COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 12 MARS 2013

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 9 AVRIL 2013

SOMMAIRE

I. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME et arrêté créant la direction médico-administrative 6

II. Gestion des événements indésirables graves 10

III. Activité et avenir de l'hôpital Joffre à Draveil 14

IV. Point d'étape sur le développement professionnel continu (DPC) à l'AP-HP 16

V. Recettes et dépenses de l'AP-HP en 2012 et présentation du plan de travaux 2013 18

VI. Présentation du plan d'équipement 2013 19

VII. Projet d'informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (GTM) 22

VIII. Adoption du compte-rendu de la séance du 12 février 2013 24

IX. Questions diverses 24

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE), et arrêté créant la direction médico-administrative (Mme Mireille FAUGERE)
2. Gestion des événements indésirables graves (Pr Christian RICHARD) – exposé de 10 minutes
3. Activité et avenir de l'hôpital Joffre à Draveil (Mme Monique RICOMES) – exposé de 5 minutes
4. Point d'étape sur le développement professionnel continu (DPC) à l'AP-HP (Drs Nicole PERIER et Stéphane DAVID, Pr Daniel SERENI) – exposé de 15 minutes
5. Recettes et dépenses de l'AP-HP en 2012, présentation du plan de travaux 2013 (Mme Carine CHEVRIER) – exposé de 15 minutes
6. Présentation du plan d'équipement 2013 (M. Jean-Michel DIEBOLT) – exposé de 10 minutes
7. Projet d'informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (M. Jérôme HUBIN, Mme Julia SAUTEREY) – exposé de 10 minutes
8. Adoption du compte rendu de la séance du 12 février
9. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur trois premières demandes et deux renouvellements de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers à temps plein et d'un praticien hospitalier à temps partiel

Composition A

- Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH offert à la mutation (révision des effectifs 2013)

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- Mme le Dr Olivia ANSELEM
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BÉGUÉ
- M. le Dr Guy BENOÎT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Anne Reine BUISINE
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- M. le Pr Gérard CHÉRON
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Pr Elisabeth DION
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
- M. le Pr Erea Noël GARABÉDIAN
- Mme le Dr GERVAIS HASENKNOPF
- Mme le Dr Louise GOUYET
- M. le Dr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Pr François HAAB
- M. le Pr Martin HOUSSET
- Mme le Dr Cécile HVOSTOFF
- Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le Dr Julien LENGLET
- M. le Pr Guy LEVERGER
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- M. le Dr Patrick PELLOUX
- Mme le Dr Julie PELTIER
- Mme le Dr Valérie PERUT
- M. le Pr Jean-Claude PETIT
- M. le Dr Matthieu PICCOLI
- M. le Pr Christian RICHARD
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Dr Georges SEBBANE
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF
- M. le Pr Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- Mme Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence régionale de santé Île-de-France
- Mme le Dr Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- M. le Pr Jean-Luc DUMAS
- M. le Pr Serge UZAN

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

  - Mme Mireille FAUGÈRE, directrice générale
  - Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
  - Mme Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
  - Mme Juliette TELLIER, directrice de la communication

  - M. Gérard COTELLON, cabinet de la directrice générale
  - M. Jean-Michel DIEBOLT, direction médico-administrative
  - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative

- ***membres excusés :***

  M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ, M. le Dr Paul AVILLACH, M. le Pr Thierry CHINET, M. le Dr Cyril DAUZAC, Mme le Dr Nathalie DE CASTRO, M. le Pr Marc DELPECH, M. le Pr Michel FOURNIER, Mme le Dr Pascale GAUSSEM, Mme Corinne GUERIN, M. le Dr Olivier HENRY, Mme Isabelle KERHOAS, M. le Dr Matthieu LAFAURIE, M. le Pr Paul LEGMANN, Mme le Pr Ariane MALLAT, M. le Pr Jean MANTZ, Mme le Dr Martine MARCHAND, M. le Pr Gérard REACH, M. le Pr Frédéric RILLARD, M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI, M. le Pr Alain SIMON, M. le Pr Dominique VALEYRE, Mme Roselyne VASSEUR, M. Olivier YOUINOU

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

Le président annonce l'absence des Prs Jean-Claude ALVAREZ, Thierry CHINET, Paul LEGMANN, Ariane MALLAT, Jean MANTZ, Gérard REACH, Marc DELPECH, Frédéric RILLARD, Philippe RUSZNIEWSKI, Alain SIMON et Dominique VALEYRE, celle des Drs Cyril DAUZAC, Olivier HENRY, Nathalie de CASTRO et Paul AVILLACH ainsi que l'absence de M. Olivier YOUINOU et Mmes Corinne GUERIN, Isabelle KERHOAS et Roselyne VASSEUR.

I. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME et arrêté créant la direction médico-administrative

Le président fait part de la conclusion de la mission confiée à M. Édouard COUTY sous le nom de « pacte de confiance ». Ce dernier a remis son rapport à Mme Marisol TOURAINE, ministre de la Santé, le 4 mars 2013. Ce rapport et le discours de la ministre sont accessibles sur le site Internet de la CME (cme.aphp.fr). S'agissant de l'Assistance publique, la ministre s'est engagée sur les treize points suivants.

1- *« Faire aboutir la réflexion sur le service public territorial de santé pour l'inscrire dans la loi »* afin de *« reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire »*.

2- *« Réaffirmer le service public hospitalier dans la loi »*.

3- « *Poser les premiers jalons d'une tarification de parcours et au service de la qualité »*, ce qui revient à imposer une tarification pour un patient au lieu d'une tarification pour un acte.

4- « *Mettre en place des schémas régionaux d'investissements en santé ».* La ministre a annoncé, au nom du gouvernement, que 45 milliards d'euros seront investis dans les hôpitaux au cours des dix prochaines années et que *« ces montants engagent la responsabilité collective sur la qualité des investissements qui seront réalisés»*. Dès le mois de juillet, une réflexion sera menée au sujet d'un schéma régional d'investissements en santé qui concernera l'Île-de-France. Les projets médicaux correspondant aux projets immobiliers seront adressés au Siège qui les transmettra l'ARS. L'agence fera un premier tri avant de transmettre au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) qui fera l'arbitrage final entre tous les projets du Territoire national.

5- *« Lancer des territoires de soins numériques »*.

6- *« Mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance démocratique et équilibrée »*. Avant l'été, la ministre signera *« pour tout ce qui relève de la voie réglementaire un décret portant sur la composition et le renforcement des compétences de la commission médicale d'établissement »*. Les deux points faisant l'objet d'un élargissement des compétences de la CME sont la révision des effectifs hospitaliers et l'approbation du budget M. Édouard COUTY avait proposé de réformer le conseil de surveillance et le directoire. La ministre ne l'a apparemment pas suivi sur ce point.

7- « *Dresser un bilan de l'organisation des hôpitaux en pôles ».* Un groupe de travail comprendra des représentants des directeurs et des présidents de CME. selon toutes apparences, l'AP-HP n'y sera pas incluse mais elle pourra sans doute faire valoir son point de vue.

8- « *Renforcer la place des usagers dans la vie des établissements »* ; ils devraient être plus largement représentés dans les instances.

9- *« Répartir les sujets de négociations entre les échelons locaux et national »*. La négociation devra aboutir à l'automne 2013. Pour les praticiens hospitaliers, la ministre souhaite *« que soit structuré un échelon national de concertation »*.

