

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 12 MAI 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 8 SEPTEMBRE 2015**

SOMMAIRE

I. Informations émanant du président de la CME	6
II. Questions diverses	12
III. Politique de facturation et de recouvrement : présentation de la convention entre l'AP-HP et la direction spécialisée des finances publiques (DSFP), résultats de l'audit et plan d'action	13
IV. Bilan des événements indésirables graves survenus en 2014 à l'AP-HP	16
V. Avis sur la charte informatique	19
VI. Plan d'action AP-HP pour accompagner les internes en difficulté	22
VII. Bilan de la radioprotection des personnels à l'AP-HP	25
VIII. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015	28

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations émanant du président de la CME (P^r Loïc CAPRON)
2. Politique de facturation et de recouvrement : présentation de la convention entre l'AP-HP et la direction spécialisée des finances publiques (DSFP), résultats de l'audit et plan d'action (M. Jean-Luc BRENNER, directeur de la DSFP)
3. Bilan des événements indésirables graves (ÉIG) survenus en 2014 à l'AP-HP (P^r Christian RICHARD, D^r Marie-Laure PIBAROT)
4. Avis sur la charte informatique (D^r Laurent TRÉLUYER, P^r Michel ZÉRAH)
5. Plan d'action AP-HP pour accompagner les internes en difficulté (P^r Jean-Yves ARTIGOU, M^{me} Gwenn PICHON-NAUDÉ)
6. Bilan de la radioprotection des personnels à l'AP-HP (D^{rs} Denis-Jean GAMBINI et Louis LEBRUN)
7. Questions diverses
8. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015

SÉANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement

Composition A

- Concertation sur les demandes de consultanat

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOÎT
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le P^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r Marc DELPECH
- M. le P^r François DESGRANDCHAMPS
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^r Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. Valentin JOSTE
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Isabelle NÈGRE
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***

- M. le P^f Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-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 GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- 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^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M. Gérard COTELLON, directeur par intérim des ressources humaines
- M. Didier FRANDJI, direction des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

- ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Philippe ARNAUD, Michel AUBIER Catherine BOILEAU, Gérard CHÉRON, Yves COHEN, Rémy COUDERC, Patrick DASSIER, Martin HOUSSET, Lucile MUSSET, Georges SEBBANE, Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le directeur général, M^{me} Magalie DELAHAYE, M. Jules GREGORY

La séance est ouverte à 8 heures 30 sous la présidence du P^r Loïc CAPRON.

I. Informations émanant du président de la CME

Le président présente les excuses du directeur général qui accompagne le Président de la République en visite à Cuba. Il est représenté par la secrétaire générale.

Un conseil de discipline doit se réunir prochainement pour traiter le cas d'une interne en psychiatrie. Pour composer ce conseil, l'agence régionale de santé (ARS) doit nommer deux professeurs des universités (PU) parmi quatre personnes proposées par la CME. Après avoir obtenu leur accord, le président propose de désigner, outre lui-même, le P^r Caroline DUBERTRET psychiatre à l'hôpital Louis-Mourier, le P^r Frédéric LIMOSIN, président de la Collégiale de psychiatrie de l'AP-HP et chef de service à l'hôpital Corentin-Celton, le P^r Jacques POUCHOT, chef du service de médecine interne de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). La CME approuve ces propositions, qui seront transmises à l'Agence régionale de santé (ARS).

Une CME plénière extraordinaire se tiendra le mardi 26 mai à 18 heures pour examiner les candidatures aux chefferies de pôle proposées par les groupes hospitaliers (GH). Il souhaite la présence des présidents de CME locales (CMEL) pour expliquer le point de vue des GH sur les candidatures. Il revient au représentant des doyens et au président de la CME de proposer conjointement au directeur général les candidatures aux chefferies de pôle. L'avis des présidents de CMEL et des membres de la CME sera donc déterminant, mais la CME ne votera pas. Le président souligne l'importance des nominations de chefs de pôle pour la bonne marche des GH, des hôpitaux et des services.

Lors de ses deux dernières réunions, la CME a discuté de la diminution du temps de travail des internes et des difficultés soulevées par le décret du 26 février 2015 qui fait passer leurs obligations de 11 demi-journées (dont 9 à l'hôpital et 2 en formation) à 10 (dont 8 à l'hôpital). Un nouveau projet d'arrêté est en préparation pour permettre aux CHU volontaires d'expérimenter le samedi matin de garde pour les internes. Cette expérience se déroulerait du 1^{er} novembre 2015 au 31 octobre 2017.

La plupart des présidents de CME de CHU ont refusé de mettre en œuvre le décret relatif à la réduction du temps de travail des internes dans l'attente des arrêtés d'application.

Le président se dit prêt à recevoir, examiner et relayer les informations dont les membres de la CME auraient connaissance sur le sujet.

La 2^e édition de la journée *Portes ouvertes de l'AP-HP* se déroulera le 30 mai. Elle sera précédée la veille de l'inauguration du nouveau bâtiment, dit Larrey B, de l'hôpital Avicenne, ainsi que d'une conférence inaugurale à l'HEGP. Le président invite les médecins à contribuer au succès de cette journée.

Un nouveau cycle de conférences stratégiques et budgétaires des groupes hospitaliers s'est déroulé en mars et avril. Depuis janvier, la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) a lancé une douzaine de groupes de travail stratégiques pour traiter de sujets de restructuration. La CME est représentée dans chacun de ces groupes. Une conférence de synthèse de ces réflexions a lieu le 13 mai à l'hôpital Necker où sont conviés les présidents de CMEL, les membres du directoire et les doyens. Le président rappelle l'article 1^{er} du décret du 20 septembre 2013 qui dispose que « la commission médicale d'établissement est consultée sur les orientations stratégiques ». Elle est aussi « consultée sur le projet médical de l'établissement ». Aucune réunion sur les orientations stratégiques, telle que celle du 13 mai, ne peut en conséquence remplacer une

présentation en CME suivie de l'expression de son avis par un vote. Au-delà de ce que prévoit la loi, vouloir engager des restructurations sans l'adhésion de la communauté médicale représentée par la CME serait courir à l'échec. Le président a donc demandé et obtenu que les propositions de tous les groupes de travail stratégiques animés par la DOMU soient présentées à la CME. À partir du mois de juin, les conclusions des différents groupes de travail figureront donc à l'ordre du jour de ses séances.

M^{me} Christine WELTY rappelle que ces groupes sont exclusivement composés de membres la communauté médicale de l'AP-HP.

Le président explique qu'il ne met pas en cause les groupes de la DOMU, mais qu'il demande simplement que leurs conclusions soient validées par la CME conformément à la loi.

Le président revient ensuite sur le sujet de l'Hôtel-Dieu et sur son analyse du vote défavorable de la CME du 14 avril que l'on peut trouver dans le « diaporama » de cette séance et dans le compte rendu du bureau du 29 avril, disponibles sur le site internet de la CME. Il l'interprète comme traduisant principalement le refus de trois incertitudes : 1. sur le budget (investissement et fonctionnement) du projet mis en rapport avec son utilité ; 2. sur le soutien qu'apportera la mairie de Paris, avec qui la CME n'est jusqu'ici pas parvenue à échanger directement ; 3. sur l'utilité et la sécurité de l'offre de soins, notamment mises en doute par le flou qui entoure encore le devenir des urgences puisqu'on hésite toujours entre une consultation 24 heures sur 24 et un service d'accueil des urgences (SAU), avec les enjeux politiques et syndicaux que l'on connaît.

Côté mairie, le président a obtenu que le D^r JOMIER, adjoint à la maire de Paris chargé des questions de santé et vice-président du conseil de surveillance de l'AP-HP, qu'il a rencontré le 27 avril, vienne discuter avec une délégation du groupe de travail de la CME sur le projet de l'Hôtel-Dieu, à une date qui reste à fixer. Il espère que cette rencontre permettra d'obtenir des informations claires sur le soutien politique et financier que la mairie compte apporter au projet de l'Hôtel-Dieu.

