'amélioration des structures de soins de longue durée qui, à certains endroits, sont en très mauvais état ?

M^{me} Carine CHEVRIER confirme que les tarifs dépendance et hébergement ont augmenté suite à une décision du directeur général suite à négociation avec le département de Paris. Même si les négociations avec le département de Paris ont commencées en septembre, ces augmentations ont été notifiées le 7 janvier 2015 pour mise en œuvre au 1^{er} février 2015. Jusqu'alors, il n'y avait pas d'augmentation tarifaire depuis 2007 sur l'hébergement et 2011 sur la dépendance. Partant de la situation très déficitaire des USLD – avec un déficit annoncé de – 6 M€ en 2014 – le département de Paris a, cette année, autorisé une augmentation. M^{me} Carine CHEVRIER confirme que le tarif de la chambre simple sera de 83,50 € et celui de la chambre double de 78,15 €. L'augmentation des tarifs a pris effet le 1^{er} février. La direction des patients et des usagers a été informée rapidement de cette décision pour relayer l'information auprès des familles.

Cette augmentation permet d'équilibrer les budgets annexes qui sont relatifs aux USLD et aux ÉHPAD. Des économies de charges sont demandées sur ces secteurs pour équilibrer les budgets : la hausse des tarifs permettra de mieux faire fonctionner les USLD, et de continuer à financer la mise aux normes, tel que l'engagement en a été pris dans le cadre de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de 2013.

Dénonciation unilatérale d'un contrat établi entre l'hôpital Saint-Joseph et le GH Paris Centre pour la chirurgie thoracique

Le P^f Stanislas CHAUSSADE souhaite revenir en quelques mots sur les propos liminaires du directeur général concernant les places d'ambulatoire. Il attire l'attention de la CME sur le fait qu'il existe une forte tension et qu'il faut veiller à ne pas tout basculer vers l'ambulatoire. Il faut résolument garder quelques lits d'hospitalisation conventionnelle, sauf à vouloir annuler des interventions programmées et à générer des problèmes d'aval des urgences.

Le directeur général rappelle que l'activité en ambulatoire n'est nullement destinée à supprimer les lits. Cependant, le plan stratégique fixe des taux d'occupation qui sont aujourd'hui plus faibles que ceux de la moyenne des hôpitaux. Ce sont les symptômes d'une désorganisation. Il existe donc des marges de manœuvre à saisir pour éviter des transferts vers les ÉSPIC ou le secteur privé qui ne sont souhaitables ni pour les patients ni pour les finances de l'AP-HP.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE souhaite évoquer les relations entre l'AP-HP et les hôpitaux voisins pour lesquelles le président a œuvré. À ce sujet, il rappelle qu'un poste de PUPH avait été mis à disposition d'un ÉSPIC, à l'occasion d'une précédente révision hospitalo-universitaire. L'accord stipulait que ce PUPH travaillerait avec l'AP-HP, en particulier avec le service de chirurgie thoracique de Cochin. Or, ce contrat s'est brutalement interrompu, sans aucune négociation, du fait d'un rapprochement entre un hôpital mutualiste, l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) et le

groupe hospitalier Saint-Joseph. Par ailleurs, plusieurs praticiens ont été débauchés. Pourquoi certains professionnels de l'AP-HP préfèrent-ils orienter leurs patients vers des hôpitaux hors AP-HP alors que la spécialité concernée y existe ? Si c'est pour un défaut de qualité ou si cela tient à des problèmes de fonctionnement ou d'équipement, il faut pouvoir en discuter. Alors que les problèmes financiers figurent au premier plan et qu'il est demandé de faire progresser le niveau d'activité, il demande que ces sujets soient traités ouvertement. La question est de savoir si l'AP-HP entend laisser la situation en l'état ou si elle souhaite résolument défendre ses intérêts et impose à ses propres hôpitaux la préférence pour des transferts dans l'institution à ceux effectués en dehors de l'AP-HP.

Le président rejoint le P^f Stanislas CHAUSSADE sur la préférence à donner aux transferts intra-AP-HP. Malgré les ouvertures qu'il a tentées, il a pu constater que les relations avec les ÉSPIC sont difficiles. Il se souvient que, dans les jours qui avaient suivi sa nomination, M. HIRSCH avait convié les ÉSPIC à une réunion au cours de laquelle il leur avait proposé d'entretenir un dialogue, mais ils s'étaient bornés à reprocher à l'AP-HP de ne pas nommer assez de professeurs dans leurs établissements et de vivre repliée sur elle-même. Leur posture fermée et défensive n'a guère permis d'aller plus loin. La mésaventure de la chirurgie thoracique de l'hôpital Cochin illustre ces tensions. Force est de reconnaître que les deux parties n'obéissent pas exactement aux mêmes règles.

Le directeur général rappelle que la préférence à donner à l'AP-HP était l'un des axes développés dans ses vœux. Il est incohérent de prôner les parcours de soins sans s'organiser à l'intérieur de l'AP-HP. Il met en avant l'existence du niveau supra-GH, discours qui converge avec cette préférence, de même que les travaux menés sur la réorganisation des accès. Le directeur général rappelle qu'il est difficile de réclamer un soutien de l'ARS et du ministère de la santé si l'AP-HP n'est pas en mesure de s'organiser en interne. Si ce n'est pas le cas, l'AP-HP en paiera lourdement les conséquences. Par ailleurs, rien n'interdit aux doyens qui font partie de la stratégie hospitalo-universitaire d'indiquer aux établissements auxquels ils concèdent des postes hors du CHU de faire en sorte que les engagements soient tenus. Le directeur général ne sait pas quelle a été la réaction du doyen FRIEDLANDER face à la situation qui vient d'être exposée.

Le D^f Patrick PELLOUX signale que les établissements ÉSPIC comme les cliniques privées ont investi dans les urgences car ces établissements ont parfaitement compris qu'il s'agissait d'un excellent moyen de recruter des malades. Le D^f Patrick PELLOUX signale, pour le SAMU 75, que tous les efforts sont fournis pour orienter les patients vers l'établissement qui le suit déjà. Cependant, il reste difficile d'appliquer cette consigne lorsqu'aucun lit n'est disponible au niveau des urgences. Les établissements hors AP-HP ont parfaitement compris qu'il existait des marges de manœuvre financière : ils se sont même organisés pour viser cette activité rentable.

Le P^f Serge UZAN estime que ce sujet rejoint la question des emplois. Il existe des réseaux privilégiés. Par exemple, avec l'hôpital des Quinze-Vingts, il y a un nombre significatif d'emplois et une coopération strictement formalisée. Pour lui, l'AP-HP doit être le troisième partenaire de ces conventions, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Il ajoute qu'il est arrivé que des universités conventionnent directement avec certains établissements, ce qui n'est pas correct, mais qui était de mise par le passé. Aujourd'hui, il faut rétablir le volet AP-HP - universités.

Le P^f Paul LEGMANN rappelle qu'il existe un différentiel de statut et de revenus entre les praticiens hospitaliers qui exercent dans les ÉSPIC, dans les centres anticancéreux, etc. et les praticiens qui exercent à l'AP-HP. Faire venir un praticien d'un ÉSPIC vers l'AP-HP est très compliqué, même s'ils sont volontaires pour rejoindre l'AP-HP. À l'inverse, il est plus simple de proposer une mobilité de l'AP-HP vers ces établissements. Le P^f Paul LEGMANN souhaite comprendre l'origine de ce différentiel de revenus qui constitue un vrai problème qu'il faut tendre à résoudre.

Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)

Le président informe la CME que le P^f Christian RICHARD a attiré son attention sur la pétition qui circule pour défendre le PHRC contre les projets de réforme qui menacent la recherche clinique dans les services de l'AP-HP. Il a demandé à la sous-commission *Recherche et Université*, présidée par le P^f Philippe RUSZNEWSKI, de travailler à une motion de la CME qui lui sera soumise lors de sa prochaine réunion.

Le P^f Philippe RUSZNEWSKI considère que le contexte est inquiétant avec la possible dissolution du PHRC dans un appel d'offres plus global. Le risque est grand de rencontrer encore plus de difficultés à financer la recherche institutionnelle dans ces conditions. Pour cette raison, une motion sera proposée au vote de la CME lors de sa prochaine séance. Le P^f Philippe RUSZNEWSKI ne peut pas présager du poids que pourra avoir cette motion mais il semble essentiel que la communauté médicale s'exprime sur cette thématique.

Le président souligne l'importance du sujet. Le PHRC pourrait évoluer vers un soutien aux programmes de recherche à dimension européenne et orientés sur la recherche dite translationnelle ce qui l'éloignerait du malade. Le danger est que l'INSERM, le CNRS voire les universités récupèrent la manne du PHRC pour financer leur recherche au détriment de la recherche clinique, qui est financée par l'Assurance maladie. Le président propose que ce sujet soit traité plus en détails lors de la prochaine réunion de la CME au cours de laquelle une motion sera proposée. Le président diffusera aux membres de la CME l'adresse de la pétition que, pour sa part, il a signée.

Mouvement de grève des internes

M. Jules GREGORY confirme que la grève des internes, des chefs et des assistants a été massive le 4 février dernier. Le taux de grévistes a été établi à 52 % suivant les chiffres de la DGOS. Le mouvement fait suite au projet de loi de santé. Par exemple, l'hôpital public n'est pas compris dans cette loi. C'est à la fois un mouvement de contestation et un mouvement de proposition. Une grande manifestation se tiendra à Paris le 15 mars : elle vise à rassembler tout le corps médical. Par ailleurs, lors des dernières commissions de répartition, des postes ont été ouverts suite à l'augmentation des quotas à l'examen classant national (ECN) résultant de l'augmentation du *numerus clausus*. À la veille de la commission de répartition des spécialités médicales, aucune garantie n'est encore donnée sur la pérennisation de ces postes. 37 postes d'internes sont ainsi menacés de fermeture. Les internes claqueront la porte des négociations sans garantie sur la pérennisation de ces postes. M. Jules GREGORY ajoute que les internes s'interrogent aussi sur l'utilisation des crédits prévus pour financer les postes d'internes. Alors que l'augmentation du *numerus clausus* se poursuivra, dans les deux prochaines années, il y aura plus d'internes en Île-de-France, il est donc indispensable de poursuivre les ouvertures de postes à l'AP-HP. Les internes demandent la constitution d'un budget centralisé pour permettre des ouvertures de postes dans les deux prochaines années.