10- « *Consolider les missions des commissions paritaires régionales. Les ARS devront développer une vision sur les ressources humaines de leur territoire. Les missions des commissions régionales paritaires seront renforcées par décret dès cette année avec une vision prospective des besoins humains ».*

11- Relancer les *« contrats locaux d'amélioration des conditions de travail »*.

12- *« Mettre en place une section médicale au CHSCT »,* alors que la représentation était jusqu'ici réservée aux emplois non médicaux des hôpitaux. Il s'agit d'une évolution positive qu'il convient d'encourager. Les médecins ont droit à une protection vis-à-vis des risques professionnels. Les hospitalo-universitaires, dont l'employeur principal est l'Université, sont exclus de ce processus.

13- *« Un observatoire national du dialogue social»*.

La ministre a aussi exprimé trois vœux au sujet de l'AP-HP :

- qu'elle renforce son ancrage territorial, c'est-à-dire son ouverture sur les autres hôpitaux ; ce sera un enjeu essentiel du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 sur lequel une réflexion est d'ores et déjà engagée ; la dimension territoriale du rayonnement de l'AP-HP en Île-de-France devra être prise en compte ; au-delà, c'est même l'unité de l'AP-HP qui pourrait être mise en question. Un séminaire de la CME aura lieu cet automne sur ce sujet ;

- que sa gouvernance soit simplifiée ;

- que l'ARS mette en place un fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité, avec un programme qui s'étendra sur trois ans et visera à participer à l'amélioration des conditions de travail des équipes.

M. Claude ÉVIN, directeur général de l'ARS, a préféré reporter sa présentation à la CME sur l'efficience et l'investissement à l'AP-HP. Les raisons invoquées sont l'attente de plus amples informations gouvernementales sur le budget des hôpitaux en 2013 et l'organisation par l'ARS d'une réunion, le 3 avril, sur le CHU et son territoire.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, présente l'arrêté relatif aux missions et à l'organisation de la direction médico-administrative.

L'article 2 définit de manière précise ses responsabilités dans ses différentes fonctions. Les termes choisis (*« prépare »*, *« assure »*, « *anime* », *« recueille »*, *« contrôle la mise en œuvre »*) ont toute leur importance. L'esprit de cet article précise clairement les responsabilités des uns envers les autres, de la direction médico-administrative par rapport aux autres directions du siège et de la direction médico-administrative, au nom de la direction générale, par rapport au président de la CME, charge au président de la CME de s'organiser avec l'instance.

La direction médico-administrative prépare, pour la directrice générale, le projet médical que celle-ci est chargée d'élaborer en concertation avec le président de la CME..

La direction médico-administrative assure sa mise en œuvre et recueille les données qui lui permettent d'établir un bilan annuel du projet médical.

La direction médico-administrative suit la gestion de la masse salariale médicale en lien avec la direction des ressources humaines, la direction financière et la direction des soins et des activités paramédicales. Elle contribue, en collaboration avec le vice-président du directoire en responsabilité de la recherche, à la promotion de l'ensemble des sujets de recherche et d'innovation. Elle gère les relations avec les universités, l'Agence Régionale de Santé et les autres établissements de santé. Elle instruit et gère les affaires relatives à la politique territoriale de l'AP-HP notamment en ce qui concerne les autorisations d'activité et à l'actualisation du SROS.

En ce qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la direction médico-administrative seconde la direction générale. Elle recueille et analyse les données permettant le suivi de cette politique.

La direction médico-administrative contribue à l'élaboration de la politique de développement continu. La coordination en est confiée au président de la CME. Elle assure la gestion du personnel médical et propose la stratégie d'investissement pour les équipements biomédicaux.

Elle assure le secrétariat de la CME.

Le centre de compétences et de services « patient» est chargé, en lien avec la direction des systèmes d'information, de la mise en œuvre, du maintien en condition opérationnelle, des niveaux de services aux utilisateurs, de la sécurité et de la confidentialité des données, ainsi que de la performance du système d'information « patient »..

L'article 2 de l'arrêté traite de sujets importants tels que le projet médical, la qualité et la sécurité des soins, le DPC, la gestion du personnel médical et la politique de recherche. Il précise la responsabilité de cette direction au sein de la direction générale.

S'agissant de la gouvernance de l'AP-HP, il convient de renforcer la description des responsabilités respectives de l'échelon central et des échelons locaux, qu'il s'agisse de la partie administrative ou de la partie médicale, et ceci dans un esprit de déconcentration et de responsabilité. Un travail élaboré a déjà été réalisé en matière de finances, de ressources humaines ou de processus budgétaire. En revanche, un travail de description des différents échelons de responsabilité doit être effectué.

Le président relève que cette démarche peut être comparée au système des HMO américains (health maintenance organization), système d'assurances visant à théoriser les tarifs en fonction des parcours de soins. Or les résultats n'ont pas abouti à une médecine enviable.

Le Pr Pierre CARLI revient sur les voeux de la ministre à l'attention de l'AP-HP, et cite *« tous les professionnels doivent être associés et impliqués dans les choix qui les concernent. L'avenir de l'AP-HP ne se fera pas sans eux »*. Il interprète cette phrase comme une carte blanche fournie pour l'organisation de la gouvernance au sein de l'AP-HP. Cette phrase n'est pas anodine et fait appel indirectement à la créativité de la communauté médicale.

Le président suit la position de la direction générale au sujet de l'enjeu fondamental que représente la relation entre les groupes hospitaliers et le siège, et sur entre les CME locales et centrale. Un groupe de réflexion s'est constitué sous la direction du Pr Thierry BÉGUÉ au sujet de la révision des effectifs hospitaliers annuels. Il est essentiel de renforcer les échanges.

Le Pr Bernard GRANGER revient sur la notion de *« gouvernance simplifiée »* évoquée par la ministre de la Santé. L'AP-HP souffre d'allers et retours multiples entre le siège et les groupes hospitaliers qui paralysent l'institution et déresponsabilisent les acteurs. Il est nécessaire de définir plus précisément les échelons de décisions et les responsabilités qui en découlent. Une attention vigilante doit être portée à la manière dont se concrétiseront les intentions exprimées par la ministre et la directrice générale. Un séminaire de réflexion pourrait être consacré à ce sujet. Par ailleurs, il faut éviter que la déconcentration que nous revendiquons depuis longtemps, n'aboutissent à une fragmentation de l'AP-HP.

Le Dr Anne GERVAIS estime que la tarification en fonction du parcours de soins est pertinente si les cliniciens s'occupant des patients participent à son élaboration. Les collègues doivent s'emparer de cette réflexion. Par ailleurs, le rapport Couty ne saurait aboutir à ce qu'une commission des sages comportant un seul clinicien élabore un programme de santé pour les dix prochaines années.

Le Pr Noël GARABÉDIAN souligne la nécessité d'une prise de conscience sur le risque potentiel d'éclatement de l'AP-HP. L'Institution a tiré sa force de son importance et de son unicité. L'Assistance Publique peut s'ouvrir sur l'Ile-de-France sans subir ce morcellement. Il conviendra de cerner les moyens d'un travail approfondi avec les présidents de CME locales et les directions locales de groupes hospitaliers pour redéfinir les contours de l'ouverture de l'AP-HP sur l'Ile-de-France et la répartition des décisions entre le niveau local et le niveau du Siège.