En ce qui concerne les finances et l'utilité du projet, les membres de la CME ont pu prendre connaissance du message du directeur général de l'AP-HP, prenant acte du vote de la CME et décidant de confier le projet médical de l'Hôtel-Dieu au GH *Hôpitaux universitaires Paris-Centre* (HUPC). En d'autres termes, la CME ne serait plus concernée par ce projet. Elle en serait bien entendu tenue informée, mais n'aurait pas à y contribuer directement. S'agissant des relations avec la Ville de Paris, le directeur général poursuit en ces termes :

« Nous continuerons à échanger avec les représentants de la Ville de Paris pour nous assurer que les principaux points d'équilibre sont partagés avec eux. En effet, comme je l'ai dit devant la CME, il nous faudra une confirmation des modifications des règles d'urbanisme permettant de limiter les investissements de l'AP-HP à une partie du bâtiment, en cohérence avec la convention avec la Ville de Paris, sur laquelle vous avez émis un avis favorable à une large majorité, avant d'être adoptée par le Conseil de Paris. Celle-ci prévoit que l'opération relative à l'Hôtel-Dieu devra permettre d'associer un programme sanitaire ambitieux et un programme de logements et de services permettant de répondre notamment aux besoins des Parisiens. »

Le président poursuit par la lecture du paragraphe suivant qui concerne directement la CME :

« La CME elle-même sera conduite à pouvoir se prononcer à l'occasion de plusieurs échéances, en particulier sur les investissements susceptibles d'être intégrés dans le PGFP soumis à l'avis de la CME, ou sur les cessions immobilières envisagées qui nécessiteront un passage en Conseil de surveillance, dans lequel la CME est représentée. Outre ces moments prévus par les textes, nous

serons également à la disposition de la CME pour partager avec elle les évolutions du projet médical. »

Le président souhaite connaître l'avis de la CME sur l'option que prend ainsi le directeur général de confier entièrement le projet médical de l'Hôtel-Dieu au GH *HUPC*. Il rappelle que les textes ne confèrent qu'à la seule CME centrale une compétence en matière d'orientations stratégiques et de projet médical, sans possibilité de délégation aux CMEL des GH. Si des grands projets comme l'hôpital Nord, le nouveau Lariboisière ou le nouvel Hôtel-Dieu, dans lesquels des centaines de millions vont être investies, ne relèvent pas de la stratégie médicale de l'AP-HP, c'est à n'y plus rien comprendre. Transférer la responsabilité de projets médicaux de cette importance vers les CMEL ouvrirait la voie à l'autonomie des GH pour élaborer leur projet stratégique et médical, mettant ainsi en question l'unité de l'AP-HP. Le président n'est donc pas favorable à ce que la CME ferme les yeux sur le projet médical de l'Hôtel-Dieu, mais il souhaite recueillir l'avis des membres de la CME.

Le P^r Philippe GRENIER observe que selon ce raisonnement, il conviendrait que tous les GH présentent leur projet médical devant la CME, ce qui n'a jamais été le cas.

Le président le confirme, mais rappelle qu'il a passé plusieurs soirées à écouter les présidents de CMEL présenter leur projet médical. En partant du principe que tous les membres de la CME appartiennent à un GH, il est possible de considérer que la CME a connaissance des projets médicaux. Pour autant, un projet médical chiffré à 100 M€, tel que celui de l'Hôtel-Dieu, ne devrait pas échapper au regard de la CME. Le président ajoute que la valeur juridique d'un vote de GH sur un projet médical est nulle puisqu'il n'est pas prévu par la loi.

La secrétaire générale souligne l'importance de la question soulevée ici, dès lors qu'il existe une AP-HP unique, dotée d'une stratégie adoptée par la CME, d'un projet médical élaboré par le président et d'un plan stratégique qui a vocation à être repris, décliné et précisé par chaque GH puis soumis aux instances locales.

Le projet exposé lors de la dernière séance comporte plusieurs composantes. Pour sa partie médicale, ainsi que le directeur général l'a rappelé dans son message, il ne s'agit pas du projet médical de l'Hôtel-Dieu, mais d'une contribution de l'Hôtel-Dieu au projet médical du GH, sur lequel d'ailleurs, la réflexion et les travaux se poursuivent. Le président *CHAUSSADE* a ainsi souligné que des activités médicales exercées à l'Hôtel-Dieu s'intégraient pleinement dans la stratégie du GH.

Le chiffre évoqué de 100 M€ ne porte pas uniquement sur le projet médical. Il recouvre ainsi la remise à niveau des ailes A et C, ainsi que le clos et couvert de l'aile B. Or les ailes B et C n'ont pas vocation à accueillir le projet médical. Il convient donc de distinguer d'une part ce qui relève de la contribution de l'Hôtel-Dieu au projet médical du GH, pour laquelle la CME centrale a toute la légitimité pour débattre dès lors qu'elle décide de le faire pour l'ensemble des GH, et d'autre part, le projet Hôtel-Dieu, sur lequel la CME sera consultée, mais à d'autres titres.

Le président explique qu'il adhérerait aux propos de la secrétaire générale si la CME avait donné *quitus* au GH pour ce projet. Or elle a émis un vote défavorable, signifiant qu'elle n'approuvait pas le projet médical. Rappelant que son rôle est de faire respecter les votes de la CME, le président considère que court-circuiter la CME en lui disant que le projet de l'Hôtel-Dieu devient le problème du GH et ne concerne pas l'AP-HP dans son ensemble constitue une pirouette audacieuse. Ne pas tenir compte de l'avis défavorable de la CME, c'est ignorer le rôle que la loi lui reconnaît et remettre en cause la gouvernance médico-administrative de l'AP-HP.

Le P^r Jacques DURANTEAU s'interroge sur la finalité de la démarche engagée par le président auprès de la mairie de Paris.

Le président explique que la rencontre avec la mairie de Paris vise à comprendre ce que signifie le refus du maire adjoint de répondre à l'invitation du groupe de travail de la CME d'échanger sur l'Hôtel-Dieu avec lui. Ce refus a pu être interprété comme un désintérêt de la mairie pour le projet médical de l'Hôtel-Dieu. Il s'agit donc de clarifier sa position.

Le P^r Jacques DURANTEAU demande si cette démarche vise à porter, auprès de la mairie, l'opposition exprimée par la CME sur ce projet.

Le président répète qu'il s'agit de rencontrer la mairie pour clarifier sa position sur ce dossier et sa volonté de l'accompagner concrètement.

La secrétaire générale estime n'avoir à aucun moment laissé entendre que la CME serait « court-circuitée » ou ne serait plus concernée par le projet. Elle tenait simplement à expliciter le message du directeur général. Celui-ci a entendu le vote de la CME, mais s'attache à « ne pas contrecarrer les efforts réalisés par le groupe et sa communauté médicale pour renforcer la cohérence de sa stratégie médicale et réaliser des efforts importants d'efficience ». Il s'agit à présent d'éviter le *statu quo* sous peine d'aggraver le déficit, et de demander au GH d'approfondir un certain nombre de ses travaux.

Le message du directeur général a été transmis le jeudi 7 mai au matin. L'après-midi même, il est allé à la rencontre des personnels de l'Hôtel-Dieu. Reçu par la vice-présidente de la CMEL, le D^r Isabelle FERRAND, il a relayé le vote de la CME centrale et a affirmé le souhait de sortir du *statu quo*. Le directeur général a par ailleurs souligné qu'il appartenait au GH d'approfondir les travaux réalisés, notamment les pistes permettant d'améliorer l'efficience globale, parmi lesquelles des projets tels que le mouvement du laboratoire à réponse rapide. Il s'agit de faire évoluer un certain nombre de situations qui aujourd'hui, quotidiennement, aggravent le déficit de l'Hôtel-Dieu et par là même, du GH et de l'AP-HP.

L'idée n'est pas de cesser d'informer la CME sur ce projet, mais bien de revenir à un cadre régulier, dans lequel le GH HUPC peut approfondir un projet médical, comme le fait chaque GH. Le GH HUPC a effectivement pris un certain retard en raison des difficultés rencontrées à l'Hôtel-Dieu. À présent, il convient d'explicitier la manière de supprimer les blocages, pour garantir l'avancement du projet selon des échéances régulières. D'ores et déjà, le budget sera présenté dès la prochaine CME. Il sera important par la suite de prévoir des points d'étape pour rendre compte des échanges tenus avec la Ville de Paris et des engagements qui auront été obtenus, s'agissant par exemple des modifications du plan local d'urbanisme (PLU).

Le P^r Noël GARABÉDIAN suggère qu'une fois par an, chaque GH présente son projet médical à la CME centrale, afin d'échanger sur les points forts des projets et sur les difficultés rencontrées.

Concernant l'Hôtel-Dieu, le P^r GARABÉDIAN préconise de bien distinguer le projet médical du projet global. La CME centrale s'est exprimée sur le projet médical et il convient de tenir compte de son vote. Il est important que la CME centrale et la CMEL puissent retravailler, ensemble, ce projet, sur lequel le principal point d'achoppement concernait les urgences, en particulier les aspects de qualité et de sécurité des soins. Le projet médical ajusté devra ensuite à nouveau être présenté devant la CME centrale. Sur le projet général, il est également important que la CME puisse se prononcer sur l'investissement à consentir et sur la vente des terrains. Il ne s'agirait bien entendu que d'un avis consultatif.

Le D^F Alain FAYE observe que la mairie refuse de participer au projet, si ce n'est par la modification des règles d'urbanisme, et que la secrétaire générale omet de signaler que le projet imposera de vendre une part importante de patrimoine. Or par ces ventes, l'AP-HP hypothèque une partie de ses capacités d'autofinancement.

Le président propose de reprendre ce sujet en présence du directeur général qui pourra alors préciser sa position sur le rôle de la CME centrale dans le projet médical de l'Hôtel-Dieu.