M. Stefan NERAAL, pour la médecine générale, rappelle que 93 % des internes se sont prononcés contre la généralisation du tiers payant dans les modalités proposées aujourd'hui par les textes en projet. Ils estiment que cette disposition ne pourrait que faire croître le poids des mutuelles, entre autres. Les internes de médecine générale se questionnent aussi sur l'article pouvant remettre en cause la liberté d'installation des médecins. Un article de la loi envisage une régionalisation de la convention. Tous ces points représentent des dangers pour la médecine ambulatoire selon les internes de médecine générale. Ces derniers ont donc décidé de suivre le mouvement de grève des internes de spécialités.

M^{me} Anne-Sophie BOURREL souligne que les internes de biologie et pharmacie n'ont pas décidé, pour le moment, au niveau national, de suivre le mouvement de grève. Le bureau national reste cependant très attentif au sujet.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU, président du groupe des internes, relève que le sujet qui vient d'être évoqué porte sur le maintien de postes financés à 100 % par l'ARS et qui sont aujourd'hui menacés de disparition si leur financement n'est pas trouvé localement. Il faut noter que la DOMU a pesé pour que six postes menacés en psychiatrie soient pérennisés. Il faut désormais trouver les financements pour assurer le maintien des autres postes dans cette situation inextricable. En revanche, d'autres établissements ne rencontrent aucun problème pour proposer une offre de formation. La gynécologie a ouvert six postes, exclusivement hors AP-HP, faute de financement. Le P^r Jean-Yves ARTIGOU appelle donc à la plus grande vigilance et invite à prendre des décisions fermes.

Le président rappelle que le CHU doit assurer la formation des troisièmes cycles de médecine. On ne peut donc pas se contenter de dire que la situation est inextricable, sauf à accepter que le CHU n'existe plus et que d'autres assumeront cette mission à sa place, notamment les ÉSPIC voire les établissements privés.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle en premier lieu que 95 % des postes ouverts, en particulier dans les spécialités médicales, ne posent pas de problème. L'effectif de postes supplémentaires liés à l'accroissement du nombre des internes suit l'accroissement du *numerus clausus*. En tout état de cause, l'ouverture de postes est nécessaire. Il est évidemment essentiel de rappeler la mission du CHU et le nécessaire maintien des équilibres entre le CHU et les hôpitaux publics, dans la répartition du nombre des internes en formation. Il est désolant de noter que, pour une spécialité, comme la gynécologie obstétrique où il existait des possibilités d'ouverture d'emplois au sein de l'AP-HP, les seuls financements sont venus des hôpitaux généraux. Le P^r Benoît SCHLEMMER fait par ailleurs observer que ce n'est pas sur cette ligne que l'AP-HP réalisera des économies. Pour le doyen, le surplus d'emplois doit être géré à l'échelon central pour éviter toute querelle dans les GH et dans les pôles.

Le P^r Serge UZAN indique que trois postes ouverts en gynécologie obstétrique en 2014 ont été maintenus, ce qui atteste de l'effort fourni par l'AP-HP. Le travail mené avec les internes et avec les coordonnateurs lors de la commission de répartition de chirurgie a été très positif puisqu'il a été possible d'identifier les besoins non financés et qui devraient revenir à l'AP-HP. La difficulté est que les ÉSPIC et les établissements privés se portent volontaires dès qu'il est affirmé un besoin de postes. Ces établissements ne passent plus par la voie de l'accréditation mais se contentent d'informer les internes de la possibilité d'ouvrir des postes. Ce problème très contrôlé en chirurgie pourrait apparaître dans d'autres spécialités.

Le P^r Jean-Luc DUMAS rappelle que, suite à une directive du ministère de la Santé, il convient de préserver un taux d'inadéquation de 7 % ce qui n'était pas le cas par le passé. Mathématiquement, le nombre de postes correspondant à ce taux d'inadéquation doit être ouvert.

Le président ajoute que ce dossier concerne aussi les internes de pharmacie avec un poste qui disparaît à l'Hôtel-Dieu.

Le P^r Jean-Michel SCHERRMANN souligne que la pharmacie a échappé aux mesures de postes supplémentaires qui sont évoqués pour la médecine. Le cas de l'Hôtel-Dieu est un cas particulier.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que 17 postes en gynécologie-obstétrique sont localisés à la maternité de Port-Royal avec 3 postes d'internes en gynécologie médicale. C'est dire que

l'AP-HP assume la formation d'un grand nombre de spécialités. La difficulté réside dans le fait que l'élargissement du *numerus clausus* n'a pas été anticipé, alors que ces postes auraient pu être programmés à l'avance. Pour le groupe hospitalier du P^f Stanislas CHAUSSADE, l'augmentation du nombre de postes correspond à une note de 300 000€. Alors qu'il est demandé de réaliser des économies à hauteur de 600 000€, la question est de déterminer où il sera possible de trouver les financements. Le P^f Stanislas CHAUSSADE rappelle par ailleurs qu'un grand nombre de postes de DES ont été convertis en postes d'internes. Par ailleurs, il souligne que les capacités de formation des services ne sont pas infinies. Les internes ne doivent pas être en nombre trop important dans chaque service afin de pouvoir mettre en place l'accompagnement nécessaire. Il souhaite ardemment que l'AP-HP puisse jouer son rôle d'enseignement mais il faut étudier avec sérieux les modalités de financement.

Le P^f Bruno CARBONNE souligne que le nombre d'internes pour un service dépend du niveau d'activité nocturne et diurne et du nombre de blocs opératoires. Or ce nombre n'est pas atteint dans la majorité des services de chirurgie des hôpitaux de l'AP-HP.

Le P^f Benoît SCHLEMMER tient à préciser qu'un suivi très rigoureux est effectué pour faire en sorte que les ouvertures de postes correspondent à des considérations pédagogiques, notamment en termes d'encadrement. Par ailleurs, les attributions de postes d'internes concernent les services qui sont passés par la procédure de l'agrément. En fonction de l'activité des services et de la charge de travail des internes, qui évolue en fonction de la réglementation (temps de formation, repos de sécurité, etc.), il est fait en sorte que la capacité de formation soit maintenue. Il tient à affirmer que le travail mené par les coordonnateurs est admirable. Ces derniers connaissent très bien les différentes équipes. Les doyens peuvent s'appuyer sur eux. Ils sont d'ailleurs le bras armé des doyens.

Le D^r Alain FAYE confirme que les discussions entre les représentants des internes et le syndicat des chirurgiens ont permis de modéliser le nombre d'internes affectés dans un service dans des perspectives de formation (nombre de salle d'opération fonctionnelle +2). Il faudrait envisager d'arrêter un budget correspondant à la permanence des soins pour les spécialités engagées dans cette logique de formation. La permanence des soins a été négociée avec l'AP-HP mais aussi avec l'ARS. Les sites qui reçoivent des urgences, en ce qui concerne l'orthopédie et la chirurgie viscérale, doivent être sanctuarisés en termes de budget correspondant au nombre d'internes. Ainsi, pour tenir une liste de garde avec le repos de sécurité, le nombre de référence est de 7 internes.

Le président demande un examen sérieux de la possibilité d'une régulation financière centrale de l'attribution des postes d'internes supplémentaires dans nos hôpitaux. Il constate que beaucoup d'intervenants ont invoqué des arguments matériels. Il se retourne donc vers la direction générale à qui il demande des arguments « spirituels », c'est-à-dire qui prennent en compte l'esprit du CHU, et qui sortent des discussions boutiquières.

Le directeur général précise d'emblée que l'AP-HP assume parfaitement son rôle de formation. La vivacité des débats a démontré que les internes sont importants pour les CHU et que l'AP-HP y est attachée. Les dépenses ne baisseront pas : le budget consacré aux internes et à leur formation augmentera et continuera d'augmenter. Il rappelle qu'une partie de leur salaire est pris en charge par l'ARS tandis qu'une autre partie est financée sur le budget de l'hôpital. Les MERRI, de l'ordre de 38 M€, vont intégralement au financement des postes d'internes. De plus, elles sont abondées sur le budget de l'établissement pour couvrir l'ensemble de la dépense.

Le directeur général annonce que les postes seront pérennisés et que l'AP-HP suivra l'évolution du nombre d'admis à l'ECN, semestre après semestre. L'augmentation de la masse salariale des juniors n'est pas indolore pour l'AP-HP, mais a un impact sensible année après année.

Le directeur général appelle par ailleurs à la mesure en rappelant que le débat porte sur quelques dizaines de postes supplémentaires sur un total de 2 740 internes accueillis à l'AP-HP.

Pour répondre aux inquiétudes immédiates, le directeur général répète qu'il n'y aura pas de suppressions de postes pour le semestre qui s'ouvre. La direction générale veillera à ce que les décisions soient prises plus tôt pour le semestre de rentrée, et cela afin de calibrer les postes en fonction de l'ensemble des paramètres à prendre en compte (rang, activité, etc.).

Le besoin de régulation doit passer par un travail coordonné entre les doyens, les coordonnateurs, la DOMU et les GH afin que les forces soient équitablement réparties. Les ajustements à faire sur les quelques dizaines de postes nouveaux peuvent être effectués en agissant par anticipation et en réunissant de manière coordonnée l'ensemble des parties prenantes. Le directeur général ajoute à l'adresse des représentants des internes que la porte de la DOMU leur est ouverte.

Le président déduit de cette intervention qu'aucun poste ne sera refusé sur arguments financiers.

Le directeur général le confirme.

Le P^r Serge UZAN signale cependant que des réserves ont été émises sur des postes identifiés comme nécessaires avec les internes et les coordonnateurs pour le semestre à venir, en l'absence de financement.

Le président souligne que ces propos ne sont plus d'actualité. Les postes sont désormais jugés sur leurs vertus pédagogiques. C'est le seul critère solide et légitime pour les accepter ou les refuser.

Le P^r Serge UZAN indique qu'il enverra un rectificatif à l'ARS pour demander l'ouverture desdits postes.