Le Dr Patrick PELLOUX observe une distance entre les propos de Mme la ministre et le rapport Couty. Celle-ci s'exprime notamment à propos de l'environnement social et la place des PH au sein des hôpitaux. Par ailleurs, il sera important de réaffirmer d'ici l'automne le rôle du Siège, qui à défaut sera repris par l'ARS. Enfin, il demande des explications sur le fonds d'investissements annoncé par l'ARS à hauteur de 45 milliards d'euros.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, précise que la somme de 45 milliards d'euros à laquelle fait référence le Dr Pelloux correspond à la somme des plans pluriannuels annoncés par l'ensemble des établissements de santé sur dix ans, soit de l'ordre de 400 millions d'euros par an pour l'AP-HP. Or, ce niveau ne permettra pas de soutenir le financement de grands projets d'investissements. Quant au fonds de dotation annoncé par Mme la ministre, aucune réponse n'a été obtenue à ce stade sur l'obtention d'une enveloppe supplémentaire par l'ARS Ile-de-France. A défaut de crédits supplémentaires, l'ARS devra mobiliser au sein de l'enveloppe globale qui lui est déléguée (dans les « AC »).

Le Dr Alain FAYE souligne que l'AP-HP ne saurait assumer les conséquences d'une inconséquence consistant à maintenir en Ile-de-France une multiplicité de structures qui n'ont pas de raison d'être. Certes, une vision territoriale est nécessaire. Toutefois, le syndicat des chirurgiens sera prêt à une coopération dès lors que les équipes ne seront plus dispersées.

Le doyen Serge UZAN considère que l'animation de la vie hospitalière et universitaire en Ile-de-France entre dans les missions d'un CHU. Il convient d'aider les autres structures qui manquent de moyens. L'AP-HP renforcera sa légitimité si elle se montre emblématique dans

son rôle en matière de soins, d'enseignement et de recherche à l'échelle de toute l'Ile-de-France.

D'ici quelques semaines, le projet de Collegium entre les universités Paris VI et Paris XII en vue d'animer la vie territoriale pourra faire l'objet d'une présentation à la CME. Celui-ci sera constitué avant le mois de juin. Il exprimera une vision volontariste au sujet de l'ouverture de l'AP-HP **et des Universités** sur l'Ile-de-France.

Le président clôt cette longue introduction en remerciant la directrice générale pour son ouverture d'esprit et sa bienveillance lors des débats sur la gouvernance de l'AP-HP.

II. Gestion des événements indésirables graves

Le président rappelle que les événements indésirables graves expriment très directement la qualité et de la sécurité des soins dont la CME est garante. Les événements indésirables graves sont très nombreux. Certains ont des échos, parfois retentissants, dans les médias. L'AP-HP doit clarifier sa gestion de tels événements. Celle-ci doit notamment situer la place qu'y occupent les médecins, la CME centrale et les CME locales.

Le Pr Christian RICHARD souligne que l'implication des collègues dans la prise en charge des patients et l'analyse des résultats de leur stratégie thérapeutique est excellente. Toutefois, l'approche des événements indésirables graves laisse encore à désirer. La CME doit prendre conscience de la responsabilité majeure des médecins en la matière.

Lorsque le système de santé est laissé à la dérive comme au Royaume-Uni, les résultats peuvent s'avérer préoccupants en termes de qualité des soins.

Dès 2002, les événements indésirables graves ont été évoqués au travers de la loi Kouchner. Les décrets de novembre 2010 et la circulaire de novembre 2011 avaient mis au premier plan la lutte contre les événements indésirables associés aux soins. L'administration de médicaments a été considérée en 2012 comme une spécificité dans ce domaine. Actuellement, de nouveaux décrets sont attendus au sujet du signalement des événements indésirables graves liés aux soins.

En matière d'événements indésirables graves, une liste *a priori* non limitative permettrait d'orienter les déclarations. En vertu de ce décret, la responsabilité de la déclaration reposera sur la directrice générale de l'AP-HP. Cependant, ce point mérite d'être éclairé par la responsabilité du président de la CME au sujet de la qualité et de la sécurité des soins.

Le président de la CME et l'instance elle-même jouent un rôle central en matière de qualité et de sécurité des soins et plus particulièrement en matière de déclaration, d'analyse et de retour d'expérience concernant la survenue d'événements indésirables graves.

Une organisation préalable performante a été mise en œuvre depuis de nombreuses années par la direction générale et l'ex-direction de la politique médicale, devenue direction médico-administrative. Cependant, elle n'a pas suffisamment impliqué le président de la CME et cette communauté, qu'il s'agisse de l'échelon central ou de l'échelon local.

Il paraît impérieux de préciser le rôle respectif des groupes hospitaliers et des instances centrales de l'AP-HP à ce sujet.

Voici quelques mois, Mme la ministre de la santé a lancé un programme national relatif à la sécurité des patients. Le sujet des événements indésirables en constitue l'un des axes prioritaires. Des financements dans le domaine de la formation peuvent être obtenus par le bais des MIGAC. Enfin, les usagers se montrent très attentifs à cette problématique.

Le passé a montré les limites de l'organisation actuelle et la nécessité d'avancées.

L'analyse de la grande majorité des événements indésirables au niveau des groupes hospitaliers repose sur la réalisation de revues de morbi-mortalité. A ce jour, la méthodologie utilisée nécessite d'importants progrès et le nombre de services véritablement impliqués reste insuffisant. Même si l'organisation est jugée satisfaisante dans le contexte de la déclaration, de l'analyse et du retour d'expérience des événements indésirables particulièrement graves, la place du président de la CME et celle de l'instance elle-même ne sont pas suffisamment définies, entraînant. des difficultés méthodologiques qui perdurent.

Enfin, le cadre réglementaire fait l'objet d'une évolution. Une circulaire diffusée en septembre 2012 souligne la nécessité impérieuse de renvoyer au niveau des équipes le résultat de ces évaluations. Le programme national relatif à la sécurité des patients publié en

Dès lors qu'un tel événement se produit, la maîtrise de trois étapes est indispensable : déclaration, analyse et prévention d'un événement de ce type par des mesures correctives.

En termes de responsabilités, le représentant légal de l'établissement, c'est-à-dire la direction générale, joue un rôle central en concertation avec le président de la CME. La mission et l'organisation de la lutte contre les événements indésirables graves associés aux soins s'exercent dans de nombreux domaines, notamment la formation. La direction médico-administrative peut recourir à une expertise méthodologique de grande qualité.

Les indicateurs de suivi font partie des missions de la CME, tout comme les mesures à mettre en œuvre et la nécessité d'assurer la cohérence du dispositif.

Les infections associées aux soins dans un établissement de santé, le risque médicamenteux et le risque associé à la chirurgie constituent des spécificités. La prise en compte de trois niveaux de gravité paraît nécessaire, c'est-à-dire les effets indésirables, les effets indésirables graves et les événements indésirables graves de nature exceptionnelle. Le sujet des événements indésirables graves relève du groupe hospitalier. La déclaration effectuée par le chef de service a pour destinataires le directeur, le président de la CMEL et le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins. C'est au niveau hospitalier que sont traités et analysés les événements indésirables graves. Une restitution est nécessaire et un suivi est mis en place.

En ce qui concerne le versant exceptionnel, la déclaration effectuée par le président de la CMEL et le directeur du groupe hospitalier a pour destinataire le directeur général ou son représentant, le président de la CME et le coordonnateur de la gestion des risques, ainsi que les interlocuteurs concernés en matière de médicaments et d'infections nosocomiales.