Le président invite M^{me} VERDIER à présenter les autres informations émanant de la direction générale.

La secrétaire générale aborde le sujet de la réforme de l'organisation du temps de travail des personnels autres que médicaux. Le directeur général a transmis une note d'information à ce sujet, le mercredi 6 mai. Une réunion de lancement s'est tenue à cette date en présence de l'ensemble des organisations syndicales, à l'exception de SUD qui n'a pas souhaité y participer.

Le directeur général a lancé les négociations, dont les propos d'introduction sont disponibles sur le site Internet de l'AP-HP. Il y présente le triple objectif de cette réforme :

- l'adaptation des organisations de travail aux modalités de prise en charge, ce qui n'avait pas été réalisé en 2002, lors de la mise en œuvre du protocole. Cette étape est d'autant plus nécessaire que les modes de prise en charge évoluent, en raison notamment d'une réduction des durées de séjour et du vieillissement des patients. Il est nécessaire de repenser les horaires auxquels il convient de mobiliser du personnel et de planifier dans l'année des périodes de travail.
- l'efficience : la trajectoire financière pluriannuelle impose d'accroître la capacité de financement de l'institution pour préserver les investissements. Si de manière mécanique, la suppression d'environ 4 000 emplois permettrait d'atteindre cet objectif, il ne s'agit pas du levier souhaité pour l'hôpital. L'AP-HP devra toutefois agir sur sa masse salariale et le fera en réorganisant le travail, notamment en réduisant le recours à l'intérim et aux remplacements.
- l'amélioration de la qualité de vie au travail et les relations de travail, en s'appuyant sur des personnels plus stables et en assurant une meilleure visibilité des plannings. Il s'agit de pouvoir fixer les plannings plus en amont et plus en concordance avec les équipes médicales, pour permettre à chacun de programmer l'activité. Au-delà du motif d'efficience nette, la réforme permettrait un gain brut dont les contreparties devront être discutées avec les organisations syndicales.

Un premier échange a été organisé avec les organisations syndicales. La CGT et FO ont signifié qu'elles ne souhaitaient pas participer à la suite de la discussion. Cependant, le dialogue se poursuit.

Dans la conduite de la réforme, sont affirmés des principes d'exemplarité, d'équité et d'unité de l'AP-HP. Les contrastes observés dans les conditions de travail d'un site à l'autre constituent en effet des facteurs de blocage. Ainsi par exemple, les cadres ne disposent pas du même nombre de jours de réduction du temps de travail (RTT) selon le site où ils exercent.

Une page Internet dédiée à la réforme a été mise en place. Des éléments d'information y seront bientôt diffusés sous la forme de « vrai / faux », qui permettront de clarifier le périmètre et les objectifs de la réforme, mais également de répondre à certaines craintes exprimées par les organisations syndicales. D'ores et déjà, le directeur général a confirmé qu'il ne s'agissait ni de

passer tous les personnels en 7 heures, ni de généraliser les 12 heures. Par ailleurs, il n'a jamais été question d'envisager une journée de travail discontinuée.

La secrétaire générale signale que des discussions s'engageront le lendemain avec l'encadrement, que la réforme vise à recentrer dans les unités de soins. Il s'agit plus généralement d'étudier la manière d'améliorer le quotidien des personnels encadrants, au-delà de la question du temps de travail.

Cette réforme portée par la direction est capitale pour l'institution et nécessite le soutien de la communauté médicale, au vu de l'ampleur des défis qui se présentent à l'AP-HP. La direction de l'AP-HP souhaite les relever par l'amélioration des modalités de prise en charge et de la qualité des soins. La meilleure manière d'y parvenir est bien d'adapter les organisations de travail, plutôt que de réduire les effectifs.

Cette réforme est complexe, et doit se construire pas à pas. En tout état de cause, il ne s'agit pas d'abolir les 35 heures, qui resteront la référence en termes de temps de travail hebdomadaire, mais de les répartir différemment. Le protocole de 2002 étant remis sur la table, des efforts d'efficience seront demandés à chacun, y compris aux directeurs. Néanmoins, des contreparties seront proposées, qui seront discutées avec les représentants du personnel.

Le président estime que la communauté médicale ne peut se sentir étrangère à la réforme des temps de travail, parce qu'elle règle très concrètement l'organisation quotidienne du travail au lit du patient. La position du corps médical sur cette réforme a pu paraître ambiguë, certaines organisations syndicales ayant décrété que les médecins y étaient opposés. Le président exprime son soutien à cette initiative du directeur général parce qu'il est dans l'intérêt collectif de viser à améliorer les soins en simplifiant leur organisation et à éviter les réductions d'effectifs non médicaux. C'est la position qu'il défend lorsqu'il est interrogé par la presse.

Le D^r Julie PELTIER fait état de la vive inquiétude exprimée par les soignants sur la segmentation du temps de travail. L'organisation du temps de travail en 7 heures 36 par jour lui semble avant tout théorique et ne correspond absolument pas au temps réel passé dans les services. Notamment, elle ne tient pas compte du temps de transmission entre les équipes. Le D^r Julie PELTIER s'inquiète de la démobilisation qui risque de suivre cette réforme, dans la mesure où elle s'écarte largement de la vision qu'a le corps soignant de sa présence auprès des patients. Il convient de prendre garde à ne pas « virtualiser » le temps de travail à des fins d'économies.

Le P^r Pierre CARLI souligne que la démarche courageuse entreprise par le directeur général bénéficie de l'appui clair et net des présidents de CMEL, qui y voient une opportunité extraordinaire d'aborder la question des organisations avec les équipes soignantes, afin d'assurer la meilleure qualité des soins.

La question des temps de travail est la base de l'organisation des soins. À ce titre, elle ne doit pas concerner uniquement les infirmiers ou les aides-soignants, mais bien mobiliser les médecins. La démarche engagée semble à ce titre extrêmement positive.

Par ailleurs, alors que de nombreux collègues en France, présidents de CME, directeurs d'établissement ou chefs de service observent l'AP-HP, celle-ci doit tenir son rôle, être devant et ne pas se contenter de suivre le mouvement.

Le président partage ces propos et prend note de l'adhésion des présidents de CMEL à la réforme.

Le D^f Anne GERVAIS confirme que la réforme concerne la communauté médicale qui ne peut travailler sans les paramédicaux. Cette réforme va pallier à un déficit de financement mais une solution plus globale doit être apportée au niveau national. Le fonctionnement de l'hôpital et le travail des paramédicaux sont affectés par la recherche d'une activité toujours plus importante dans le cadre de la tarification à l'activité. La réorganisation du temps de travail supprimera des particularités existant à l'AP-HP mais aboutira à une suppression d'avantages offerts. Il est regrettable que l'intensification du travail et la mauvaise qualité de vie au travail débouche sur l'attente des jours de repos et la perte de motivation au quotidien dans le travail. Dans un quotidien aux conditions de travail dégradées, la baisse du nombre de jours de RTT doit être compensée. Le D^f Anne Gervais craint que les pistes proposées par le directeur général pour améliorer la qualité de vie au travail, essentiellement la stabilisation des plannings, soient insuffisantes. Le D^f Anne GERVAIS indique qu'elle se tient aux côtés des personnels paramédicaux qui attendent des contreparties tangibles.

Le P^f Noël GARABÉDIAN déplore que les chefs de service soient aujourd'hui écartés des organisations. Alors que se multiplient les réunions et les commissions, l'interface avec les cadres est de plus en plus rare. Le P^f GARABÉDIAN observe une désorganisation totale des hôpitaux. À ses yeux, il n'existe plus d'équipe au sens où elle existait avant.

Le président propose de conclure sur ce point, en soulignant que la CME et la communauté médicale doivent se sentir pleinement concernés par ces débats. Il suggère qu'en introduction de la prochaine CME, le directeur général fasse un point sur la situation et que les membres de la CME puissent réagir devant lui.

La secrétaire générale revient sur les journées portes ouvertes, dont le programme a été transmis aux membres de la CME. Tous sont invités à la conférence inaugurale qui aura lieu le 29 mai au soir, dont le programme a été construit pour refléter la diversité des activités exercées à l'AP-HP, s'agissant tant des disciplines en pointe en matière de recherche et d'innovation, que du quotidien des patients.

En ce qui concerne le temps de travail des internes, la secrétaire générale fait état de la position du ministère de la Santé, qui souhaite que le décret s'applique dès maintenant. Certains CHU attendent que les arrêtés soient publiés, d'autres ont choisi de mettre en œuvre le décret dès à présent. Même si la réforme peut être déplorée, elle doit être appliquée. Il conviendra de réaliser des bilans réguliers de sa mise en œuvre.

II. Questions diverses

Le Dr Alain FAYE aurait souhaité qu'une négociation s'engage sur la réduction du temps de travail des internes et ses conséquences sur les services. Il s'enquiert des propositions de la direction générale pour compenser cette perte de temps médical.