Le président signale que des problèmes d'assignation lui ont été signalés lors du mouvement de grève du 4 février. Il souhaite que les assignations pour le mouvement du 15 mars respectent le droit de grève..

III. Règles à respecter pour l'hospitalisation des malades infectés par une souche résistante de bacille tuberculeux, en vue de garantir la sécurité des soins

Le P^r Vincent JARLIER donne la définition de la multirésistance : résistance aux deux antituberculeux majeurs de première ligne : Isoniazide et Rifampicine. En y ajoutant la résistance acquise aux deux piliers du traitement de deuxième ligne que sont les aminosides et les fluoroquinolones, le terme internationalement utilisé est XDR pour *extensively drug-resistance*. La mortalité des tuberculoses MDR est beaucoup plus élevée que celles des tuberculoses sensibles tandis que celles des tuberculoses XDR est encore pire, proche de celle « spontanée » de la maladie avant l'ère des antituberculeux.

Sur les 9 millions de tuberculoses sensibles dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à environ 300 000 le nombre de tuberculoses MDR et à 30 000 le nombre de tuberculoses XDR. En France, le nombre annuel de cas MDR était d'une soixantaine dans les années 2000 (sur environ 5000 cas annuels de tuberculose) mais a atteint une centaine, au cours des dernières années, et 112 cas en 2014. Une grosse moitié de ces cas se concentre à Paris et en Île-de-France. L'augmentation la plus importante concerne les pays de l'ex URSS, dont la Géorgie et la Russie, en particulier dans sa partie tchéchène. Les cas de XDR qui étaient autrefois rarissimes en France représentent aujourd'hui un quart des cas MDR. Un tiers de ces cas MDR sont localisés à l'AP-HP, surtout à Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Bicêtre et Bichat.

La tuberculose est bien sûr contagieuse et, dans la quasi totalité des cas, les tuberculoses MDR acquises en France sont des transmissions familiales. Cependant, 2 cas de tuberculose XDR sont suspects d'avoir un lien direct avec des cas hospitalisés à l'AP-HP.

Une première enquête a été menée sur un cas de 2014 concernant un patient né en France pour lequel l'étude de la souche de bacille a permis de faire un rapprochement avec un cas hospitalisé à la Pitié. Aucun contact n'a eu lieu entre les deux personnes dans un service de l'hôpital, mais le patient touché vit à proximité de l'hôpital, traverse souvent l'hôpital et fait ses courses dans le voisinage alors que le cas suspect d'être la source de contagion quitte fréquemment le service pour se promener, dans et en dehors de l'hôpital. Une deuxième enquête sur un cas similaire suggère qu'une rencontre a pu se produire entre un patient hospitalisé à la Pitié et le patient ayant manifestement été contaminé en France et qui a fréquenté le même hôpital.

Le P^r Vincent JARLIER expose ensuite les recommandations émises, à savoir de réaliser un diagnostic précoce de tuberculose et d'éviter les possibilités de contacts entre les patients contagieux, surtout s'ils sont MDR/XDR, avec des patients particulièrement réceptifs (HIV+, greffés, traités par anti-TNF, etc.) en séparant le plus possible les locaux d'hospitalisation. À défaut, il faut prendre toutes les mesures pour limiter au mieux les risques (organisation, équipements...). Dans ce cas, il peut être demandé au patient de ne pas quitter sa chambre, de porter un masque, etc. La difficulté est alors que ces mesures doivent être appliquées sur le long terme car la phase de diagnostic initiale et le traitement des cas de tuberculose MDR sont particulièrement longs.

M^{me} Laure BEDIER précise qu'il n'existe pas aujourd'hui de cadre juridique permettant de forcer le patient à rester confiné. Les seuls soins sans consentement sont définis par la loi du 11 juillet 2011 et qui ne concernent que les soins psychiatriques. L'AP-HP et l'ARS se sont donc penchés sur un dispositif *ad hoc*, décrit dans une note que le directeur général a envoyé début janvier à l'ensemble des directeurs de GH, et qui est un dispositif à trois étages. Le premier étage est constitué d'une charte de service qu'il est recommandé d'élaborer au sein des services accueillant des malades contagieux et qui rappelle au patient l'obligation qu'il a de rester dans sa chambre et le fait qu'il ne peut sortir de sa chambre qu'avec l'autorisation du médecin. Cette charte est signée par le patient et peut être traduite avant signature. Cette charte est placée dans le dossier du patient. Si le patient ne respecte pas cette charte, le directeur du GH peut prendre un arrêté formel enjoignant au patient de rester dans sa chambre, lui rappelant que le non-respect de cette consigne conduira à le considérer comme sortant contre avis médical. Cet arrêté rappelle aussi que le fait de sortir alors que le patient se sait contagieux est passible de poursuites pénales. Cet arrêté est contresigné par le patient et tracé dans son dossier médical. Le troisième étage du dispositif, si le patient ne respecte pas l'injonction individuelle qui lui est adressée, consiste à recourir aux dispositions du code de la santé publique et du code général des collectivités territoriales qui donnent un pouvoir de police sanitaire au maire et au directeur général de l'ARS par délégation du ministre. Cette base juridique est peu solide mais permet néanmoins de prendre des mesures d'urgence. Pour l'instant, ce dispositif semble porter ses fruits avec la seule activation du deuxième étage du dispositif à la Pitié Salpêtrière, c'est-à-dire l'arrêté directorial.

M^{me} Laure BEDIER ajoute que le directeur général a écrit à la ministre pour lui demander, dans le cadre de la loi de santé, d'adopter un amendement qui offre une base juridique à l'obligation de rester confiné pour les patients contagieux.

Le président résume les deux solutions possibles pour mettre les autres malades et les personnels soignants à l'abri d'une contagion potentiellement mortelle. La première reprend le principe du lazaret, c'est-à-dire la séparation et le regroupement des patients contagieux dans un endroit

déterminé avec du personnel parfaitement formé et averti pour se prémunir de la contagion. Cette solution semble toutefois difficile à réaliser. La deuxième solution repose sur l'injonction thérapeutique, mais elle est aujourd'hui illégale sauf dans le domaine de la psychiatrie. Dans l'attente d'une éventuelle modification législative, forcément longue alors que les malades sont aujourd'hui présents dans les hôpitaux de l'AP-HP, les directives présentées par M^{me} BEDIER restent fragiles.

Le P^r Thierry CHINET confirme qu'il existe une filière notamment de patients géorgiens et il indique que des médecins géorgiens recommandent à leurs patients atteints de tuberculose multi-résistante de venir en France pour y être pris en charge. Par ailleurs, certains de ces patients sortent de prison et sont difficiles à gérer dans leur comportement. Ils peuvent être violents. Les confiner dans leur chambre est un vœu pieux car ces patients veulent par exemple sortir fumer ou passer du temps avec d'autres patients qui parlent leur langue. Ces situations sont clairement très problématiques.

Le D^r Nathalie de CASTRO souligne que les services qui reçoivent ces patients doivent les orienter vers la Pitié Salpêtrière, Bichat et Bicêtre, qui sont des hôpitaux qui ont des chambres particulières, depuis la décision prise par la collégiale et l'ARS. Si ces patients ne suivent pas les préconisations, ils sont cependant aussi en demande de soins. Elle se félicite qu'une initiative soit prise pour traiter ces cas car les équipes ont manifestement besoin de soutien. De plus, le problème qui se pose pour les malades atteints de tuberculoses XDR se pose aussi pour les patients atteints de grippe, en phrase de contagion. En tout état de cause, la menace de la sortie brutale de l'établissement des patients contagieux n'est pas une solution. Les trois hôpitaux vers lesquels ils sont orientés de préférence se coordonnent pour se partager la charge de travail. Cependant, si ces trois services sont débordés, il faudra identifier d'autres services aptes à prendre en charge ces patients.

Le D^r Anna TELLARINI souhaite savoir s'il existe des cas pédiatriques. Dans ce cas, comment sera-t-il possible d'organiser le confinement à l'égard des familles ?

Le P^r Vincent JARLIER répond qu'il n'y a pas de cas MDR/XDR pédiatrique identifié. Le groupe thérapeutique organisé par le CNR à la Pitié-Salpêtrière et qui conseille la prise en charge des cas MDR/XDR de France, conseille aussi en matière de prophylaxie des enfants, et des bébés en particulier, au contact des patients MDR. Les recommandations nationales sont de ne pas faire de prophylaxie dans ces cas car la liste des antibiotiques encore actifs est extrêmement réduite. Ce sont tous des antibiotiques toxiques, peu employés et parfois mal maîtrisés. La recommandation est, sauf exception, de surveiller les enfants de l'entourage des patients MDR.

Le D^r Patrick PELLOUX propose que l'AP-HP saisisse le Quai d'Orsay pour qu'une solution sanitaire soit trouvée avec les autorités des pays d'origine de ces malades. Il faudrait tenter de trouver un accord sur le principe d'un début de prise en charge en France avant le renvoi du malade vers son pays d'origine pour la suite du traitement.

Le directeur général souhaite que la loi de santé publique soit l'occasion de traiter ce problème et saisira le Quai d'Orsay. Il mesure toute la difficulté à laquelle font face les équipes. Ce débat en CME permet d'affirmer le soutien de la CME et de la direction générale face à ces cas très difficiles.

IV. Réflexions de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) et du président de la CME sur la révision 2016 des effectifs de PH

Le P^r Thierry BEGUE, président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux, précise que les intervenants sont multiples dans la gestion de ce dossier : au niveau central, du groupe

hospitalier, des spécialités concernées, et avec des collégiales. La répartition homogène sur l'ensemble de l'institution reste un point important pour éviter toute concurrence inter-GH. Pour les spécialités à recrutement, il est absolument nécessaire de procéder à une bonne évaluation de la répartition géographique.

Les demandes formulées sur les années N-1 et N-2 sont intégrées dans les demandes de chaque GH, mais la vision inter-GH est souvent méconnue ou mal évaluée.

Il existe par ailleurs un décalage dans le temps entre les révisions HU et les révisions H. Au sein du CHU, l'équipe HU ne peut être uniquement composée d'hospitalo-universitaires, mais doit aussi comprendre des hospitaliers. Ce constat vaut surtout pour les UFR qui comptent plusieurs GH. Le problème du projet médical non universitaire nécessite peut-être des discussions bilatérales au niveau central.