C'est à partir de cette déclaration que l'Agence Régionale de Santé peut être informée, si nécessaire, par le biais du centre opérationnel des urgences sanitaires et sociales. En cas de véritable urgence, une cellule de crise est constituée. Une restitution est opérée auprès des équipes soignantes et un suivi des actions est mis en place.

L'information et le suivi du patient ainsi que l'accompagnement des personnels et la protection des déclarants, la discussion sur les implications juridiques et la communication interne constituent des éléments essentiels, de même que le respect du secret professionnel.

Le président dit sa préoccupation face à la complexité de ce système. Le président de la CME et la direction générale se partagent en grande partie la responsabilité de la veille relative aux événements indésirables graves. Or, l'intervention de multiples partenaires suscite des redondances ainsi qu'une perte de temps et d'efficacité. En outre, l'exhaustivité du recueil reste très imparfaite.

Un recueil est effectué dans les hôpitaux mais des redondances peuvent se produire entre le Siège et la périphérie. D'autres redondances peuvent survenir entre les soignants et l'administration. Chacun mène son enquête de son côté et le secret médical est souvent violé alors qu'une telle situation est passible des tribunaux.

Une meilleure organisation et des procédures plus claires sont indispensables.

Le Pr Bertrand GUIDET estime que les événements indésirables graves font souvent l'objet d'un amalgame avec les événements indésirables, ce qui suscite des difficultés. Les déclarations effectuées par le biais du système Osiris contiennent de très nombreuses informations. La plupart des éléments sont analysés par les sites. Cependant, la diffusion de l'analyse réalisée par un groupe d'initiés reste insuffisante. Le retour vers les déclarants, quant à l'événement indésirable, n'est pas suffisant. Il convient de promouvoir les groupes de parole. Le système Osiris peut faire l'objet d'améliorations. Une grande partie de l'amélioration de la qualité repose sur le travail de terrain. Des équipes mobiles de qualité sont nécessaires au plus près des malades. Les tableaux de bord synthétiques ne sauraient suffire.

Le Pr Christian RICHARD s'affirme moins pessimiste que le président de la CME. Le dédale du système peut être simplifié. S'agissant des événements indésirables médicaux, la déclaration est effectuée au niveau de l'unité de soins au sein du groupe hospitalier. C'est dans ce cadre que sont traités la grande majorité des événements indésirables, y compris les événements indésirables graves. Le comité vigilance doit avoir défini une méthodologie. Dans la plupart des cas, une revue de morbi-mortalité est réalisée à l'échelon de l'unité de soins.

Dans un certain nombre de cas où des événements indésirables graves de nature exceptionnelle se produisent, la mobilisation et l'information du Siège, de la direction générale et du président de la CME sont obligatoires. Ceux-ci sont respectivement en capacité de déléguer l'analyse et le retour d'expérience.

Il est suggéré que, sous l'égide du président de la CME, une délégation soit conduite, avec l'appui méthodologique du comité vigilance central, pour qu'une analyse médico-administrative de ces effets indésirables graves soit réalisée. En vertu de la méthode proposée par le Siège, certains cas exceptionnels peuvent susciter la mise en place d'une cellule de crise. Toutefois, dans la plupart des cas, un groupe d'analyse est constitué. Il vise à obtenir un retour d'expérience de qualité.

Le président objecte que cette proposition se heurte à une définition claire des événements indésirables graves devant faire l'objet, ou non, d'une remontée au niveau central. Le contexte médical n'est pas le seul à jouer un rôle. L'écho médiatique intervient également.

Le Pr Christian RICHARD souligne la nécessité, au niveau du groupe hospitalier, d'une cellule réactive impliquant la direction de la qualité et les médecins concernés. A l'avenir, un texte de loi pourrait susciter l'inventaire des événements indésirables graves de type exceptionnel.

Le Dr Patrick PELLOUX estime le système de signalement extrêmement compliqué. Il ne fonctionne pas efficacement. Les envois ne suscitent aucune réponse.

S'agissant de l'écho des événements indésirables graves dans les médias, celui-ci est amplifié par l'essor des réseaux sociaux et des Smartphones. Il convient d'organiser une réaction beaucoup plus anticipée et efficace en cas d'événements indésirables graves.

Le Pr Christian RICHARD souligne que la problématique essentielle consiste à établir une distinction entre les événements indésirables graves et les événements indésirables graves de nature exceptionnelle. La responsabilité commune, en matière de communication, est capitale.

Des procédures doivent être établies en amont pour impliquer des interlocuteurs, à l'échelon du groupe hospitalier et du Siège, dans la proposition d'analyse et la méthodologie utilisée afin de traiter le sujet le plus rapidement possible. Le recueil et le signalement des événements indésirables graves, dans leur grande majorité, reste insuffisamment efficace.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE met l'accent sur l'évolution dans les mentalités. Dans les services à risques, l'évaluation de la morbidité doit faire partie de l'évaluation de qualité et de la sécurité des soins. Il convient de convaincre plus amplement les collègues que le signalement des événements indésirables graves ne vise pas à une pénalisation de leurs pratiques. En outre, il convient de renforcer la coordination entre la CME centrale et les CME locales. Le rôle de la CME centrale doit être plus précisément cerné.

Même si les événements indésirables graves ne sont pas de nature exceptionnelle, ils peuvent être la source de dysfonctionnements majeurs intéressant l'ensemble de la communauté de l'AP-HP. Il est arrivé, par exemple, qu'un problème de conflit informatique entre deux programmes suscite le risque d'administrer à un patient un traitement destiné à un autre malade.

Le Pr Christian RICHARD rappelle que le comité Vigilance Risques, au niveau central, a notamment pour responsabilité de traiter les remontées issues de groupes hospitaliers et dont l'impact est général. Il propose une méthodologie d'analyse appuyée par la participation d'experts, éventuellement extérieurs.

Le président souligne la nécessité d'une réflexion sur la frontière entre les événements indésirables banals et les événements indésirables graves de portée générale.

Le Pr Martin HOUSSET évoque parmi les conséquences de l'accident grave de radiothérapie survenu à l'hôpital d'Epinal, la mise en place d'une méthodologie de déclaration des événements indésirables parfaitement opérationnelle. Les événements potentiellement graves font l'objet d'une publication sur le site de l'ASN voir dans la presse. Loin d'être considérée comme un handicap, ces déclarations sont considérées comme un critère de qualité.

Désormais, cette procédure est totalement entrée dans le fonctionnement de tous les services, et la gestion de ces déclarations ne pose aucun problème.

Le Pr Jean-Philippe WOLF dit que certaines disciplines dont l'Assistance Médicale à la Procréation sont déjà tenues de faire des déclarations des événements indésirables à l'Agence de la Biomédecine. Comment s'articulent les déclarations faites sur le site de l'Agence de Biomédecine, et celles réalisées à l'APHP. Une harmonisation s'avère nécessaire pour ne pas faire deux fois le travail.

Le Pr Guy BENOÎT souligne qu'un événement peu grave peut se transformer en événement indésirable grave. Une culture de la qualité doit donc être favorisée. Par exemple, dans le secteur aéronautique, lorsque plusieurs incidents identiques font l'objet d'une déclaration, ils sont pris en compte et des mesures allant jusqu'à bloquer au sol les avions concernés.