Le président prend note de cette question. Il signale avoir reçu une question diverse de la part du D^f Patrick DASSIER, absent aujourd'hui. Elle sera relayée par un de ses collègues. Cette question a néanmoins été soumise trop tardivement pour qu'une réponse soit apportée en séance.

Une question du D^f Christian GUY-COICHARD porte sur le recensement des associations de service. Le directoire en a discuté récemment. Les données ne sont pas à ce jour entièrement colligées, mais une réponse structurée et complète pourra être fournie lors de la CME du mois de juin.

Le Dr Jean-Louis GAILLARD, au nom du D^f Patrick DASSIER évoque la réorganisation des surfaces d'occupation du département d'anesthésie-réanimation de l'HEGP.

Le président souligne que la question des bureaux de l'HEGP relève du GH. En revanche, le problème global de l'attribution de bureaux aux médecins de l'AP-HP relève de la DOMU, qui répondra sur ce sujet.

La secrétaire générale précise que la DOMU se soucie des conditions de travail des médecins, comme l'illustre le projet social du plan stratégique.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne que, dans un contexte de concurrence entre les GH de l'institution, les conditions de travail des médecins, qui diffèrent très largement selon les établissements, font partie des problèmes à traiter.

Le Dr Michel DRU précise le sens du message que souhaitait transmettre le D^r Patrick DASSIER, en indiquant que la communauté d'anesthésie-réanimation de l'hôpital européen Georges-Pompidou, qui a grandement participé au retour à l'équilibre, a aujourd'hui le sentiment d'être méprisée par la direction.

Le président demande à la DOMU d'apporter aux personnes concernées une réponse structurée et respectueuse des médecins.

III. Politique de facturation et de recouvrement : présentation de la convention entre l'AP-HP et la direction spécialisée des finances publiques (DSFP), résultats de l'audit et plan d'action

Le président rappelle que M. Jean-Luc BRENNER dirige la DSFP. Pour cet exposé, il est accompagné de M^{me} Karine ISTIN, qui représente la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP). Le président invite l'assemblée à écouter leur exposé avec attention, au vu de l'ampleur des chiffres qui seront commentés en comparaison avec le déficit et la dette de l'AP-HP.

M^{me} Karine ISTIN rappelle que l'amélioration du recouvrement est l'un des objectifs du volet financier du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019. Par ailleurs, la réforme FIDÉS (facturation individuelle des établissements de santé) à venir, qui consiste à facturer directement à l'Assurance maladie l'ensemble des éléments de soins, aura demain un impact majeur sur la problématique de recouvrement.

Aujourd'hui, pour l'activité de soins, les grandes masses de facturation sont les suivantes :

- 3,5 milliards d'euros sont facturés à l'assurance maladie ;
- 450 millions d'euros sont facturés aux patients ou à leur mutuelle ;
- 200 millions d'euros sont facturés aux patients étrangers ;
- 300 millions d'euros sont facturés en vente de médicaments ;
- 16 millions d'euros sont facturés à d'autres établissements.

Les masses financières à grand risque de recouvrement sont les parts facturées aux patients, résidents ou étrangers. Demain, avec la réforme FIDÉS, la part facturée à l'Assurance maladie constituera également une problématique importante de recouvrement dans la mesure où l'AP-HP facturera individuellement, nominativement et séjour par séjour. Cette réforme entrera en vigueur en 2016 pour les actes et consultations externes et en 2018 pour les séjours.

M. Jean-Luc BRENNER indique que les efforts effectués sur l'ensemble de la chaîne de gestion des recettes ont permis de réduire de plus de 21 % le volume des restes à recouvrer sur exercice courant entre fin 2013 et fin 2014. En bout de chaîne, les oppositions notifiées par ses services aux

employeurs et aux banquiers des débiteurs retardataires ont augmenté de près de 60 %. La pression exercée sur ces débiteurs est ainsi beaucoup plus forte que par le passé.

L'effort a également porté sur les créances des exercices antérieurs, bien que les chances de recouvrement diminuent inexorablement avec le temps qui passe. Sur ce point, le ministère de la Santé a donc mis en place son programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées), qui vise à développer le paiement par le patient avant qu'il ne quitte l'hôpital.

Même si le recouvrement est particulièrement offensif, toutes les factures ne peuvent pas être recouvrées. M. Jean-Luc BRENNER donne les exemples des débiteurs insolvable, partis sans laisser d'adresse ou décédés sans succession. Pour assurer la sincérité des comptes, ces créances irrécouvrables doivent impérativement être retirées des restes à recouvrer enregistrés dans la comptabilité de l'AP-HP. Ce volume des créances irrécouvrables admises en non-valeur s'élève en 2014 à 43,6 M€.

En 2011, un nouveau système d'information partagé par les services de l'ordonnateur et du comptable public de l'AP-HP a été déployé. Suite à cette bascule informatique, certaines créances antérieures n'ont pas pu être recouvrées et certains encaissements n'ont pas pu être rapprochés des factures correspondantes, rendant insincère l'actif du bilan de l'AP-HP où elles figurent. L'AP-HP a donc mis en place en 2014 une opération exceptionnelle de fiabilisation de cette partie la plus ancienne des restes à recouvrer, afin de préparer au mieux la certification de ses comptes.

Mme Karine ISTIN explique que l'importance des restes à recouvrer justifie une intensification des plans d'actions. Les créances ne peuvent être recouvrées que si le processus de facturation en amont a été réalisé correctement, d'où une recherche d'efficience sur l'ensemble de la chaîne des recettes, de la pré-admission au recouvrement. Cela passe notamment par un relevé systématique de l'identité et des droits du patient de manière sécurisée avant même qu'il n'entre à l'hôpital, mais également par une saisie de l'ensemble des éléments à facturer le plus rapidement possible.

M^{me} Karine ISTIN insiste sur le rôle des unités de soins dans la chaîne de recouvrement. Ainsi, en sont attendus les actions et points d'attention suivants :

- la saisie des actes en temps réel, afin de faciliter l'encaissement des consultations à la sortie ;
- la mise en place, avec les bureaux des admissions, d'un circuit fiable de pré-admission afin de récupérer les droits du patient avant son entrée, et au plus tard, à sa sortie ;
- une vigilance s'agissant des patients non-résidents, ce qui suppose de prévenir les bureaux des admissions de toute admission en urgence de patient non-résident afin de sécuriser le financement, et hors urgence, de prévoir un paiement d'avance.

Le Dr Christophe TRIVALLE s'enquiert du montant exact des restes à recouvrer.

M^{me} **Karine ISTIN** répond qu'il s'élève, au 31 décembre 2014, à 737 892 955 euros.

Le P^f René ADAM demande si les 30 % supplémentaires facturés aux patients étrangers s'appliquent aux ressortissants de l'Union européenne. Il observe que ce prélèvement supplémentaire exclut de l'institution les patients en situation de précarité.

Le P^f ADAM évoque par ailleurs les cas de patients hospitalisés, notamment en chirurgie, qui subissent des complications augmentant considérablement la durée de leur séjour et le coût de l'hospitalisation pour les familles. La mise en place de forfaits en fonction de pathologies ou de

procédures, permettrait de garantir le recouvrement et d'éviter à des familles d'être ruinées en raison de complications postopératoires.

M^{me} Karine ISTIN explique que les 30 % ne s'appliquent pas aux patients européens. Pour les autres patients non-résidents, est laissée la possibilité, *via* une commission, de ne pas appliquer les 30 %, pour raisons humanitaires.

Une réflexion est effectivement engagée sur l'application de forfaits pour certaines pathologies dans certains services. Néanmoins, la règle générale restera la facturation au tarif journalier de la prestation. Il est en outre proposé, dans certains cas, de prévoir les complications dans les devis, quitte à rembourser les patients par la suite.

Le président considère qu'il conviendrait d'exiger des patients étrangers une assurance avant de les prendre en charge (hors des situations urgentes).

Le Pr Jean-Philippe WOLF revient sur la saisie des actes. Il suggère de mettre en relation les systèmes d'information utilisés dans les laboratoires avec le système GILDA (gestion informatisée locale du dossier administratif), ce qui permettrait un gain de temps de travail considérable et garantirait l'exhaustivité des saisies.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme que l'incrémentation des actes est prévue. Néanmoins, celle-ci prendra du temps. En matière de médecine reproductive par exemple, le nombre élevé d'interfaces à construire pour récupérer les actes peut poser des difficultés.

M. Guy BENOÎT rappelle que des mesures d'amélioration du recouvrement ont été présentées en mars 2013. Or il ne semble pas que la situation se soit nettement améliorée depuis. Il s'enquiert du prévisionnel des restes à recouvrer perdus pour les prochains exercices.