La gestion en autarcie de l'ensemble des postes peut conduire à constater une difficulté pour la création des postes en redéploiement institutionnel. Chaque année, l'AP-HP bute sur la difficulté à obtenir des moyens supplémentaires. Il faut donc engager une discussion thématique et stratégique pour trouver des ressources *via* les arbitrages inter-GH et au niveau central.

Le P^r Thierry BEGUE préconise de traiter plus en amont la discussion sur la révision des effectifs de PH et d'adosser cette discussion aux conférences stratégiques et budgétaires afin de s'appuyer sur une lecture ciblée de l'efficacité sur le personnel médical à l'intérieur du cadrage budgétaire, et cela de telle sorte à pouvoir orienter la stratégie des groupes. Certaines spécialités peuvent être analysées au niveau local mais, la révision des PH étant un élément clé dans la stratégie globale de l'AP-HP, une vision d'ensemble apparaît essentielle.

Le président rappelle que l'essentiel des difficultés rencontrées pour la révision 2015 tenait au problème de l'efficacité. La direction générale l'avait fixée à 5 M€, soit environ 45 postes de PH temps plein à rendre. Le résultat a été loin d'atteindre cet objectif. La réflexion entamée sur le changement de méthode a pour but de mener une révision 2016 qui réponde mieux à la demande d'efficacité formulée par la direction générale et par l'ARS, qui voient notre budget du personnel médical croître d'une année sur l'autre au lieu de se stabiliser. La seule façon de répondre à cette injonction sans mettre en cause la qualité et la sécurité des soins est de mettre en œuvre notre stratégie médicale, en redéployant certaines activités au profit des nouvelles et en procédant à des regroupements. L'efficacité, c'est donc aussi prendre le risque d'entrer en conflit avec certains collègues, ce qui peut être particulièrement difficile en période électorale.

Le P^r Catherine BOILEAU revient sur les difficultés à traiter les cas très particuliers que peuvent rencontrer les GH, lorsqu'il existe des situations de conflits ou d'absence dans les services. Alors la volonté d'établir une stratégie cohérente au niveau du GH et supra-GH vient buter sur la gestion de la ressource humaine. Elle souhaite savoir ce que le niveau central peut faire pour résoudre les difficultés rencontrées.

M^{me} Christine WELTY confirme que le problème est très difficile à gérer car le statut de PH est très protecteur. À moins de pouvoir se reposer sur de nombreux rapports attestant d'une insuffisance professionnelle, l'AP-HP ne dispose d'aucun moyen de sanction pour écarter un PH d'un service.

Le P^r Thierry BEGUE ajoute que le centre national de gestion (CNG) considère que l'AP-HP a le volume, les localisations et les structures pour « exfiltrer » une personne et l'orienter vers un autre établissement. Cependant, la réputation de la personne visée étant connue, il est toujours difficile de lui proposer une mobilité vers une autre institution.

Le président rappelle à cet égard l'importance d'être particulièrement vigilant sur les titularisations.

Le P^f Yves AIGRAIN remercie le rapporteur pour sa présentation. Il ne partage pas l'avis exprimé par le président visant à réaffirmer l'efficacité sur la masse salariale du personnel médical. Le directeur général a insisté sur la nécessité de développer la médecine ambulatoire, la chirurgie ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation mais ces orientations vont augmenter la part de la charge de travail médicale séniorisée. Il existe un complet antagonisme dans la manière dont le P^f AIGRAIN voit l'organisation de la médecine moderne entre une efficacité portant aussi sur la masse salariale du personnel médical et les évolutions souhaitables car porteuses d'une amélioration de la qualité des soins et un réel gain sur le plan médico-économique.

Le D^f Patrick PELLOUX souligne qu'une réflexion aurait sans doute dû porter sur l'avenir des professions, et en particulier l'avenir des PH mais aussi des HU. Des questions difficiles doivent être posées, notamment celles portant sur les prolongations au moment du départ en retraite. Il faut aussi se saisir des questions portant sur le regroupement des activités. Les économies s'imposeront d'elles-mêmes : il faut donc résolument mener une réflexion sur les pistes à privilégier.

Le président rappelle que, en matière de prolongation, H n'est pas l'équivalent de HU. Les prolongations de PH sont aux frais de l'AP-HP puisque le PH garde son poste et son statut tandis que les prolongations HU, qui sont appelées « consultanats », sont aux frais de l'Université pour le salaire universitaire et de l'ARS pour la part hospitalière.

Le P^f Paul LEGMANN indique que les postes de PH plein temps qui veulent travailler à mi-temps peuvent être rendus au titre de l'efficacité, alors que ces derniers souhaitent rester à l'hôpital. Il semblerait que le passage de PH temps plein à PH temps partiel soit extrêmement compliqué car le praticien doit démissionner pour repasser un concours.

Le P^f Thierry BEGUE s'inscrit en faux. L'article 9 permet de basculer directement sur le nouveau poste dès lors qu'il existe, sans avoir à repasser le concours. Si le poste n'existe pas, il faut créer le poste.

Le P^f Paul LEGMANN souhaite savoir s'il est possible de créer des postes de PH temps partiel à partir d'un poste de PH temps plein.

M^{me} Christine WELTY le confirme.

Le P^f Bertrand GUIDET pense que c'est en fonction du projet médical qu'il faut placer les moyens médicaux et non l'inverse. Il s'accorde à reconnaître que la masse salariale médicale a augmenté depuis 2008. Il faut rappeler aussi que certains postes ne sont pas rattachés directement aux soins. La démographie médicale conduit en outre les médecins à travailler moins. Le P^f Bertrand GUIDET estime donc que l'on se trouve face à une injonction paradoxale avec une obligation de qualité et de prise en charge globale et des difficultés de gestion des équipes. Enfin, dans un monde en perpétuel mouvement, il faut faire preuve de réactivité. Or le processus de révision des effectifs qui s'étale sur un an et demi interdit de procéder à certains recrutements en dehors de ce processus. Des opportunités sont ainsi ratées. À l'inverse, il peut arriver que des postes se libèrent sans possibilité de les pourvoir. Ce manque de réactivité ne peut que profiter aux ÉSPIC.

Le président est d'accord avec ces propos mais rappelle que le recrutement au fil de l'eau interdit toute régulation. Il s'agit d'un dispositif souple mais qui empêche néanmoins toute régulation à l'échelle d'un établissement de la taille de l'AP-HP.

Le P^r Thierry BEGUE précise que la masse salariale des attachés a également augmenté. On ne peut donc pas affirmer que l'augmentation du nombre de postes de PH s'est faite au détriment des attachés.

Le D^r Patrick DASSIER rappelle que la prolongation d'activité des PH au-delà de 65 ans est une possibilité statutaire et que les PH y exercent une activité de façon pleine et entière. Ce coût est donc justifié par rapport au travail fourni. Par ailleurs, il rappelle que la loi HPST a profondément modifié le profil des hôpitaux. Il souligne que les professionnels ne sont pas opposés à l'efficience. Mais que cette quête à tout prix est néfaste et a considérablement dégradé les conditions d'exercice au sein de l'institution. Enfin, la masse salariale des PH est prévisible et les PH sont régis par une grille salariale. L'âge des PH et leur échelon sont connus. Il est donc possible de connaître le coût associé et de l'anticiper.

Le D^r Anne GERVAIS estime que l'essentiel est de connaître les besoins sanitaires à couvrir afin de déterminer les effectifs indispensables. Il faut également évaluer les activités dans chaque service. Il faut noter que lorsque des praticiens exercent une activité libérale, le salaire du temps plein pour un PH - ou la pleine indemnité hospitalière pour un PU - reste versé par l'AP-HP en sus des honoraires perçus. La redevance versée à l'hôpital par les praticiens exerçant en libéral ne couvre pas les frais fixes, salaires des collaborateurs, collègues qui contribuent à la réalisation de l'activité libérale du praticien. Quand 356 praticiens font une demi à une journée en libéral cela représente une masse salariale de près de 2 M€, alors qu'ils perçoivent par ailleurs les honoraires de leur activité, soit 20 postes de PH.

Le P^r Noël GARABEDIAN répond que l'activité libérale présente aussi des avantages. Par ailleurs, il estime qu'il ne faut pas contester l'efficience de manière radicale, partant du principe que les établissements s'intéressent au seul projet médical sans traiter la question de l'efficience, car les deux sujets sont forcément liés. Force est de reconnaître que certaines activités pourraient être regroupées. Ce sont des sujets à traiter dans la transparence et en ligne avec la stratégie pour la prochaine révision.

Le directeur général confirme que le premier rôle de la révision des effectifs est de servir le projet médical, et donc la réponse aux besoins des patients. Il doit aussi favoriser l'équité au sein de l'AP-HP et doit tenir compte des évolutions des différentes activités. Il convient également de recruter les bonnes compétences, car les difficultés peuvent apparaître dix ans ou vingt ans après. C'est aussi favoriser les réorganisations médicales qui sont nécessaires et qui ne se pensent pas uniquement au niveau du GH mais aussi au niveau supra-GH. La masse salariale des médecins seniors doit faire l'objet de toutes les attentions. Le directeur général rappelle que le coût des PH a augmenté de 7 % entre 2011 et 2014, malgré les efforts réalisés lors des précédentes révisions des effectifs. La masse salariale des praticiens contractuels a augmenté de 25 % sur la même période ainsi que la masse salariale des assistants. La masse salariale des attachés, quant à elle, a crû de 3 % sur la période retenue. L'augmentation a donc été globalement très positive sur ces années, malgré l'impression de contraintes fortes et a été plus rapide que celle de l'activité. Elle est particulièrement marquée pour les contractuels et les assistants. C'est sur la base de cet historique qu'il faut rechercher les pistes permettant de contenir la masse salariale.