A l'hôpital, les problèmes d'interfaçage informatique sont souvent décrits. Or les mesures fortes permettant de régler le problème ne sont pas prises. La véritable difficulté réside dans la capacité à colliger, analyser et prendre une décision forte s'imposant à tous. Le risque informatique demeure.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souligne que des praticiens de l'AP-HP, dans un certain nombre de spécialités, sont engagés pour leur accréditation auprès d'organismes extérieurs. Or il n'existe pas de liaison entre les structures internes et les organismes d'accréditation, ce qui suscite des difficultés.

Le Pr Philippe ARNAUD pense qu'un certain nombre d'événements indésirables graves spécifiques à certaines disciplines devraient faire l'objet d'une transmission aux collégiales pour qu'une même action correctrice puisse être appliquée en tout lieu.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE souligne que la déclaration des événements indésirables doit être encouragée. Il convient de mener une réflexion conjointe, avec le président de la CME, sur le traitement approprié du sujet de manière collégiale. D'autres prescripteurs existent, comme la Direction Générale de la Santé, en rendant certaines déclarations obligatoires par le biais du système Chorus

Ensuite, une meilleure collégialité entre l'administration et les médecins doit être favorisée. Elle nécessite d'être décrite et suppose de faire preuve de réactivité. Pour certains sujets à risque médiatique ou de sécurité élevée, il faut déterminer une organisation efficace car il y a un besoin d'immédiateté.

Pour la gestion de ces évènements indésirables graves, il existe une astreinte au niveau de la direction générale 24 H / 24 et 7 jours / 7. Il faut décrire comment cette astreinte se coordonne avec la responsabilité du président de la CME en la matière. Enfin, un événement peut donner lieu à une analyse systémique dans laquelle son environnement, l'organisation, la dimension ressources humaines sont pris en charge. Il faut décrire les différents niveaux de traitement.

Le Pr Pierre CARLI se félicite de la façon dont a été traité sur le plan médiatique l'incendie de l'hôpital Necker : la présence rapide de la direction générale sur place a permis de cadrer la communication, et aucun communiqué de presse n'a été publié sans aval de la direction générale.

III. Activité et avenir de l'hôpital Joffre à Draveil

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES rappelle que l'hôpital Joffre-Dupuytren, qui fait partie du groupe hospitalier Henri-Mondor, est composé de deux sites. Le site de

Dupuytren concentre depuis une dizaine d'années l'essentiel des activités de l'hôpital, notamment les activités de SSR. Progressivement, seules les activités de SLD sont demeurées sur le site de l'hôpital Joffre, dans le bâtiment Georges-Brassens qui comporte 240 lits. Les autres bâtiments ont été fermés.

Ce bâtiment est vétuste. Cependant, il ne fait pas l'objet d'une injonction de fermeture. Depuis plusieurs années, le regroupement des activités des deux sites est envisagé. Un premier projet a été conçu à partir de 2008 avant d'être abandonné. En 2011, sur le site de l'hôpital Joffre, les patients hospitalo-requérants représentaient seulement 43 % de la totalité des patients, selon la coupe PATHOS.

Un projet a finalement été élaboré avec l'accord de l'ARS et du ministère de la santé. Un appel à projets a été signé le 22 février 2013 par le directeur général de l'ARS et le président du Conseil général de l'Essonne. Un EHPAD comprenant 152 lits et places sera construit sur le site de l'hôpital Dupuytren. L'AP-HP mettra les terrains à disposition. Un opérateur public ou privé prendra en charge la construction et la gestion de cet établissement, dont l'ouverture est prévue en 2016.

Celui-ci devra accorder une place prioritaire aux patients issus des hôpitaux de l'AP-HP. Le personnel du site de Joffre y sera repris.

Les mesures actuelles visent à maintenir le bâtiment Georges-Brassens dans un état acceptable. La capacité initiale du bâtiment, soit 240 lits, a été réduite à 169 lits de SLD depuis septembre 2012. En 2014, celle-ci se limitera à 152 lits qui seront maintenus jusqu'à l'ouverture de l'EHPAD.

Des travaux d'aménagement ont été décidés sur le site de Dupuytren pour accueillir les patients qui ne sont plus reçus sur le site de Joffre. 71 patients en SLD ont été transférés sur le site de Dupuytren et 34 patients feront l'objet d'un transfert sur le site de Clémenceau. Dans le bâtiment Brassens, les chambres à trois lits seront supprimées. Des travaux seront engagés pour mieux respecter l'intimité des patients.

A l'issue de cette opération, le site foncier de Joffre sera vendu. L'Assistance Publique bénéficiera du produit de cette cession.

Le président se réjouit de cette évolution. La vétusté du bâtiment Georges-Brassens est infamante.

Le Dr Christophe TRIVALLE rappelle que des projets de maisons de retraite gérés par le Conseil général ont été élaborés en Essonne et demande s'ils vont rentrer dans ce cadre.

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES indique que le Conseil général de l'Essonne, qui se montre très investi dans ce domaine, pourra répondre à l'appel à projets.

Les 152 lits, malgré leur inconfort, restent très utiles à la filière gériatrique du territoire. Actuellement, la communauté médicale du site souhaite leur maintien.

Le Dr Georges SEBBANE estime que la problématique essentielle consiste à bloquer l'admission des patients âgés relevant des SLD sur le site de Joffre, quels que soient les aménagements effectués. Étant donné les conditions d'hébergement, l'ARS serait en droit de réclamer des compensations financières.

IV. Point d'étape sur le développement professionnel continu (DPC) à l'AP-HP

Le Pr Daniel SERENI souligne que le développement professionnel continu (DPC) est actuellement mis en place. Les professionnels de santé seront amenés à partir de 2013 à valider un programme de DPC dont les objectifs généraux sont :

- l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ;
- l'amélioration des connaissances ;
- l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la maîtrise des dépenses de santé ;
- les priorités de santé publique.

Les commissions scientifiques indépendantes ont été mises en place. Les orientations nationales du DPC ont fait l'objet d'un arrêté. Les modalités complétant les méthodes diffusées par la Haute Autorité de Santé sont en voie de diffusion. Depuis le 11 mars, les programmes de DPC peuvent être enregistrés sur le site de l'organisation gestionnaire du DPC. Les nouveaux organismes de DPC pourront se réinscrire à partir du mois de juin.

Le Dr Stéphane DAVID explique que le texte est paru le 2 mars au *Journal officiel*. Les orientations sont réparties en six axes :

- la prise en charge des patients ;
- la relation entre les professionnels de santé et les patients ;
- la qualité des soins et la gestion des risques ;
- les relations entre les professionnels de santé et les équipes de soins, ce qui concerne le dossier médical et le management des équipes et la gestion financière des unités ;
- la santé environnementale, notamment la santé au travail et des éléments du plan national Santé Environnement 2009-2013 ;
- la formation professionnelle continue, et plus spécifiquement celle du personnel paramédical.

Au total, 4 000 à 5 000 actions pourraient être intégrées au titre du DPC à l'AP-HP.

La validation du DPC peut être fondée sur la participation à un congrès ou un colloque ou encore à des revues de bibliographies dans les unités de soins. Ce travail doit être complété par une analyse de pratiques. En outre, l'approche évaluative doit être prise en compte et complétée par une formation en lien avec l'analyse. Parmi d'autres méthodes plus spécifiques, figurent :

- le fait d'être formateur pour des activités de DPC ;
- la publication d'articles professionnels ;
- la participation à des dispositifs tels que l'accréditation des médecins ou celle de laboratoires ;
- la participation à un programme d'éducation thérapeutique ou un programme de recherche clinique ;
- la participation à des sessions de simulation en santé ;
- le bilan de compétences.