M. Jean-Luc BRENNER rappelle l'évolution à la baisse des restes à recouvrer illustrant les premiers progrès constatés puis explique qu'une prévision du volume des admissions en non-valeur sur les prochains exercices ne peut être réalisée car celles-ci dépendront du constat de non recouvrabilité de chaque créance qui résultera lui-même des poursuites en cours ou en voie d'être engagées selon un rythme qui ne saurait être uniforme. Il est possible que l'intensification des actions de recouvrement, visant à rattraper le retard dû au changement de système d'information, provoque mécaniquement une augmentation des constats de non recouvrabilité à l'avenir.

M^{me} Karine ISTIN ajoute que la mise en place de SAP a nui à la bonne visibilité de la chaîne de facturation, la privant de nombreux indicateurs de pilotage pour démontrer les améliorations.

Si des progrès ont été constatés suite aux actions menées en 2011-2012, il est clair que les actions doivent être intensifiées, d'où la signature d'une convention de services comptables et financiers. Celle-ci prévoit un panel d'actions complémentaires, parmi lesquelles l'acquisition d'un nouveau moteur de facturation et la modernisation des modalités de paiement.

Par ailleurs, le risque de non recouvrabilité des créances est provisionné dans le bilan, à hauteur de 163 M€. Cette provision devrait permettre de financer les admissions en non-valeur sur les prochains exercices.

Le président observe que les montants annoncés sont supérieurs au déficit annuel moyen de l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER s'enquiert de la situation des autres CHU. Il souligne par ailleurs que certaines consultations sont réalisées hors des horaires d'ouverture des caisses, ce qui présente un risque que les créances, si minimes soient-elles, ne soient pas recouvrées.

M. Jean-Luc BRENNER indique qu'un tableau de bord des principaux indicateurs de performance des différents acteurs de la chaîne de gestion des recettes leur est diffusé depuis fin 2014. Ces indicateurs permettront de comparer les résultats site par site et d'en tirer les enseignements utiles quant aux bonnes pratiques à généraliser tant du point de vue de l'organisation des services concernés que de leurs procédures. Le programme SIMPHONIE du ministère de la Santé vise également à tester ces bonnes pratiques de facturation et d'encaissement avant la sortie du patient dans des sites pilotes. Dans ce cadre, l'AP-HP va aussi expérimenter la prise d'empreinte de la carte bancaire du patient dès son entrée à l'hôpital (garantie de paiement). De même, le paiement par Internet, actuellement testé sur le site de Cochin, pourra être généralisé à l'ensemble des sites de l'AP-HP dès le mois de juin 2015 et sera le prélude au développement des téléprocédures en ligne, levier majeur d'amélioration de la chaîne des recettes à l'avenir (fiabilisation de l'identification du patient notamment).

Suite à une question du **D^r Isabelle NÈGRE** sur le montant provisionné par l'AP-HP pour les non-valeurs, **M^{me} Karine ISTIN** confirme que l'administration met tout en œuvre pour que ce montant soit le moins élevé possible. Cependant, il est certain que l'AP-HP ne pourra obtenir 100% de taux de recouvrement. L'exemple des autres GH démontre que au moins 5% de ces sommes ne sont jamais recouvrées.

Le président remercie les intervenants. Il souligne que chacun, à son niveau, a la possibilité de contribuer à diminuer les fuites d'argent dont il est fait état, extrêmement préjudiciables pour le budget de l'AP-HP et dont le montant est supérieur à notre déficit.

IV. Bilan des événements indésirables graves survenus en 2014 à l'AP-HP

Le président rappelle que l'un des axes majeur du plan relatif à la qualité et à la sécurité des soins est d'augmenter les déclarations d'événements indésirables graves (ÉIG), afin de les analyser pour en améliorer la prévention.

Le D^r Marie-Laure PIBAROT rappelle la définition des ÉIG devant faire l'objet d'un signalement au CORUSS (centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales). Il s'agit des événements inattendus au regard de la prise en charge du patient, dont les conséquences ont un caractère de gravité pour le patient : menace du pronostic vital, passage en réanimation, au bloc (gravité 4), séquelles graves ou décès (gravité 5).

Le nombre de signalements d'ÉIG a doublé entre 2013 et 2014, passant de 21 à 46. Le nombre des plaintes a également augmenté, mais de manière moins importante, passant de 6 à 9.

Le nombre de signalements varie selon les GH. Sept hôpitaux de court séjour (sur 23) et treize hôpitaux de soins de suite et de rééducation (SSR) / soins de longue durée (SLD) (sur 16) n'ont signalé aucun ÉIG.

Sur les 46 ÉIG signalés, 33 ont été associés à un décès du patient. Quatre catégories d'ÉIG regroupent environ 80 % des événements signalés : suicide, ÉIG liés à un médicament, ÉIG liés à la prise en charge et ÉIG liés à un acte chirurgical. Les ÉIG médicamenteux survenus en 2014 ont été présentés lors de la dernière CME.

Les suicides ou les accidents auto-provoqués (10 cas en 2014 contre 6 en 2013) sont survenus hors psychiatrie et, une fois sur deux, par défenestration. Suite aux analyses, trois recommandations sont formulées :

- vérifier et sécuriser les ouvrants, en particulier les fenêtres ;
- accéder aux données des hospitalisations précédentes ;
- travailler, pour les équipes de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et SSR/SLD, sur l'identification et la prévention du risque suicidaire du patient.

Est à noter la mise en place d'un groupe de travail de prévention du suicide de patients en MCO, et d'un groupe de travail « accompagnement des équipes en cas d'ÉIG ».

Quatre des 10 ÉIG « prise en charge diagnostique, traitement, surveillance » sont survenus aux urgences ou au SAMU et ont fait l'objet d'une analyse dans le cadre de groupes de travail sur les urgences. Les autres événements recensés sont des décès par débranchement de respirateur, par décanulation trachéale, par hémorragie post-trachéotomie et auto-extubation. Ces ÉIG font l'objet de mesures locales et de réflexions au sein des sociétés savantes, mais il n'y a pas de plan d'action au niveau institutionnel.

Deux des six EIG liés aux actes chirurgicaux sont liés à des départs de feu au bloc opératoire, dus à l'inflammation de la chlorhexidine alcoolique lors de l'utilisation du bistouri électrique. Un travail est en cours sur les bonnes pratiques de prévention et de gestion de ces départs de feu.

De manière générale, les analyses faisant suite aux ÉIG, de même que les actions d'amélioration ont souvent été menées à l'échelon local. Quelques actions sont mises en œuvre à l'échelon central, il est important de mieux les diffuser et de les évaluer.

Une enquête a été réalisée par le comité de coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS) central associant les GH et les sites, afin d'identifier à partir de la base OSIRIS, les événements indésirables associés aux soins (ÉIAS) de gravité 4 ou 5 qui auraient pu faire l'objet d'un signalement. Sur les 337 événements OSIRIS sélectionnés (0,6 % des OSIRIS enregistrés), 270 sont cotés en gravité 4 et 140 relèvent de l'activité médicale et de soins. Après analyse, 110 événements ont été retenus : 48 événements sont des chutes avec fractures et les 62 autres événements sont de nature diverse : décès inexplicables, arrêts cardio-respiratoires inattendus et non récupérés, complications opératoires et problèmes de matériel).

OSIRIS constitue bien un gisement potentiel d'ÉIG à signaler. Toutefois, l'information enregistrée ne permet pas de connaître le pourcentage d'ÉIG évitables et le nombre exact d'ÉIG qui devraient faire l'objet d'un signalement. Trois recommandations ont été formulées pour mieux utiliser OSIRIS pour l'identification et le signalement des ÉIG :

- fiabiliser la sélection des ÉIAS et la cotation de la gravité ;
- enregistrer tous les ÉIAS de gravité 4 ou 5 dans OSIRIS ;
- signaler au siège, même avec retard, les ÉIG enregistrés dans OSIRIS, et mieux informer les coordinateurs de la gestion des risques et le COVIRIS central sur ces sujets.

Trois axes de progrès sont identifiés :

- mieux communiquer sur l'utilité de ces signalements et analyses pour la sécurité des soins ;
- diffuser les enseignements et suivre les actions d'amélioration ;
- améliorer la qualité des analyses systémiques, dans des approches multidisciplinaires et en toute indépendance.

Le P^r Christian RICHARD se félicite des résultats très positifs obtenus grâce à cette mission partagée entre la CME et la DOMU, dont l'objet est de traiter des événements indésirables les plus graves, qui doivent être déclarés au niveau de l'ARS et du ministère. Il souligne que les GH et les services n'ont pas attendu une mobilisation centrale pour s'impliquer sur le sujet.

Finalement, quatre types d'accidents apparaissent majoritaires : les événements liés au médicament, les événements liés à la pratique médicale jusqu'ici analysés au niveau local, les suicides et les chutes, encore très fréquentes et dont les conséquences potentielles sont dramatiques.

Ce travail essentiel permettra d'améliorer la transparence et la qualité des soins délivrés à l'AP-HP. L'objectif est aujourd'hui atteint en termes de déclaration, mais ne l'est pas encore parfaitement en termes d'analyse.