Lors de la dernière révision des effectifs, la priorité était de responsabiliser davantage les GH. L'AP-HP est prête à aller dans cette direction dès lors que le pari de la responsabilité sera contrôlé. Il faut permettre aux GH d'effectuer leurs arbitrages d'après un cadre qui doit être celui du projet médical et d'un cadrage fait en amont par la CME, rappelant les priorités institutionnelles. Il doit ensuite être soumis à l'avis de la CME et vérifier que les orientations ne sont pas contraires aux orientations stratégiques. Ce tempo doit être cohérent avec celui des conférences stratégiques de telle sorte à traiter l'ensemble des sujets simultanément (médicaux, paramédicaux, etc.). En

pratique, il doit être possible, à la fin de ce cycle de discussions, de répartir pour chaque GH, une masse salariale de médecins seniors au sein de laquelle ils pourront établir leurs propres choix. Cette méthode nécessitera peut-être de sanctuariser quelques pourcentages pour financer des actions supra-GH.

Pour cela, les informations doivent être disponibles. Les indicateurs concernant les activités médicales ou de recherche seront partagés, au regard des effectifs médicaux et non médicaux. Il faudra aussi proposer une vision par discipline afin d'identifier les évolutions. Il faudra disposer également de comparaisons sur l'évolution des masses salariales dans les GH. Ces informations permettront de faire des choix éclairés pour répondre aux priorités et favoriser l'équité. Ces outils existent déjà mais sont en cours d'actualisation. Une expérimentation du dispositif sera effectuée avant de procéder à ces évaluations sur trois ans. L'objectif est d'avoir une vision pluriannuelle en calant les recrutements sur les départs en retraite les années suivantes. L'exercice devrait donc pouvoir porter sur 2016, 2017, 2018 et 2019 afin que les GH puissent construire des stratégies médicales par anticipation. Cette méthode doit aussi permettre d'organiser des mouvements entre GH en fonction des mobilités connues. Ces questions sont certes délicates à traiter, mais devront l'être pour répondre aux besoins médicaux.

V. Information sur la prescription encadrée des médicaments actifs contre le virus de l'hépatite C

Le P^r Daniel VITTECOQ rappelle que des progrès très nets ont été constatés dans le traitement de l'hépatite C avec l'accès au marché de médicaments des antiviraux à action directe dont la tolérance est très bonne et qui sont largement supérieurs en efficacité aux médicaments antérieurs, même si quelques différences sont à noter suivant les génotypes. Les traitements antérieurs étaient lourds et toxiques, d'autres considérés encore comme innovants, il y a trois ans, sont déjà dépassés.

Quatre médicaments sont disponibles sur le marché : Simeprevir, Daclastavir, Sofosbuvir et Sofosbuvir sous une forme combinée avec Ledispavir. Vient d'accéder en outre au marché une forme combinée de deux médicaments (Sofosbuvir/Ledispavir), sachant encore que d'autres traitements seront bientôt disponibles.

En 2014, 13 000 patients ont été traités en France, l'estimation pour 2015 s'élève à 15 000, dont un grand nombre traités en Île-de-France. À l'AP-HP, le montant des dépenses des anciens traitements s'élevait à plus de 22 M€ en 2012. En 2014, ces traitements ne représentaient plus que 1,6 M€. En revanche, le montant des nouveaux achats pour 2014 est de 310 M€, presque exclusivement sous forme de rétrocession.

Le P^r Daniel VITTECOQ précise que le ministère et l'assurance-maladie ont décidé que le cadre de remboursement de ces médicaments ne serait pas conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) mais limité. Certains pays d'Europe ont procédé de même, notamment l'Espagne et l'Angleterre qui réservent ces médicaments à la cirrhose. En France, le cadre de remboursement pour les adultes dépend des critères suivants : un stade de fibrose hépatique F3 ou F4, un stade de fibrose hépatique F2 sévère, chez l'adulte infecté concomitamment par le VIH, en cas de cryoglobulinémie mixte systémique et symptomatique, en cas de lymphome B associé au VHC. Le ministère a demandé de plus que l'initiation du traitement soit subordonnée à la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans les pôles de référence hépatites. La DOMU a proposé une réunion des collégiales et des pharmaciens pour tenter de transcrire ces demandes au niveau de l'AP-HP.

Le P^r Daniel VITTECOQ rappelle que les 7 centres de référence de l'hépatite C d'Île-de-France dépendent de l'AP-HP (Beaujon, Cochin, Henri-Mondor, Jean Verdier, Paul Brousse, Pitié-

Salpêtrière et Saint-Antoine). Chaque médecin demandant l'initiation d'un traitement devra remplir un formulaire, sur le modèle du document développé par l'AFEF (association française pour l'étude du foie), pour avis de la commission pluridisciplinaire. L'assurance maladie réalisera des contrôles, dans un premier temps, uniquement au niveau des pharmacies.

Le P^f Philippe ARNAUD fait observer que l'assurance-maladie ne remboursera pas si les règles ne sont pas respectées, ce qui pose question compte tenu du coût des traitements. Il s'étonne par ailleurs que le document proposé par l'AFEF ait été complexifié par l'AP-HP alors que la simplicité devrait être privilégiée. Il note également qu'il faudra passer par les centres de référence alors que beaucoup sont déjà saturés. Le délai nécessaire avant l'obtention de leur tampon pourrait donc être long. Enfin, il rappelle que les feuilles de RCP sont généralement données au patient qui peut aller chercher ses médicaments dans la pharmacie qu'il souhaite. Il faudrait prévoir la possibilité que les feuilles de RCP soient transmises directement à la pharmacie pour éviter toute perte de documents.

Le P^f Daniel VITTECOQ ne considère pas que la fiche ait été complexifiée car seuls la cryoglobulinémie et le lymphome B ont été ajoutés à la liste initiale. Il conçoit en revanche que la charge de travail des centres de référence soit importante et doive être pris en compte, et ce d'autant qu'ils ne prendront pas en charge uniquement les patients de l'AP-HP.

Le D^f Anne GERVAIS estime que la fiche est très simple et elle obtient une réponse en 7 à 15 jours depuis son centre de référence.

Le D^f Corinne GUERIN, en sa qualité de pharmacien chargé de la rétrocession de ces médicaments et participant au RCP du centre de référence de Cochin, affirme que le dispositif est très lourd. Plus de 400 nouveaux patients ont été suivis en 2014. À chaque fois, il convient de parfaitement expliciter la nature de ces traitements. Le patient se doit de prendre correctement son traitement, notamment compte tenu de son coût : 35 000 € par mois. Toute l'équipe se sent investie dans l'éducation du patient vis-à-vis de son traitement. La participation au RCP est lourde pour les services centres experts ainsi que pour les pharmacies. De plus, ces traitements ne feront pas partie d'un double circuit comme l'Interféron. En effet, l'assurance-maladie refuse que ces médicaments soient disponibles en officines qui doivent employer des effectifs en fonction de leur chiffre d'affaires.

Le P^f Ariane MALLAT convient que le dispositif est lourd mais il faut aussi rappeler qu'il s'agit d'une révolution thérapeutique. Par ailleurs, les centres de référence ont une charge de travail supplémentaire mais ils se sont organisés en amont. La plus grande contrainte est de traiter les demandes qui viennent des établissements en dehors des centres de référence. Pour autant, la politique de délégation permet de traiter ces cas. Elle souligne que ce dispositif emporte un lourd travail de secrétariat qu'il faut également accompagner.

VI. Rapport d'activité de la fédération du polyhandicap

Le président rappelle que le P^f Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR, neuropédiatre à Trousseau, est le président de la fédération du polyhandicap de l'AP-HP.

Le P^f Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR rappelle que la fédération du polyhandicap et multihandicap regroupe quatre sites sur le territoire national (Berck, Hendaye, La Roche Guyon et San Salvador). Ces quatre hôpitaux rassemblent plus du quart des lits de soins de suite et réadaptation (SSR) de l'AP-HP, soit un peu plus de 900 lits. Ils accueillent des patients très lourdement handicapés sur le plan neurologique, qui sont dépendants, médicalisés et présentant ou non une déficience mentale profonde. La fédération assure l'aval des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) de l'AP-HP, et en particulier des services de neurologie, de

Commentaire [VD1]: Pour les établissements ayant déjà mis sur pied une RCP en dehors d'un centre de référence, il n'y a pas lieu de changer la procédure mais le centre de référence doit être informé. Dans tous les cas il devra valider les décisions de mise sous traitement.

réanimation, de neuropédiatrie et de pédiatrie. L'existence de cette fédération *ad hoc*, sans statut, permet de s'appuyer sur une masse critique permettant de défendre ce type d'activité et sa valorisation auprès des tutelles.

Plusieurs difficultés sont à relever. Cette fédération ne s'inscrit pas dans un cadrage annuel ou pluriannuel. La situation des sites est très hétérogène avec deux hôpitaux indépendants non intégrés dans des GH et deux autres hôpitaux inclus dans des GH (Est parisien et Île-de-France Ouest). L'organisation et le fonctionnement de la fédération reposent exclusivement sur la bonne volonté des acteurs.

Le directeur général et le président de la CME ont demandé de réfléchir à une évolution de la gouvernance de la fédération. Des consultations sont en cours et deux éléments apparaissent déjà comme consensuels : le souhait d'intégrer un cinquième site (SSR neuropédiatrique de Raymond-Poincaré) et le souhait de favoriser des interactions plus fortes avec les instances.

Il convient aujourd'hui d'évaluer la cohérence entre l'activité de la fédération et ses moyens. La fédération a répondu à des appels à projets de recherche dans ce sens. Ces projets, désormais financés, seront déployés en 2015. Un outil informatique a été intégré permettant d'évaluer la lourdeur du handicap et de travailler sur les bases de données internes à l'AP-HP (programme de médicalisation du système d'information [PMSI], ressources humaines [RH], finances). L'objectif est de démontrer aux tutelles le bien-fondé et la spécificité des activités, de proposer un modèle de valorisation à côté de la T2A SSR (sachant que son application en l'état ne permettra pas à ces hôpitaux de survivre) et d'obtenir une réglementation et des autorisations adaptées.

La fédération regroupe actuellement des activités cliniques entre les différents sites, une activité d'évaluation médico-économique et une activité de recherche et souhaiterait créer un centre d'étude et de recherche sur le polyhandicap à l'AP-HP. Ce projet nécessite que les moyens humains mis à disposition soient pérennisés et développés.