Le programme doit être mis en œuvre par un organisme DPC et enregistré sur le site de internet de l'Organisme Gestionnaire du DPC avant le début du programme. L'organisme DPC doit être enregistré au plan national, après avis des différentes commissions scientifiques.

Le Pr Daniel SERENI indique qu'à l'AP-HP, les forces seront concentrées sur un organisme unique de développement professionnel continu. Celui-ci intéressera l'ensemble des différentes catégories des professionnels de santé. Le travail de préparation est élaboré dans le cadre d'un comité stratégique dirigé par Christian Poimboeuf.

Le Dr Nicole PÉRIER rappelle que tout programme de DPC doit être conforme aux orientations nationales et selon les méthodes et modalités validées par la Haute Autorité de Santé.

La base AP^2 recense l'ensemble des EPP à l'AP-HP. Au 1er mars 2013, elle comptabilise 1 941 programmes dont 1 167 programmes publiés.

La base AP^2 couvre globalement les quatre premières orientations nationales. Pour exemple, les problématique relatives à la douleur et à la fin de vie s'intègrent dans la seconde orientation.

Un document précise l'ensemble des méthodes et modalités du DPC établies par la Haute Autorité de Santé. La base s'inscrit parfaitement dans ce cadre, notamment les méthodes regroupées dans la partie « analyses des pratiques ».

En reprenant la problématique de la douleur, exploitée de manière pluridisciplinaire, la base comporte 216 programmes traitant de ce sujet selon diverses méthodes validées. L'enjeu pour l'AP-HP (et son ODPC) va consister à regrouper et inscrire ces EPP dans un ou plusieurs programmes de DPC selon la méthode utilisée.

Par ailleurs, des fiches techniques élaborées par la Haute Autorité de Santé décrivent, pour chaque méthode validée, les éléments de traçabilité du programme et de l'implication personnelle des professionnels dans ce programme qu'ils doivent conservés. Pour la traçabilité du programme, la base modélise le programme d'EPP et assure donc cette traçabilité.

Il reste donc à l'AP-HP à décliner les différentes EPP AP-HP réalisées sur site en programmes de DPC, tout en assurant une cohérence et du lien entre les obligations et la pratique quotidienne. Des groupes de travail seront constitués pour intégrer le maximum de ces programmes d'EPP sous la forme de programmes de DPC.

Le président se félicite que l'énorme investissement représenté par la base AP^2 puisse être efficacement valorisé au bénéfice de l'obligation du DPC. En ce qui concerne la formation continue, il serait souhaitable que chaque praticien de l'AP-HP soit muni d'un mode d'emploi du DPC.

Le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU s'interroge sur l'articulation du dispositif avec l'Université.

Le Pr Daniel SERENI indique qu'une rencontre a été organisée avec M. Benoît Schlemmer pour définir les modalités d'une collaboration plus approfondie. Les Universités ont des

objectifs spécifiques vis-à-vis du DPC. Les départements de formation continue dépendent directement des Universités ou sont délégués aux facultés de médecine.

Des conventions séparées relatives à des programmes spécifiques pourront être signées avec les facultés. Il ne s'agit pas d'élaborer un ensemble trop complexe.

M. LENGLET regrette que les internes ne puissent émarger à ce dispositif.

Le président rappelle que les internes sont en troisième cycle de formation et qu'à ce titre ils ne peuvent en plus bénéficier de formation continue. Il leur faut attendre d'être en post-internat.

V. Recettes et dépenses de l'AP-HP en 2012 et présentation du plan de travaux 2013

Mme Carine CHEVRIER présente le résultat comptable 2012 en précisant que certaines données seront consolidées à la fin du mois d'avril.

L'activité hospitalière a connu une progression de 2 % pour l'hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle a enregistré une progression de 1,72 %. Ces données restent en-deçà des prévisions.

La chirurgie ambulatoire affiche de bons résultats (+ 5 %). L'hospitalisation à domicile connaît une hausse de 15 %, en deçà des prévisions dues en partie à un effet rattrapage au niveau de 2010, et le passage aux urgences une hausse de 1,65 %.

En gynécologie obstétrique, l'activité reste stable. En revanche, la médecine enregistre une évolution positive de l'ordre de 1,8 %. Une nette amélioration a été enregistrée au second semestre. En chirurgie, l'évolution est modérée à 0,8 %. De fortes disparités sont observées, le second semestre est également bien meilleur.

En ce qui concerne les consultations et les activités externes, l'activité est légèrement supérieure à celle de l'année 2011. La facturation de produits s'avère très supérieure. L'augmentation correspond à 68 millions d'euros. Les recettes des produits d'assurance maladie ont connu une hausse de 15 millions d'euros par rapport aux prévisions. L'augmentation correspond à 42 millions d'euros de recettes par rapport à l'année 2011 (+ 0,8 %).

En ce qui concerne les recettes de titre I, la structure des produits se trouve inversée par rapport aux prévisions, avec moins de recettes de séjours et plus de produits liés aux consultations, exhaustivité de la facturation pour les consultations, etc.

Les recettes liées aux autres produits hospitaliers (titre 2) sont en hausse, soit 22 millions d'euros. Le changement de tarification de l'AME constitue un point d'attention. L'impact tarifaire évalué à – 38 M€ de recettes pour l'AP-HP est confirmé.

Les recettes liées aux produits s'établissent à 6,691 milliards d'euros, soit une augmentation de 41 millions d'euros par rapport aux prévisions.

S'agissant des charges de personnels, l'apparente sous-exécution de 21 millions d'euros résulte notamment de la monétarisation initialement prévue des comptes épargne temps (CET) finalement non réalisée en 2012. Les charges liées au personnel non médical subissent un

léger dépassement, de 14,8 millions d'euros par rapport aux prévisions. Celui-ci découle des recrutements et d'un « effet ciseau » puisque l'arrivée du personnel permanent n'a pas été suffisamment compensée par la baisse du recours à l'intérim. Les charges liées au personnel médical sont caractérisées par une légère sous-consommation, de l'ordre de 12 millions d'euros.

Les charges médicales hospitalières augmentent de 90 millions d'euros par rapport à 2011, soit une hausse de + 25 %. Les charges liées aux fournitures médicales subissent des dépassements importants. Les certifications HAS ont en effet suscité des reconstitutions de stocks.

Les charges hôtelières générales sont marquées par une hausse des dépenses d'énergie, compensée par une maîtrise des volumes.

Parmi les dépenses de titre IV, en cours de stabilisation, les charges financières font l'objet d'une hausse tangible correspondant à 12 millions d'euros.

Globalement, les charges devraient connaître une augmentation de 41 millions d'euros. Au total, le solde du compte de résultat principal s'établirait donc à – 73 M€, soit conforme à la prévision. Toutefois, ce résultat s'explique aussi par les opérations exceptionnelles : les *lamdas*, à hauteur de 53 millions d'euros, constituent des opérations exceptionnelles appelées à se tarir ; une opération d'optimisation fiscale sur la récupération de TVA rapporte 33 millions d'euros.

Les tendances sont conformes aux engagements.

S'agissant des comptes de résultats annexes, les résultats correspondent aux prévisions. En ce qui concerne le compte DNA, les cessions s'avèrent supérieures de 19 millions d'euros à 20 millions d'euros par rapport aux prévisions.

Une fois effectuée la consolidation du compte de résultat principal et de l'ensemble des comptes de résultats annexes, un déficit global de- 38 millions d'euros était prévu. Or celui-ci devrait être contenu à 20 millions d'euros, c'est une bonne nouvelle.