Enfin, l'enquête menée souligne qu'OSIRIS offre la possibilité de recueillir des informations très intéressantes sur le plan médical.

Le président remercie les intervenants et ouvre les échanges.

Le Pr Jean-Philippe WOLF souligne qu'en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP), il est demandé de signaler les ÉIG à l'agence de la biomédecine. Le P^r Jean-Philippe WOLF demande s'il est possible de prévoir une procédure informatique intégrant les deux logiciels de signalement.

Le D^r Laurent TRÉLUYER répond par la négative, expliquant qu'il n'est pas possible d'intégrer le système d'information de l'AP-HP avec les systèmes fermés des multiples agences partenaires. Il espère néanmoins que les travaux menés actuellement par le ministère de la Santé aboutiront à une procédure plus fluide et plus simple pour les praticiens.

Le P^r Thierry BÉGUÉ observe qu'au-delà de l'AMP, de nombreux secteurs à risque doivent déclarer les ÉIG directement auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il souligne le caractère chronophage de la double déclaration.

Le D^r Laurent TRÉLUYER signale que la loi de santé publique prévoit de mettre en place un point d'entrée unique en matière de vigilance, au niveau des ARS. Il espère que cette réorganisation simplifiera les modalités de déclaration.

Le président considère qu'il est prioritaire de simplifier les procédures pour augmenter le nombre de signalements.

Le P^r Christian RICHARD rappelle que le rôle des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, présents dans la plupart des sites, est d'aider à ces déclarations multiples.

Le président observe que ces coordonnateurs sont généralement des médecins. Il trouve anormal de consacrer autant de temps médical à ces procédures administratives.

Le Dr Nicolas DANTCHEV présente brièvement le groupe de travail qu'il coordonne sur la prévention des suicides de patients en MCO, dont l'objectif est d'améliorer l'identification des patients à risque de suicide, notamment par des actions de formation. Le groupe a rédigé un rapport d'étape qu'il pourra prochainement présenter à la CME.

Le président propose que ce rapport soit présenté à la CME de septembre. Il remercie le D^r Marie-Laure PIBAROT et le P^r Christian RICHARD.

V. Avis sur la charte informatique

Le président annonce que la charte informatique sur laquelle l'avis de la CME est sollicité sera intégrée au règlement intérieur de l'AP-HP. Il salue le travail réalisé par le D^f Laurent TRÉLUYER, le P^f Michel ZÉRAH et le P^f Bernard GRANGER sur ce projet de charte.

Le D^f Laurent TRÉLUYER rappelle que la mise en place d'une charte informatique fait suite à une recommandation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et de la HAS. Ce document est en outre demandé par l'agence nationale de sécurité des systèmes d'information et par la Cour des comptes. Il remercie le P^f Michel ZÉRAH, le P^f Bernard GRANGER, la direction des affaires juridiques (DAJ), ainsi que le D^f Jacques LUCAS, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), pour leur contribution à ce projet de charte.

Le P^f Michel ZÉRAH présente la charte informatique. Celle-ci comporte neuf articles et trois annexes techniques.

Les articles 1 à 7 portent respectivement sur les points suivants :

- le périmètre de la charte, en soulignant les droits et les libertés reconnues aux utilisateurs du système d'information, en particulier la liberté d'expression, la liberté syndicale et la liberté académique ;
- les règles générales d'utilisation, contraintes par le respect des lois, des réglementations et de la déontologie ;
- la sécurité des équipements, précisant notamment les règles relatives à l'utilisation des équipements non fournis par l'AP-HP, à l'utilisation des supports amovibles, à la sauvegarde des informations professionnelles et à l'utilisation des moyens de télécommunication ;
- les droits d'accès, les mots de passe et les règles de confidentialité et de sécurisation des informations ;
- l'usage d'Internet, en rappelant qu'il est avant tout professionnel et en précisant les contraintes de sécurité à respecter en cas de connexion à l'extérieur de l'AP-HP ;
- les règles d'utilisation de la messagerie électronique, en rappelant que celle-ci est à usage professionnel avant tout ;
- la remontée des incidents par les utilisateurs.

L'article 8 a fait l'objet d'importants débats. Il traite de la traçabilité, des procédures de contrôle et des sanctions. Dans cet article, il est précisé que la réglementation permet à l'AP-HP, comme toute entreprise, de tracer et de contrôler les communications et l'usage de ses équipements, afin de :

- pouvoir fournir les preuves nécessaires en cas d'enquête ou de réquisition pénale ;
- contrôler le volume d'utilisation de la ressource et optimiser les réseaux ;
- vérifier l'application des règles de sécurité ;
- détecter toute défaillance ou anomalie de sécurité.

Dans cette perspective, seront systématiquement tracés :

- l'identifiant de l'utilisateur ;
- l'heure de connexion ;
- le système auquel il a accédé ;
- le type d'opération réalisée ;
- les modifications du système en résultant ;
- la durée de la connexion.

Ces données seront conservées pendant un an de façon non anonymisée, puis seront anonymisées l'année suivante.

L'AP-HP pourra en outre analyser :

- l'utilisation d'Internet, de la messagerie électronique et des téléphones et télécopieurs ;
- l'accès aux postes de travail ;
- les accès aux répertoires partagés.

Le contrôle de l'activité des utilisateurs ne s'effectuera qu'*a posteriori*, et uniquement si cela se révèle nécessaire. L'ensemble des données stockées, des messages électroniques et des SMS (*short messages service*) étant enregistré et tracé, il est indispensable de bien identifier la nature personnelle d'un message ou d'une donnée. Les éléments d'ordre privé ne figurant pas dans un dossier dédié seront considérés comme professionnels et donc accessibles sous certaines conditions. En cas de risque pénal, l'AP-HP pourra par ailleurs accéder aux données à caractère personnel de l'utilisateur.

En ce qui concerne l'accès aux données professionnelles, trois situations particulières ont été identifiées :

- l'accès aux données médicales d'un patient ne pourra s'effectuer qu'en présence du professionnel de santé dépositaire de l'information, ou d'un membre de la CME locale ou centrale ;
- l'accès aux informations relatives aux activités universitaires ne pourra s'effectuer qu'en présence du professionnel dépositaire de l'information ou d'un représentant nommé par le doyen ;
- l'accès aux informations liées aux activités syndicales ne pourra avoir lieu qu'avec l'accord écrit du professionnel, qui pourra se faire assister par un représentant du syndicat ou de l'instance en question.

Enfin l'article 9 de la charte porte sur son application. Sont listées les instances à informer et à consulter en amont de son adoption, dont la CME. La charte devra ensuite être adressée à l'ARS. Une fois la procédure achevée, elle sera publiée sur le site Internet de l'AP-HP et inscrite au règlement intérieur.

Le président remercie les intervenants et ouvre les discussions.

Le D^r Martine MARCHAND demande des précisions sur la durée de conservation des informations et traces informatiques stockées.

Le D^r Laurent TRÉLUYER explique que les traces informatiques mentionnées dans la charte ne correspondent qu'aux informations d'identification sur le serveur et de connexion. En matière de données médicales, les délais légaux de conservation sont respectés. Les données sont ainsi conservées pendant 20 ans après la dernière consultation ou hospitalisation, 10 ans après le décès et au moins jusqu'à l'âge de 28 ans pour les patients mineurs. Dans la pratique, ces données ne sont pas détruites.

Le P^r Bernard GRANGER indique avoir veillé à ce que la charte rappelle les libertés dont jouissent les utilisateurs du système informatique, à savoir la liberté d'expression, la liberté syndicale et la liberté académique. La liberté académique en particulier confère une liberté d'expression étendue et toute particulière aux universitaires. Le P^r Bernard GRANGER remercie l'administration actuelle d'avoir accepté de faire figurer cette mention dans la charte.

Le président rappelle que la loi impose des limites à la liberté d'expression.

Le D^f Christian GUY-COICHARD s'interroge sur la manière dont la charte garantit que personne ne puisse accéder aux données personnelles et sensibles conservées sur le matériel informatique des utilisateurs.

Le D^f Laurent TRÉLUYER précise qu'en cas de réquisition judiciaire, l'employeur est tenu de pouvoir accéder aux données et informations personnelles conservées sur le matériel professionnel qu'il met à disposition.

De manière générale, la charte est opposable à l'ensemble des collaborateurs de l'AP-HP, dont les personnels de la direction des systèmes d'information (DSI) qui peuvent disposer de droits d'administrateurs. En tout état de cause, ceux-ci n'accéderont pas aux données personnelles hors des réquisitions judiciaires. Le contraire serait considéré comme une faute grave. Le dispositif sera par ailleurs complété par un système de cryptage.

Le président considère que la meilleure manière de protéger des données personnelles confidentielles est de ne pas les stocker sur le matériel professionnel.

Le D^f Christian GUY-COICHARD juge insuffisantes les assurances apportées par le D^f Laurent TRÉLUYER. Il précise que les données sensibles qu'il mentionne correspondent notamment aux protocoles de recherche auxquels il participe et à certaines correspondances avec ses collègues.