Le bilan de la fédération est mitigé. Il existe des apports incontestables depuis la création de la fédération en 2010, notamment sur la connaissance du polyhandicap et sur son affichage vis-à-vis des instances et des tutelles. L'évaluation du besoin sanitaire est bien avancée. Elle a aussi favorisé une modélisation nationale du polyhandicap et des maladies rares associées. Cependant, des insuffisances apparaissent encore notamment au niveau de l'organisation des soins et des travaux collaboratifs entre les différents sites et pour la résolution des problématiques communes. Les souhaits pour la nouvelle gouvernance sont d'instituer une conférence stratégique annuelle commune de la fédération avec le siège et d'accorder des moyens à la dynamique de recherche.

Le D^r Jon Andoni URTIZBEREA, représentant de la fédération à la CME, estime que la présentation du P^f Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR résume parfaitement les atouts et les faiblesses de la fédération laquelle est de création relativement récente. Sa mise en place a eu l'avantage de rassurer les équipes quant à leur avenir institutionnel (au moment où se créaient les GH) et leur a permis de continuer à travailler dans la sérénité. Ce statut à part, dérogatoire, de fédération présente aujourd'hui des limites. Le soutien de la part des instances de direction est ressenti comme insuffisant. Il précise que ces reproches ne s'adressent pas à la CME qui a fourni des efforts pour dégager, notamment, des postes de praticien hospitalier quand nécessaire. Une réflexion de fond sur le devenir de la fédération est aujourd'hui indispensable. Il témoigne par ailleurs de la volonté de ses collègues médecins de rester groupés pour aller de l'avant, notamment en matière de recherche clinique, de publications et d'évaluation. Le D^r Jon Andoni URTIZBEREA rappelle également que la fédération est l'aval de nombreuses structures de MCO et qu'un travail d'orientation doit se poursuivre, notamment en lien avec les services de réanimation. Dans ce domaine, le retour sur

expérience est positif. Par ailleurs, nombre de situations de polyhandicap sont liées à des maladies rares qui touchent les enfants comme les adultes.

Le président interroge le Pr BILLETTE DE VILLEMEUR sur la possibilité de financer de façon pérenne le demi-poste de PH de recherche du D^r ROUSSEAU sur les crédits de recherche qu'il obtient, ce qui permettrait de libérer du temps médical pour recruter un autre médecin entièrement clinicien à l'hôpital San Salvador ?

Le P^r Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR répond que cette option ne peut être retenue d'autant que, pour obtenir un financement de recherche, il faut garantir un certain nombre de fonctionnement par les acteurs de la recherche.

Le président souhaite que le président de la fédération du polyhandicap soit invité aux conférences stratégiques et budgétaires de chacun des hôpitaux qui y appartiennent, afin de favoriser une politique cohérente de la fédération.

Le P^r Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR est d'accord sur le principe considérant qu'il faut favoriser la cohérence au niveau de la fédération. Cette coordination a eu lieu par le passé avant d'être abandonnée ensuite mais elle permettra de donner une vision homogène des problèmes rencontrés, même si chaque situation présente aussi ses problématiques propres.

Le P^r Noël GARABEDIAN sollicite des précisions sur les relations entre La Roche Guyon et la partie pédiatrique de Raymond-Poincaré.

Le P^r Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR souligne que les interactions sont nombreuses mais ne sont pas suffisantes, car il n'existe pas à Raymond-Poincaré les moyens de prendre en charge les patients dans tous les cas. La fédération travaille avec les cinq sites pédiatriques de l'AP-HP.

Le directeur général ajoute que l'AP-HP s'emploie à ce que l'intégration des sites hors Île-de-France dans le schéma régional, donc la reconnaissance par l'ARS, puisse intervenir en 2015. Le processus est plutôt bien engagé avec l'ARS d'Aquitaine et celle de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Doivent être traitées encore des questions de mises aux normes importantes. Il existe aussi la crainte que ces décisions viennent diminuer l'enveloppe régionale. Cependant, l'AP-HP fournit tous ses efforts pour débloquer la situation dans ces deux régions. Par ailleurs, le directeur général confirme que le P^r Thierry BILLETTE DE VILLEMEUR sera invité aux conférences stratégiques des sites constituant la fédération.

VII. Parcours des soins : exemple de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le président convient que le terme « parcours de soins » est aujourd'hui galvaudé, voire utilisé de manière incantatoire mais il couvre aussi des réalités dont il faut prendre la mesure. Pour cette raison, il a souhaité une présentation sur le parcours des soins pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). D'autres exemples auraient pu être choisis, notamment concernant le diabète, l'hypertension ou l'insuffisance cardiaque. La description du parcours de soins BPCO sera assurée par le D^r Sophie DE CHAMBINE, de la DOMU qui sera accompagnée de deux éminents pneumologues, les P^{ts} Gérard HUCHON, de l'hôpital Cochin (avec hébergement temporaire au Val-de-Grâce), et le P^r Dominique VALEYRE, de l'hôpital Avicenne, membre de la CME au titre des chefs de pôle.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE rappelle que la définition de l'expression « parcours de soins » a évolué au cours des années. Initialement, ce vocable définissait les étapes de prise en charge du

malade au sein des hôpitaux, d'un service et entre les services qui coopéraient entre eux. Avec la complexité croissante des maladies, se sont organisées progressivement des filières entre structures, avec l'aval du MCO vers le SSR. Avec le développement des maladies chroniques, il est apparu important de prendre en compte le parcours du patient pour l'ensemble de sa prise en charge, avec une partie en ville et d'autres acteurs. Ce système conduit à questionner la place de l'hôpital et du CHU et la coordination avec les autres professionnels. Pour aborder ce sujet, il est possible de croiser plusieurs approches. C'est ce que fait l'AP-HP en menant, d'une part, des travaux sur des sujets transversaux qui peuvent s'appréhender quelle que soit la maladie : éducation thérapeutique du patient, amélioration des organisations à certains moments de la prise en charge renvoyant aux questions d'accessibilité notamment, projets prioritaires sur la sortie et son organisation, télémédecine. Le parcours de soins peut aussi être pensé pour des populations ou groupes de populations spécifiques. Le GH Saint-Louis-Lariboisière participe au projet en direction des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur plusieurs territoires. D'autres projets portent sur un seul territoire, dont le projet TerriS@nté qui vise une partie du département de Val-de-Marne avec notamment l'hôpital Bicêtre. Enfin, le parcours de soins peut aussi être organisé autour de la prise en charge d'une maladie.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE rappelle que la BPCO est une maladie dont la prévalence est relativement importante. C'est une maladie évitable qui peut évoluer vers des formes sévères pouvant nécessiter une assistance respiratoire. L'objet est d'améliorer l'organisation professionnelle en réfléchissant aux partenariats à mettre en place à l'intérieur de l'hôpital avec les professionnels situés à l'extérieur (médecins généralistes, pneumologues, autres professionnels de santé) dans un but de meilleure utilisation des ressources disponibles. Ce projet est mené par la collégiale de pneumologie. Les P^{rs} Gérard HUCHON et Dominique VALEYRE en sont les porteurs. Le comité de coordination comporte de nombreux professionnels, notamment des pneumologues de l'AP-HP et hors AP-HP mais aussi des réanimateurs, des urgentistes, des kinésithérapeutes, et des représentants de patients, etc.

Le projet s'articule autour d'un état des lieux quantitatif avec l'analyse du PMSI et d'un état des lieux qualitatif avec une analyse aux différentes étapes de prise en charge des points forts et des difficultés rencontrées par les équipes soignantes et les malades. Pour cela, trois groupes ont été mobilisés : un groupe de professionnels hospitaliers, un groupe de professionnels libéraux et un groupe de patients.

On recense 30 000 malades BPCO en Île-de-France hors AP-HP et 13 000 malades à l'AP-HP pour une moyenne d'âge de 70 ans. Les hospitalisations pour exacerbation représentent 5 000 séjours à l'AP-HP et presque 14 000 séjours hors AP-HP, soit un taux de 1,2 à 1,3 séjour par malade et par an. Pour ces derniers, la moyenne d'âge est de 72-73 ans. La durée moyenne de séjour est de 12 jours. Plus de 60 % sont des entrées par le service d'accueil des urgences (SAU). Les taux de retour à domicile sont de 66 % après hospitalisation à l'AP-HP et de 70 % hors AP-HP pour un taux de transfert en SSR plus important à l'AP-HP.

Le taux de décès intra-hospitalier oscille entre 7,5 % et 7,9 %. À l'AP-HP, 37 % des malades hospitalisés pour exacerbation de BPCO passent en pneumologie. Ce taux est de 47 % pour les malades hospitalisés dans les sites où il existe un service de pneumologie, mais ce taux varie entre 15 % et 75 % selon les sites.

L'analyse qualitative illustre la difficulté d'accès à l'expertise pneumologique, avec des hospitalisations sur des sites où l'expertise n'est pas toujours présente, notamment en cas de ventilation non invasive. Il ressort aussi que la coopération avec les médecins généralistes reste à structurer. De plus, les patients voudraient être plus informés et plus formés. Enfin, il faut noter que la réhabilitation respiratoire est plébiscitée mais que son accès n'est pas toujours aisé.

Il faut désormais travailler sur deux axes : l'organisation intra-hospitalière avec en particulier l'accès à l'expertise pneumologique et la collaboration avec la médecine de ville. Le chantier sera mené prioritairement sur l'organisation intra-hospitalière. Une synthèse des outils disponibles a été préparée, notamment les *bundle care*, qui sont des séries de critères ayant démontré leur efficacité sur la prise en charge. Des modalités d'organisation possibles ont aussi été identifiées avec, par exemple, la mise en place d'une équipe mobile de pneumologique avec une infirmière ou un kinésithérapeute ou une meilleure organisation des consultations.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE ajoute que les études quantitatives seront poursuivies, notamment pour analyser la sévérité des malades. Un travail de chaînage sera aussi effectué sur les bases régionales par la DOMU. Ces actions d'amélioration seront proposées à des sites volontaires. Pour ce faire, un appel à candidature sera lancé au premier semestre 2015.