Pour terminer sur les perspectives financières, la CAF sera supérieure aux prévisions. Les crédits de paiements sont inférieurs aux prévisions. Les subventions se sont avérées plus importantes que prévues, notamment pour l'hôpital Sainte-Périne. L'activité 2012 a donc généré plus de trésorerie que prévu et devrait se traduire par l'absence de prélèvement sur le fonds de roulement.

Présentation du plan de travaux 2013

Le plan travaux 2013 a fait l'objet d'une validation et d'une méthodologie effectuée en collaboration avec des ingénieurs travaux. Une enveloppe de 30 millions d'euros a été fixée pour 2013. La somme de 27 millions a été répartie auprès des GH selon deux critères définis par le groupe de travail composé d'ingénieurs travaux : l'activité respective des groupes hospitaliers et la vétusté des bâtiments. 3 millions d'euros ont aussi été conservés en réserve pour accompagner l'installation des équipements lourds.

Le président à la fin des deux présentations ouvre le débat et souhaite connaître l'effort d'efficience finalement accompli en 2012.

Mme Carine CHEVRIER indique que la demande d'efficience avait porté sur 126 millions d'euros. La contractualisation a été fixée à 75 millions d'euros. L'efficience devrait correspondre à 70 millions d'euros. Le résultat comptable est tenu par des opérations exceptionnelles, telle l'optimisation fiscale et les *lamdas*.

Le président souligne que l'effort d'efficience en 2012 a été de 75 millions d'euros et qu'il devra être multiplié par deux en 2013.

A la demande de précisions du Dr Julie PELTIER sur l'augmentation de la masse salariale, **Mme Carine CHEVRIER** précise qu'en ce qui concerne l'exercice 2013, l'augmentation de la masse salariale représentera 2,9 %. Celle-ci résultera de divers éléments : recrutements opérés à la fin de l'année 2012, hausses de cotisations retraite et promotions naturelles.

Avec ces effets prix, le déficit devrait s'établir à – 190 millions d'euros. L'efficience demandée porte ainsi sur 150 millions d'euros, pour tenir le déficit de 40 M€ prévu en 2013.

Le Dr Anne GERVAIS attire l'attention sur le fait que les dispositifs implantables ne sont pas facturés à la sécurité sociale lorsqu'ils sont réalisés sur un autre site, alors que parallèlement les transferts de patients d'un site à l'autre génèrent une augmentation de dépenses de transports médicalisés.

Le Pr Guy BENOÎT précise qu'en matière de dispositifs médicaux implantables, 4,5 millions d'euros à 5,5 millions d'euros n'ont pas fait l'objet de remboursements en 2011. Cette source de revenus pourrait être améliorée. La commission activité ressources va travailler sur ce sujet.

Le Pr Georges SEBBANE souhaite des précisions sur le montant de la DAF.

Mme Carine CHEVRIER répond que la DAF (psychiatrie, SSR) se situe à un niveau identique à 2012.

VI. Présentation du plan d'équipement 2013

M. Jean-Michel DIEBOLT explique que l'exercice 2013 se caractérise par un important effort de dotation en faveur des plans de remplacements sur les sites. En comparaison, durant les années précédentes, ces dotations avaient subi l'impact de l'ouverture des bâtiments nouveaux. Ce n'est plus le cas pour 2013, ce qui permet une plus grande marge de manœuvre.

La valeur globale du parc, à fin 2011, s'établit à 1,482 milliards d'euros, soit 75 % d'équipements médicaux et 25 % d'équipements non-médicaux. Le taux de vétusté des équipements de l'AP-HP correspond à 75 %, c'est un taux important qui s'est dégradé ces dernières années compte-tenu des contraintes précédemment citées.

Pour mémoire, les autorisations d'équipement ont porté sur 54,7 millions d'euros en 2010, 46 millions d'euros en 2011 et 48,7 millions d'euros en 2012.

En 2013, l'autorisation de crédits de paiement s'établit à 90 millions d'euros, après cadrage avec la DEFIP.

Les problématiques portent notamment sur l'amélioration du taux de vétusté, l'introduction d'innovations et l'ouverture des alternatives à l'achat.

S’agissant des opérations transversales, douze scanners ont été upgradés en 2012. Dix scanners seront upgradés en 2013 pour un montant de 1,3 millions d'euros. En matière de stérilisation, cinq projets ont été identifiés pour 1,6 millions d'euros. Le processus relatif aux armoires sécurisées en pharmacie a débuté. Une circulaire a été envoyée aux groupes hospitaliers. La réserve de financement correspond à 1,8 millions d'euros.

Le total de ces opérations transversales, hors des armoires sécurisées mises en réserve, s’établit à 2,8 millions d'euros.

En matière d’équipements lourds six scanners, dont l’ancienneté atteint neuf à dix ans, seront remplacés. Les sites concernés seront les hôpitaux Ambroise-Paré, Raymond-Poincaré, Cochin et Trousseau, auxquels on peut ajouter pour 2014 Pitié-Salpêtrière et Hôtel-Dieu. Huit IRM datant des années 1999 à 2001 feront l’objet d’un remplacement parmi un parc total de trente-quatre IRM. En 2014-2015 treize appareils seront remplacés, puis une quinzaine pour 2015-2016.

Concernant la gamma-caméra, les sites de Beaujon et HEGP pourront bénéficier d’un remplacement.

L’achat d’un accélérateur linéaire est prévu à l’Hôpital Européen Georges-Pompidou ainsi que le financement d’un certain nombre de salles interventionnelles. Des robots chirurgicaux seront financés à hauteur de 50 % au sein des groupes Pitié-Salpétrière et Henri-Mondor.

Le total des équipements lourds s’établit à 27,9 millions d'euros.

S’agissant des dotations de remplacement, le montant de chaque groupe hospitalier doit tenir compte de manière équitable du montant du parc. Une pondération est effectuée en fonction des taux de vétusté sur les sites.

L’enveloppe, qui s’établissait à 17 millions d'euros en 2012, s’établit à 35 millions d'euros en 2013.

Treize sites ont bénéficié des opérations structurantes, à hauteur de 8,8 millions d'euros.

Le total des rubriques mentionnées s’établit à 80 millions d'euros pour 2013, alors que la demande des sites se montait à un total de 195 millions d'euros.

Les crédits de paiement devraient atteindre en 2013 le même niveau qu’en 2012, soit 90 millions d'euros. En 2012, le total d’autorisations d’équipements correspondait à 100 millions d'euros. En 2013, les reports d’exercices antérieurs, soit 30 millions d'euros, seront moindres. En revanche, les autorisations d’équipements nouveaux augmentent, soit 80 millions d'euros. Les autorisations d’équipements atteignent 110 millions d'euros. Les prévisions, en matière de crédits de paiements, devraient correspondre à 90 millions d'euros.

Le Dr Christophe TRIVALLE déplore l’importance du taux de vétusté au sein du parc immobilier et espère que ce taux sera amélioré après les investissements prévus en 2013.

M. Jean-Michel DIEBOLT précise que ce taux va mécaniquement s’améliorer avec le doublement des sommes consacrées cette année aux investissements.

Le Pr Bertrand GUIDET rappelle que les données 2012 présentaient une sous-exécution majeure. Il est indispensable que les circuits s’améliorent.