Le P^f Michel ZÉRAH estime que la problématique est identique à celle des documents en format papier. En effet, rien ne peut certifier qu'un individu non autorisé n'entrera pas dans un bureau pour accéder aux documents sensibles qui y sont stockés.

Le D^f Laurent TRÉLUYER précise que la loi oblige l'AP-HP à conserver des droits d'administrateurs pour permettre l'accès aux données de l'utilisateur, notamment en cas de réquisition pénale. Ces droits sont réservés à quelques collaborateurs de la DSI.

M. Stefan NERAAL demande si les *smartphones* personnels synchronisés avec le serveur de messagerie électronique de l'AP-HP sont visés par la charte. Il observe que lors de la synchronisation, le serveur de l'AP-HP demande des droits sur le téléphone, notamment la possibilité d'y accéder ou d'en effacer les données à distance.

Le D^f Laurent TRÉLUYER explique que l'AP-HP doit s'assurer que les appareils personnels qui accèdent au système d'information ne sont pas susceptibles d'en mettre en cause la sécurité. Les collaborateurs de la DSI n'ont pas la possibilité d'accéder aux données en tant que telles, mais vérifient la présence des applications requises, en particulier des antivirus. Par ailleurs, le droit d'effacer les données à distance vise à protéger les données professionnelles, notamment les données médicales personnelles, en cas de perte de l'appareil.

Le P^f Jean-Claude ALVAREZ souligne qu'au titre des données professionnelles, figurent, outre les données médicales, un certain nombre de données judiciaires. Son laboratoire gère ainsi près de 1 200 réquisitions judiciaires, parfois très sensibles. Le fait que des collaborateurs de la DSI puissent y accéder lui semble problématique.

Le D^f Laurent TRÉLUYER explique que la charte n'autorise absolument pas les collaborateurs de la DSI à consulter les données professionnelles lorsqu'ils le souhaitent. La charte définit une procédure précise, établit les autorisations à obtenir et explicite les cas dans lesquels l'accès aux données peut être requis.

Le D^r Anne GERVAIS s'enquiert des accords spécifiques à obtenir auprès du patient pour l'échange de données médicales.

Le D^r Laurent TRÉLUYER convient qu'il existe un flou à ce sujet, la CNIL demandant d'obtenir « l'accord du patient », sans plus de précisions. Dans la pratique, il convient d'envoyer un e-mail au préalable au patient, sollicitant explicitement son accord pour échanger des données médicales.

Le D^r Anne GERVAIS souhaite connaître les raisons du choix d'un délai d'un an de conservation des données de connexion nominatives.

Le D^r Laurent TRÉLUYER explique que ce délai, accepté par la CNIL, doit permettre de répondre aux éventuelles réquisitions judiciaires intervenant l'année suivante.

Le président rappelle qu'en 2009, il était l'un de ceux qui ont fait rejeter le projet de charte par la CME. Même sans avoir participé au groupe de travail de cette année, il a donc suivi de près ses travaux et conclusions. Il se déclare satisfait de la charte présentée. Celle-ci est nettement plus claire et plus respectueuse des droits des utilisateurs et des règlements que la charte écrite en 2009.

La charte informatique est approuvée par la CME à l'unanimité moins une voix.

VI. Plan d'action AP-HP pour accompagner les internes en difficulté

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU explique que le drame du suicide concerne malheureusement les internes. Toutes causes confondues, deux décès d'internes sont en moyenne déplorés chaque année. Néanmoins, le nombre de suicides au cours de l'internat est difficile à préciser.

Deux périodes semblent particulièrement sensibles au cours de l'internat :

- la prise de fonction, lorsque l'interne passe d'un statut d'étudiant à un statut de responsabilité ;
- la fin de l'internat, lorsque l'interne doit réfléchir à son avenir professionnel.

Cette deuxième phase n'est pas comptabilisée dans les chiffres dont dispose le groupe de travail, mais doit préoccuper les équipes de la même manière. Les tentatives de suicide ne sont pas non plus comptabilisées.

Le groupe CME des internes a fait du suicide un thème majeur de réflexion. De nombreuses réunions de travail ont été organisées sur la question, associant notamment la sous-commission *Vie hospitalière*, la cellule centrale sur la prévention du suicide et le président de la CME. L'ARS a récemment engagé une réflexion sur ce thème, de même que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à l'échelle nationale.

La notion « d'interne en difficulté » recouvre des situations difficiles de diverses natures, qu'il s'agisse de difficultés psychologiques, médicales ou sociales. Il semble notamment que les situations de *burn-out* soient plus fréquentes chez les internes que dans les populations du même âge.

Le plan d'action est articulé autour des trois axes clés que sont le dépistage, la prévention et la communication.

Le dépistage commence dès le certificat d'aptitude, qui engage la responsabilité de son signataire et peut constituer une réelle opportunité de dépister les situations difficiles. La médecine du travail constitue un autre levier essentiel de dépistage, mais concerne à ce jour trop peu les internes. Le

plan d'action propose d'imposer aux internes une visite de la médecine du travail dès le premier semestre, assortie de la nécessité de faire tamponner un bordereau par le médecin du travail, à verser ensuite dans le dossier de l'interne. Le dépistage est l'affaire de tous. Au-delà des acteurs mentionnés, le chef de service, le doyen, le chef de clinique, les cadres de santé ou encore le co-interne doivent également être mobilisés.

S'agissant de la prévention, il est proposé qu'une fois la difficulté dépistée, l'information soit transmise sur la plate-forme centralisée d'appel de la sous-commission *Vie hospitalière*. Cette cellule traitera les demandes, en sollicitant l'appui des acteurs les mieux à même d'apporter une réponse, en fonction de la situation ; parmi ceux-ci l'aide d'un ancien chef de service exerçant sa mission dans le cadre d'un consultanat pourrait être précieuse. La plate-forme n'est pas exclusive, mais complémentaire des plates-formes existantes, notamment de la plate-forme SOS du syndicat des internes. Enfin, l'ensemble des informations concernant en particulier les tentatives de suicide sera transmis à la cellule centrale de prévention des suicides.

Une communication sera organisée à destination des internes d'une part, en s'appuyant sur le livret d'accueil, et des seniors d'autre part, qu'il s'agisse des chefs de clinique, des chefs de service, des coordonnateurs et ou des cadres de santé. À cet égard, un document spécifique sera rédigé, soulignant :

- l'importance de respecter le repos de sécurité ;
- le rôle du certificat d'aptitude dans le dépistage ;
- l'obligation d'une visite de la médecine du travail ;
- l'enjeu de dépister les difficultés lors des entretiens à mi-stage avec le chef de service et des rencontres avec les coordonnateurs.

Le président s'inquiète du respect du secret médical et sur la manière de garantir à l'interne en difficulté que les informations sur sa santé ne seront pas rendues accessibles sur la plate-forme proposée.

Le P^f Jean-Yves ARTIGOU précise que le CNOM a réagi positivement à la proposition de plate-forme des internes.

Le président maintient qu'il est problématique que les informations relatives à la santé des internes figurent sur des dossiers ouverts à tous. Il sollicite l'avis de la médecine du travail sur ce sujet.

Le D^f Fabienne LECIEUX partage les propos du président. Elle souligne l'importance qu'un suivi des internes soit réalisé par le médecin du travail, de manière à garantir le secret médical.

Le président rappelle que le médecin du travail n'a pas accès à l'intégralité du dossier du salarié. Le médecin traitant du salarié, garant intégral du secret médical, ne peut communiquer avec le médecin du travail que si le salarié a donné son accord.

Le D^f Fabienne LECIEUX considère que le médecin du travail a tout intérêt à disposer de l'ensemble des éléments médicaux de l'agent, à inciter l'agent à se confier, de manière à formuler un avis d'aptitude tenant compte des problèmes de santé. Le médecin du travail est soumis au secret médical.

Le président demande un strict respect du secret médical.

Le Dr Nicolas DANTCHEV indique que la sous-commission *Vie hospitalière* est attachée au respect absolu du secret médical. Ainsi, elle reçoit les informations des chefs de service ou des coordonnateurs, mais ne leur délivre aucune information sur l'interna concerné.

Il ajoute que lors de la dernière sous-commission, a été évoquée la possibilité de mettre en place un système dans lequel un ou deux médecins du travail seraient dédiés aux internes, pour personnaliser davantage la relation.

Le président doute qu'une telle solution puisse être aisément mise en œuvre.

Le D^r Fabienne LECIEUX évoque la pénurie de médecins du travail, mais estime qu'une telle solution peut être mise en place. Elle propose sa candidature, en tant que praticien hospitalier en médecine du travail, pour assurer la fonction de médecin du travail dédié aux internes mais, dans ce cas, ne pourra plus assumer la fonction de coordonnateur.