Le P^r Gérard HUCHON rappelle que cette maladie sévère touche une population importante. Le parcours de soins aujourd'hui proposé est inadéquat. La cohorte est hétérogène allant du simple fumeur ignorant qu'il est malade au patient hospitalisé en réanimation. Le parcours de soins s'étend de la médecine générale à la prévention, à la lutte contre le tabagisme jusqu'à l'hospitalisation en réanimation. Le patient a souvent le sentiment que le circuit de soins n'est pas correctement fléché. Il ne sait pas à qui s'adresser. Cette désorganisation doit être adressée et corrigée tant à l'hôpital qu'en médecine de ville.

Le P^r Dominique VALEYRE explique que les malades atteints de BPCO sont souvent des patients poly-pathologiques dont il faut optimiser les soins. Il est possible de réduire la durée des séjours par une prise en charge correcte. Il faut aussi veiller à la continuité des soins à l'issue du séjour. Des progrès peuvent être réalisés mais force est de reconnaître qu'il n'existe pas une « solution miracle », raison pour laquelle il sera testé une démarche sur des sites pilotes. À moyens constants, ces sites impliqueront plusieurs professionnels pour faire en sorte que les patients bénéficient des meilleurs soins possibles.

Le président remercie les rapporteurs pour leur présentation. Il estime que cet exemple est vertueux car en améliorant les soins, c'est-à-dire en diminuant la morbidité et en augmentant l'espérance de vie, on dégage aussi des économies hospitalières, avec moins de séjours et des séjours moins longs. Il faut encourager ce type d'organisation, qui peut se décliner pour bien d'autres maladies.

Le D^r Anne GERVAIS suppose que l'état des lieux qualitatif a conduit à noter des différences entre les sites, entre ceux dans lesquels il existe une expertise pneumologique et ceux dans lesquels elle est absente. Auquel cas, que sera-t-il proposé aux sites où il n'y a pas cette expertise ?

Le P^r Gérard HUCHON précise qu'il a été surpris d'apprendre la fermeture du service d'hospitalisation de pneumologie de Saint-Antoine qui accueille beaucoup d'urgences qui peuvent recruter des BPCO en exacerbation. C'est une décision qui semble échapper à toute logique organisationnelle. Il est en effet plus difficile de prendre en charge les malades sur les sites où il n'y a aucun recours pneumologique. C'est aussi vrai dans les hôpitaux accueillant un service de pneumologie, faute de disponibilité de lit ou de pneumologue, ou en raison d'une organisation défaillante. Même sur ces sites, des propositions d'amélioration doivent permettre d'apporter des réponses optimisées. Une solution peut passer par la mise en place de groupes d'intervention au niveau des groupes hospitaliers.

Le P^r Dominique VALEYRE ajoute qu'il est difficile de comparer les situations car le diabète est peut-être le premier problème à traiter pour les malades BPCO hospitalisés en diabétologie. Cependant, dans chaque GH, il existe au moins un service de pneumologie. Il serait donc utile

qu'une réflexion soit menée à l'échelle des GH quitte à ce qu'un pneumologue se pose en tant que relais pour les autres sites. Par ailleurs, il ne suffit pas de raisonner en termes strictement médicaux mais il faut raisonner en termes de soignants, qui doivent pouvoir évaluer la gravité qui conditionne le mode de prise en charge.

Le P^r Gérard REACH suppose que la Haute Autorité de santé (HAS) a émis une recommandation sur le parcours de soins dans le cadre de la BPCO comme elle existe en diabétologie.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE confirme que, au-delà des recommandations des sociétés savantes, il existe un parcours de soins défini par la HAS pour la BPCO. C'est d'ailleurs l'un des critères ayant conduit à choisir cette maladie, qui permet de se référer à un parcours existant avec des étapes et des points critiques.

Le P^r Gérard HUCHON souligne cependant que cette description reste très théorique car il faut encore motiver tous les acteurs. La difficulté, pour la BPCO, est que la maladie n'est souvent détectée que lorsqu'elle est symptomatique.

Le D^r Georges SEBBANE remarque que ce sujet renvoie à la définition d'un parcours de soins pour les patients au-delà de 75 ans et présentant souvent une polyopathie. Il renvoie aussi au débat sur le soin de suite de réadaptation. Sera-t-il décidé de mettre en place des unités de soins de suite réadaptation dédiées à cette pathologie qui monte en puissance ? Cette réflexion doit être menée en mettant en avant la coopération et le déplacement des professionnels au lit du patient. Au niveau des urgences d'Avicenne, les professionnels font face à des situations très difficiles avec une difficulté à hospitaliser, à prendre en charge et à organiser le retour à domicile.

Le P^r Gérard HUCHON précise que des SSR respiratoires ont été créés à l'AP-HP, ce qui a permis de raccourcir les hospitalisations en milieu aigu. Cependant, cette orientation de bon sens ne répond pas entièrement au besoin.

Le D^r Sophie CROZIER demande si une réflexion est menée sur la démarche palliative pour ces patients.

Le D^r Sophie DE CHAMBINE souligne qu'il s'agit d'une question abordée par les réanimateurs mais qui n'a pas encore été traitée dans le cadre du projet.

Le P^r Dominique VALEYRE convient du fait qu'il faut intégrer ces éléments pour édicter des recommandations précises à ce sujet, notamment pour les gardes.

Le P^r Gérard HUCHON confirme que des malades sont condamnés à vivre avec une ventilation non invasive permanente. Dans ces conditions, certains malades peuvent déclarer vouloir mettre fin à cette assistance. Ces situations sont difficiles, et les réanimateurs aident à les gérer.

Le président souligne combien le parcours présenté peut améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en atténuant un hospitalo-centrisme trop coûteux. Il insiste ensuite sur l'importance du développement professionnel continu (DPC) pour sécuriser les prescriptions d'oxygène. Là-dessus, il demande à la direction des finances et à la COMEDIMS un point sur le coût et la justification des consommations d'oxygène à l'AP-HP.

Le P^r Gérard HUCHON invite à informer toutes les personnes concernées des dangers de la prescription d'oxygène. Par ailleurs, la prise en charge des malades en ventilation non invasive à l'hôpital n'est pas optimale aujourd'hui. Quand ces malades viennent avec leur machine, il arrive souvent que le personnel de l'hôpital ne sache pas comment la gérer. Dans d'autres cas, lorsque ces

malades arrivent sans leur appareillage, ils peuvent se trouver affectés dans une structure où le personnel n'est pas en mesure de les prendre en charge.

VIII. Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)

M^{me} Françoise ZANTMAN rappelle que depuis 2009, année d'universitarisation des professions de santé et le lancement du LMD (licence-maîtrise-doctorat), l'historique fait apparaître un premier appel à projets PHRI de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en 2010, élargi ensuite à des PHRIP de 2010 à 2013. La recherche paramédicale apparaît comme un volet du projet des soins de l'AP-HP pour la période 2010-2014 et 2015-2019. Il existe un partenariat privilégié avec le département de la recherche clinique et du développement (DRCD). La DOMU finance cinq salaires d'infirmiers par an pour la formation doctorale. Cinq PHRI ont été retenus sur les 18 projets financés au niveau national en 2010. Depuis 2011, les prises en charge de PHRIP augmentent d'année en année : en 2014, 9 sont retenus sur les 28 au niveau national. Les PHRIP retenus en 2014 concernent moins les infirmiers. Les bourses doctorales sont financées pour trois ans de prise en charge, et cela depuis 2010. 9 doctorants ont terminé leur thèse ou sont en train de le faire. La plupart sont rattachés à une discipline d'épidémiologie.

La recherche en soins infirmiers et paramédicale intéresse beaucoup les professionnels qui s'y engagent de manière importante. Elle développe de nouveaux savoirs infirmiers et paramédicaux au bénéfice du patient. Elle participe à l'amélioration de la qualité des soins. La recherche est incontournable pour l'évolution de la profession, pour rattraper le retard en France et exister au niveau international. Le développement de la culture de la recherche dans les équipes soignantes est porté par la direction centrale. Une journée sur la recherche a été organisée fin novembre. Une cellule sous-commission de la recherche paramédicale sera créée. Il est aussi proposé des formations pour aider les paramédicaux à répondre aux appels à projets de recherche Brigitte RUL.

Le président espère que les personnels paramédicaux auront à cœur de signer la pétition de défense du PHRC. Les personnels paramédicaux ont leur place dans la recherche clinique et doivent être solidaires des médecins, même si la recherche paramédicale proprement dite est distincte de la participation des paramédicaux à la recherche clinique des médecins.

Le président rappelle que, lors de la journée de la recherche paramédicale qui a eu lieu le 28 novembre 2014 à la Pitié-Salpêtrière, le directeur général, le P^f Bertrand FONTAINE, président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), et lui-même ont pris trois engagements : inviter de manière permanente un paramédical au CRMBSP ; favoriser la formation des personnels paramédicaux à la maîtrise de l'anglais médical ; assurer une représentation paramédicale au DRCD.

M^{me} Françoise ZANTMAN indique que, à sa connaissance, aucune formation à l'anglais n'est proposée aujourd'hui. Un travail sera mené avec le CFDC pour étudier quel type de formation pourrait être proposé aux paramédicaux.

M^{me} Françoise ZANTMAN indique qu'un rendez-vous est pris avec la nouvelle directrice dans l'objectif de mener un travail concret sur les unités de recherche clinique (URC), et peut-être de positionner de futurs chercheurs paramédicaux dans ces structures au sein des groupes hospitaliers.

Le D^f Martine MARCHAND témoigne que des paramédicaux ayant passé le diplôme d'attaché de recherche clinique ou de technicien de recherche clinique recherchent des postes à l'AP-HP. Il s'avère qu'on ne recrute pas les titulaires, ces postes étant financés par des crédits non pérennes.

M^{me} Françoise ZANTMAN souligne qu'elle ne peut apporter de réponse à cette question et qu'il faudrait interroger le DRCD.

Le P^r Benoît SCHLEMMER estime que la place de l'Université n'est pas suffisamment mise en avant dans l'exposé qui vient d'être présenté alors que les formations doctorales dépendent de l'Université. Des travaux sont conduits pour construire des parcours de master ou de doctorat ouverts aux professions paramédicales. On ne peut construire un parcours LMD sans être épaulé par les équipes universitaires. Il conviendrait de mieux tisser ces liens. Aujourd'hui, les processus sont ralentis en raison de la relative réticence du ministère de l'enseignement supérieur à valider des formations pour lesquelles il n'existe pas de cadre statutaire professionnel pour un certain nombre de métiers. C'est un sujet souvent évoqué à l'ARS. Il faut que l'université soit sollicitée à chaque fois que des professionnels ont la volonté de suivre un parcours de formation à la recherche.