M. Jean-Michel DIEBOLT précise que l'ouverture de bâtiments nouveaux contribue à expliquer cette sous-exécution en 2012.

Mme Carine CHEVRIER ajoute que la sous-exécution, en matière d'équipements, résulte pour l'essentiel de l'opération de grands travaux à l'hôpital Laennec. L'objectif consiste également à améliorer la fluidité des marchés.

Le Dr Anne GERVAIS s'étonne que 10 % du budget, en matière d'équipements, soit consacré à des fonds pour des GH bénéficiaires alors que le taux de vétusté atteint globalement 75 %.

M. Jean-Michel DIEBOLT répond que la dotation de remplacement tient compte du taux de vétusté et du montant du parc. S'agissant des autres opérations de renouvellement d'équipements, il n'est pas possible d'appliquer une règle générale. Les critères d'attribution sont liés à la date d'achat et à la vétusté.

Le Pr Guy BENOÎT observe que cinq projets de restructurations sont annoncés pour l'année 2013. Or selon les informations fournies au plan local, certains n'ont pas été retenus.

En ce qui concerne le marché des armoires sécurisées, une note a été transmise le 27 janvier 2012 pour procéder au recueil des besoins avec des réponses exigées pour le 10 février. L'appel d'offres a été lancé. Le marché a été notifié au fournisseur le 27 décembre 2012. Pendant cinq mois aucune information n'a été diffusée. Le 7 mars, une note a été à nouveau transmise pour que le recueil des besoins, avec des analyses d'impact en matières de personnel et d'informatiques, soit opéré au 15 avril. Le Dr Guy BENOIT s'étonne que l'évaluation du besoin pour marché qui serait prévu pour 500 armoires et correspondrait à une valeur de l'ordre de 15 millions d'euro soit conduit dans ces conditions. Il considère que délais fixés sont trop courts.

Le Dr Patrick PELLOUX souhaite savoir si une politique de lutte contre les dépenses énergétiques a été mise en œuvre, au vu des hausses prévues dans les prochains mois.

Mme Carine CHEVRIER répond que l'AP-HP se situe en position captive vis-à-vis des fournisseurs. Toutefois, des négociations sont menées lieu pour obtenir une baisse du tarif des abonnements. La libération de mètres carrés devrait susciter des répercussions positives.

Le Pr Alain FAYE regrette que le financement du robot chirurgical soit supporté à 50 % par l'établissement concerné alors que cet équipement est porteur d'innovations.

VII. Projet d'informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (GTM)

M. Jérôme HUBIN indique que le projet GTM, portant sur l'informatisation de la gestion du temps médical, concerne à la fois les seniors et les internes. Son objectif principal consiste à informatiser les tableaux de services et les listes de garde, qui seront renseignés par le bais d'un outil unique. A cette fin, un module de HR Access spécialisé a été développé.

Des spécifications ont été définies. Actuellement, les tests du produit sont finalisés. Dans le détail, l'outil servira à gérer les tableaux de services, les plannings de gardes et astreintes, les absences et les présences et les comptes épargne temps (CET). L'outil sera mis à la disposition des chefs de pôle et des praticiens.

L'objectif du projet est aussi de faciliter le travail des bureaux des affaires médicales : la gestion des variables de paie sera plus simple et plus rapide.

Le déploiement de l'outil sera organisé au sein de deux services pilotes. Une assistance aux utilisateurs devra être mise en place et une opération de communication devra être élaborée.

Le Dr Patrick PELLOUX constate que le décompte du temps médical est opéré en demi-journées et souhaite savoir combien d'heures dure une demi-journée.

M. Jérôme HUBIN explique que, sur le plan réglementaire, une journée de vingt-quatre heures est découpée en quatre demi-journées dont la durée peut varier. La durée de la demi-journée fait d'ailleurs l'objet d'échanges pressants de la part de la Commission européenne vis-à-vis de la France. Si la réglementation évolue et si une durée en heures est fixée à la demi-journée de temps médical, le produit fera l'objet d'une évolution.

Le Dr Michel DRU se demande s'il est important de déployer ce produit maintenant, alors que la règlementation sur le décompte du temps de travail peut changer sous la pression de l'Union européenne.

M. Jérôme HUBIN précise qu'en fait les travaux sont finalisés et que le déploiement peut se faire maintenant. C'est le résultat d'une longue période de travail qui arrive à échéance maintenant, si la réglementation évolue, le produit suivra.

Le Pr Thierry BÉGUÉ s'enquiert des modalités selon lesquelles l'ensemble des données seront validées, soit par le chef de pôle, soit par le chef de service.

M. Jérôme HUBIN répond que l'accès aux informations et leur validation seront gérés par les différents niveaux d'habilitation de l'outil. La situation des services est variable. Dans certains d'entre eux, c'est un médecin, voire une secrétaire médicale, qui assume le renseignement des tableaux de service. Ces différents profils d'habilitation seront définis en concertation avec les chefs de service.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE demande si chaque praticien pourra noter les informations le concernant.

M. Jérôme HUBIN rappelle qu'il ne s'agit pas d'autogestion. La consultation, c'est à dire le niveau d'habilitation le plus simple sera ouvert à l'ensemble des praticiens. Par contre, la saisie se fera à un autre niveau, par une personne dûment habilitée.

Le Dr Patrick DASSIER se réjouit de la transparence que va apporter ce logiciel. Ce logiciel permettra d'anticiper les absences statutaires du personnel médical dans les blocs opératoires. Il permettra donc de dimensionner le nombre de salles à ouvrir. Par ailleurs, il rappelle que les plages additionnelles doivent être quantifiées par le chef de pôles (en fonction des ressources humaines et de l'activité prévisionnelle) sur le tableau de service prévisionnel, pour permettre une contractualisation avec des PH qui sont volontaires pour effectuées ces plages additionnelles. Elles pourront être intégrées aux tableaux de service, sans être électivement fléchées sur la période de nuit. Enfin pour des plages d'activité de 12H de jour celles ci ne pourront être comptabilisées à la hauteur de 2 demi-journées de jour, puisque la période de jour s'étend de 8H 30 à 18H 30 mn.

M. Jérôme HUBIN précise qu'un contrat type sera présenté lors de la prochaine COPS au mois d'avril. L'outil pourra contribuer à structure les pratiques. Mais si les pratiques varient

par rapport à la réglementation ou si elles ne sont pas renseignées dans ce nouvel outil, l'outil seul ne modifiera pas la réalité. Par exemple, si les personnels hospitalo-universitaires ne précisent pas leur planning, l'outil ne sera pas ne renseigné.

Le Pr Michel ZERAH demande le coût du produit et le montant qui va peser sur les GH.

M. Jérôme HUBIN annonce que le coût global du module est de 630 000 euros. Les GH ne seront éventuellement impactés que par le coût d'un « up-grade ».

Le Dr Alain FAYE demande si les fonctionnalités prévoient la possibilité d'établir un calendrier prévisionnel / réalisé, comme c'est le cas aujourd'hui.

M. Jérôme HUBIN explique qu'à une date donnée, il ne sera plus possible de modifier le tableau de service. Celui-ci sera considéré comme un tableau prévisionnel. Une dizaine de jours après le mois concerné par le tableau de service, celui-ci sera considéré comme le tableau réalisé.

VIII. Adoption du compte-rendu de la séance du 12 février 2013

L'approbation du compte-rendu de la séance du 12 février 2013 est reportée à la prochaine séance.

IX. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 10.

*

* *

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

mardi 9 avril 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 27 mars 2013 à 16 heures 30