M^{me} Françoise ZANTMAN marque son intérêt au développement de masters mis en place par l'Université et qui permettront de répondre au développement des compétences dans le cadre des pratiques avancées, notamment.

Le D^r Anne GERVAIS remarque que le projet portant sur l'impact des techniques de médecine complémentaire (toucher thérapeutique, hypno-analgésie) sur le terme d'accouchement des patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré était associé à un financement de 120 000 €. Elle demande des précisions sur la composition et les modalités de constitution des jurys des PHRIP.

M^{me} Françoise ZANTMAN indique qu'un jury a arrêté ses choix au regard de plusieurs critères mais n'en connaît pas la composition.

Le président convient du fait que le financement sur cette thématique peut sembler revenir à « jeter l'argent par les fenêtres ».

Le P^r Thierry BEGUE souhaite que les secrétaires médicales soient aussi visées par les programmes de formation à l'anglais car ce sont elles qui rédigent, le plus souvent, les documents et préparent les dossiers.

Le président rétorque qu'il a toujours préparé lui-même ses diapositives. Un chercheur doit rédiger par lui-même ses articles et ses présentations. Il s'étonne que cette tâche puisse être confiée à un tiers.

IX. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières

M^{me} BRISSET étant empêchée d'assister à la réunion de la CME, l'examen de ce point est reporté à la séance du mois de mars.

X. Rapport 2013 de la commission centrale de l'activité libérale (CCAL)

Le président indique que le rapport de la commission centrale de l'activité libérale ne sera pas présenté, cette année, par M. Noël RENAUDIN, son président, mais par le D^r Alain FAYE, représentant de la CME. Comme chaque année, le président regrette le décalage entre l'année de référence du rapport et la date de sa présentation devant la CME.

Le D^r Alain FAYE note que l'écart dans le temps pour la présentation du rapport s'est notablement réduit par rapport aux pratiques du passé. Ainsi, la commission centrale de l'activité libérale espère pouvoir présenter son rapport 2014 au cours de l'exercice 2015. La commission centrale de

l'activité libérale travaille avec les commissions locales d'activité libérale lesquelles sont chargées de veiller au bon déroulement de l'activité libérale sur le terrain. La commission centrale a pour vocation d'instruire et d'arbitrer les éventuels différends constatés au niveau local.

La CCAL est composée de 9 membres dont trois membres désignés par la CME, un membre désigné par le conseil de l'Ordre, deux membres désignés par l'ARS, deux membres désignés par le conseil de surveillance et un membre désigné par les associations de représentants d'usagers. La composition de cette commission est arrêtée par le directeur de l'ARS.

L'activité libérale est autorisée sous certaines conditions. Il faut que ce soit le praticien lui-même qui réalise les actes. Ce dernier doit réaliser moins d'actes en activité libérale qu'en activité publique. En outre, le praticien ne doit pas consacrer plus de 20 % de son activité hebdomadaire à son activité libérale. Un contrat est établi entre l'administration et le praticien. Ce contrat prévoit en outre le versement d'une redevance portant sur la totalité des honoraires perçus par le praticien : 16% pour les consultations, 25% pour les actes chirurgicaux, 60% pour les actes de radiothérapie.

Le nombre de contrats a diminué en 2013, avec seulement quatre nouveaux contrats et 24 départs non renouvelés. Cette désaffection s'explique sans doute par l'importance de la redevance et par le départ (en retraite mais également en quittant l'AP-HP) de praticiens très dynamiques. Les HU représentent 68 % des praticiens détenant un contrat (contre 26 % pour les PH). La chirurgie arrive en tête, suivie par la médecine. La redevance est fondée sur le chiffre d'affaires total des honoraires perçus par les praticiens. Ce chiffre d'affaires est de 32 M€ en 2013. On observe entre 2012 et 2013 une augmentation des honoraires perçus, alors que le nombre de contrats a été minoré de 20 contrats entre 2012 et 2013. Ainsi, les honoraires ont augmenté de 3 % tandis que la redevance augmentait de 6 % sur la période. Ce constat peut être expliqué par une augmentation du nombre d'actes et parmi ces actes de ceux à fort taux de redevance (25 % pour la chirurgie, l'imagerie, 60 % pour certains actes de radiothérapie). Le D^f Alain FAYE précise que la redevance versée en 2013 a représenté plus de 8 M€.

Les contrôles portent sur le volume des actes et des consultations et le montant des honoraires. Ces contrôles se basent sur le recensement des données par le système national inter-régimes (SNIR) dont les données sont rapprochées de celles fournies de façon déclarative par le praticien. Dès lors qu'apparaissent des écarts, des justifications sont réclamées au praticien. En 2013, trois procédures enclenchées en 2011 ont abouti : l'une a été close après avoir fait le constat d'une erreur des systèmes, les deux autres ont abouti à une demande de suspension de l'autorisation d'exercice entérinée par l'ARS. Un cas faisait suite à l'absence de déclaration d'honoraires extracommunautaires tandis que l'autre faisait suite à l'absence de paiement de la redevance depuis 2007. Ces deux dossiers ont donné lieu à des suspensions de l'autorisation d'exercice pour des durées respectives de deux mois et trois mois. Les quatre procédures ouvertes en 2013 sur la base de l'activité 2012 reposent sur le décalage constaté entre le déclaratif des praticiens et les données du SNIR en termes d'honoraires. Dans deux cas, il a été demandé aux praticiens concernés de régler le différentiel. Dans les deux autres cas, l'instruction se poursuit avec une probable demande de sanctions auprès de l'ARS.

Le président rappelle que la position officielle de la CME sur cette question polémique, est d'appliquer la loi, rien que la loi mais toute la loi. En ce sens, les sanctions qui ont pu être prononcées pour non-respect des textes sont en ligne avec ce que souhaite la CME.

Le D^f Julie PELTIER observe que le rapport d'activité se focalise sur les données chiffrées alors qu'il aurait pu s'élargir à la question de l'accès aux soins. En effet, chacun sait qu'il est impossible d'avoir accès à la consultation d'un PU renommé sans passer par la consultation libérale.

Le D^f Alain FAYE souligne qu'il est plus facile, sur des bases arithmétiques, d'accéder à une consultation libérale qu'à une consultation publique dès lors que le praticien visé reçoit 10 % de sa cohorte en activité libérale contre 90 % en activité publique. Cependant, des efforts ont été fournis dans nombre de services, notamment en oncologie, pour mettre en place une consultation sans rendez-vous pour permettre aux patients de consulter plus rapidement.

Le D^f Anne GERVAIS rappelle que 84 % des contrats concerne 20 % de l'activité, c'est-à-dire que les praticiens qui exercent une activité libérale y consacrent le plus souvent une journée. Or la priorité doit être donnée à l'accès aux soins pour tous avec la même exigence de qualité de soins pour tous. La commission devrait s'assurer que les médecins seniors n'ont pas tous une activité libérale dans certains services, ce qui poserait un problème d'accès pour les soins les plus experts, les juniors ou CCA s'occupant des « filières d'urgences non libérales ». La commission a pour mission de contrôler que l'exercice libéral ne fasse pas obstacle à un accès satisfaisant aux soins.

Le D^f Alain FAYE ne peut admettre que les PH - qui disposent du même droit statutaire que les PU-PH - ne puissent exercer une activité libérale dès lors qu'ils travaillent dans les mêmes services que les PU eux-mêmes visés par cette activité libérale. Tout PH qui souhaite exercer une activité libérale peut en faire la demande. L'ajustement de la part d'activité libérale d'un service ne saurait se faire en fonction du statut des praticiens. Il insiste sur le fait que les PU et PH qui exercent une activité libérale dans un service recrutent des patients et génèrent des recettes. En effet, au-delà du montant des honoraires, cette activité génère aussi des recettes en termes de séjour pour l'hôpital. Concernant la question de l'accès aux soins, la commission centrale a émis des recommandations. Peut-être faudra-t-il mettre en place un dispositif de contrôle sans arriver à ce que les contrôleurs soient plus nombreux que les médecins. Pour sa part, le D^f Alain FAYE préfère faire confiance aux professionnels.

Le président souligne que les ÉSPIC ont résolu cette difficulté par le temps partiel. Le praticien n'y a pas le droit à l'activité privée, mais il travaille à 80 %, et peut exercer son activité libérale hors de l'hôpital.

Le D^f Alain FAYE rétorque cependant que le montant des salaires versés aux praticiens dans les ÉSPIC est sans commune mesure à celui proposé par l'AP-HP (pour un travail à 80% dans un ÉSPIC on gagne déjà 1.5 fois le salaire d'un temps plein à l'AP-HP...).

Le P^f Noël GARABEDIAN ne souhaite pas revenir à l'ancien système avec des professeurs qui venaient faire l'aumône à l'hôpital public avant de repartir vers leur clinique privée. Cette situation était catastrophique pour les patients hospitalisés. Pour sa part, il n'a jamais vu de patients atteints d'une pathologie lourde attendre que la consultation privée s'ouvre. Si c'est le cas, il faut en apporter les preuves pour sanctionner ces pratiques inadmissibles. Par ailleurs, il appelle à dissocier les délais d'accès aux soins pour les pathologies graves et pour les pathologies bénignes. En revanche, le P^f Noël GARABEDIAN s'oppose à ce que les praticiens fassent passer leurs patients en libéral en priorité. Il faut appliquer la loi.

Le directeur général constate que certaines informations n'ont pas été transmises par les GH à la commission, concernant l'affichage des honoraires ou la proportion public / privé par exemple. Il fera un rappel aux GH à ce sujet, considérant que la loi doit être appliquée. Si ces rappels n'étaient pas suivis d'effet, des sanctions pourraient être prises.

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 9 décembre 2014

Le compte rendu de la réunion du 9 décembre 2014 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 35.

* *
 *
 *

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

mardi 10 mars 2015 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 25 février 2015 à 16 heures 30