Le P^r Béatrice CRICKX explique que les facultés ont la possibilité de repérer aisément les étudiants de deuxième cycle en difficulté. La question est celle de leur suivi et de leur accompagnement au moment où ils prennent leur fonction d'interna.

Le P^r SCHLEMMER souligne l'importance que ce sujet difficile soit partagé par un ensemble d'acteurs, responsables hospitaliers, administration du CHU, mais également facultés et ARS.

Outre le dépistage et le signalement, l'une des difficultés tient au fait que les internes, comme tous les médecins, refusent ou négligent les diagnostics, surtout lorsqu'ils relèvent de la psychiatrie, ce qui complique la prise en charge.

Au-delà de l'aide médicale qui peut être apportée aux internes en difficulté, il existe un enjeu de réorientation de certains internes, qui apprennent un métier alors même que parfois, leur état fait douter de leur aptitude à l'exercer. Or d'après les textes, si la réorientation est relativement aisée en début d'internat, elle pose d'importants problèmes en fin d'internat. De manière générale, le silence de la réglementation à l'égard de l'aptitude à exercer est très problématique.

Le P^r Benoît SCHLEMMER demande s'il existe des données sur la proportion d'internes concernés par ces difficultés par rapport à la population générale.

M. Stefan NERAAL indique que 32 % d'internes de médecine générale auraient subi un *burn-out* durant leur DES. Par ailleurs, en 2014, avec 5 suicides déplorés, le taux de suicide des internes était de 100 pour 100 000, alors qu'il s'élève à 12 pour 100 000 pour cette tranche d'âge dans la population générale.

Le P^r Jacques DURANTEAU observe que la problématique soulevée par le P^r Benoît SCHLEMMER dépasse celle des internes, mais concerne l'ensemble des PH et PU-PH. Chacun peut avoir à l'esprit des cas de médecins dont il a pu être constaté que leur capacité à exercer était limitée, mais qu'il n'a pas été possible d'arrêter. Cette question extrêmement grave dépasse largement le cadre de la médecine du travail.

M. Jules GREGORY indique que la plate-forme SOS du Syndicat des internes est joignable en permanence et travaille avec des médecins du travail et des services partenaires de psychiatrie qui réalisent des consultations anonymes. Depuis trois semaines, la plate-forme a été sollicitée tous les jours pour des problèmes variés de souffrance morale.

Comme le P^r Jean-Yves ARTIGOU, **M. Jules GREGORY** relève deux pics de fragilité au cours de l'internat. Le premier intervient en début d'internat, lors de la phase d'adaptation. Il concerne avant

tout des internes non parisiens à l'origine, qui se trouvent désemparés faute de repères et de liens humains. Le second pic intervient en fin d'internat, une période particulièrement anxiogène car l'interne doit penser son avenir professionnel.

S'agissant du secret médical, la préoccupation de voir sa situation exposée dans son dossier peut expliquer qu'un interne contactera préférentiellement son syndicat lorsqu'il est en difficulté. Sur le plan de l'accompagnement médical, la santé mentale chez les internes semble encore taboue et les pathologies mentales des internes sont sous-traitées.

Personne ne dispose de chiffres exacts sur les suicides d'internes. Néanmoins, les données collectées de manière empirique par le syndicat soulignent bien l'ampleur du problème. Les syndicats d'internes demandent la mise en place d'un plan efficace pour identifier le malaise global qui existe chez les internes.

Le président rappelle que les causes de la mort sont couvertes par le secret médical.

M. Stefan NERAAL indique que le syndicat des internes en médecine générale reçoit également plusieurs fois par semaine des appels d'internes en difficulté. Le syndicat les oriente vers un système de médecine de ville. Outre les pathologies psychiatriques, les principaux facteurs de souffrance des internes en médecine générale tiennent au non-respect des temps de travail, au mépris émanant parfois d'autres spécialistes, voire au harcèlement moral dans de très rares cas.

Le P^f Bernard GRANGER s'inquiète de la pénurie de médecins du travail à l'AP-HP, alors qu'est envisagé de renforcer de leur rôle dans le dépistage des internes en difficulté. Il rappelle le rôle que tiennent également les co-internes, qui sont souvent les premiers confidents en cas de difficulté, et celui des chefs de service, qui par des mesures d'écoute et d'allègement des tâches, peuvent désamorcer des situations de souffrance. Il est par ailleurs essentiel que toute personne en difficulté au sein de l'AP-HP puisse s'adresser à un professionnel exerçant en dehors de l'Institution. Il évoque à ce titre l'idée d'un système de médecins ressources vers lesquels orienter les professionnels qui le souhaitent.

Le P^f Bernard GRANGER souligne l'importance de prévoir un accompagnement dans le reclassement professionnel des étudiants, internes ou médecins qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent pas ou plus exercer.

Enfin, observant que les cas de dépression voire de suicide font souvent suite à une situation d'épuisement professionnel, il insiste sur la nécessité de mieux communiquer sur les symptômes du *burn-out* et sur les moyens de le prévenir.

Le P^f Jean-Luc DUMAS rappelle que les internes dépendent de l'appareil universitaire. Il invite à associer les organismes de santé étudiante à la réflexion. Afin de préserver une certaine confidentialité, les internes en difficulté, étudiants en 3^e cycle, pourraient, avec l'appui des doyens, être pris en charge par les dispositifs relevant des consultations médicales dédiées aux étudiants.

Le président souligne que l'AP-HP, en tant qu'employeur légal des internes, reste l'institution responsable de leur santé au travail. Il estime important de s'en tenir aux règles du droit quant aux obligations de l'employeur.

VII. Bilan de la radioprotection des personnels à l'AP-HP

Le président rappelle qu'il faut distinguer la radioprotection des personnels, notamment des médecins, et la radioprotection des patients. La radioprotection des personnels dépend de la

médecine du travail et est coordonnée par le D^r Denis-Jean GAMBINI du service central de santé au travail. La radioprotection des patients dépend de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est depuis peu coordonnée à l'AP-HP par le P^r Hubert DUCOU LE POINTE, radiologue à l'hôpital Trousseau, qui présentera ce sujet lors d'une prochaine CME.

L'exposé de ce jour porte uniquement sur la radioprotection des personnels. Le président cède la parole au D^r Denis-Jean GAMBINI, qui est accompagné par le D^r Louis LEBRUN, représentant la direction de l'inspection et de l'audit (DIA).

Le D^r Denis-Jean GAMBINI présente les sources de rayonnements ionisants à l'AP-HP. Celles-ci regroupent le parc radiologique (790 générateurs en 2013 dont une fraction mobile du parc de 45 % environ), les accélérateurs et sources scellées de la radiothérapie et les sources non scellées utilisées en médecine nucléaire.

Près de 8 000 personnels de l'AP-HP sont professionnellement exposés aux rayonnements ionisants, soit 7,5 % des effectifs. En 2013, 6 % de ces personnels étaient classés dans la catégorie A, la plus exposée, contre 29 % en 2002.

L'exposition des personnels est en premier lieu surveillée par une dosimétrie passive. Une sous-estimation de l'exposition des personnels en radiologie interventionnelle, cardio-vasculaire et au bloc opératoire (4 000 personnes) est néanmoins soupçonnée. Cette sous-estimation peut expliquer les excellentes performances de l'AP-HP, où les doses moyennes mesurées par personne surveillée sont moitié moindres que la moyenne nationale. La surveillance par dosimétrie opérationnelle, obligatoire en zone contrôlée, est en amélioration, le nombre de personnes équipées de dosimètres progressant régulièrement. Enfin, la surveillance par dosimétrie des extrémités fait état de résultats largement inférieurs à la limite de dose annuelle.

L'utilisation des sources non scellées, en médecine nucléaire, rend possible une exposition interne. En 2013, 0,3 % des analyses réalisées révèlent une contamination interne. Les expositions correspondantes sont en général tout à fait négligeables.

Les tubes radiogènes mobiles (45 % du parc) sont généralement utilisés en poste fixe, dans des salles qui n'ont pas été conçues pour accueillir ce type de matériel. Aujourd'hui, la réglementation impose un contrôle à la périphérie de la salle, obligation à laquelle satisfait à ce jour 63,2 % du parc mobile. Par ailleurs, les contrôles internes et externes obligatoires ne révèlent pas d'anomalie majeure.

Néanmoins, le temps consacré à la radioprotection par les personnes concernées (employeur, personnes compétentes en radioprotection, médecin du travail...) semble insuffisant. De même, le taux de formation triennale obligatoire à la radioprotection des personnels, de 43 %, n'est absolument pas satisfaisant. Or l'offre de formation existe.

L'AP-HP bénéficie de l'intérêt soutenu de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN), qui réalise une vingtaine d'inspections annuelles. Celles-ci donnent lieu à des demandes d'actions de correction, telles que l'amélioration du zonage, de l'évaluation des risques et de l'évaluation prévisionnelle de dose, ainsi que la formation du personnel.

Le D^r Louis LEBRUN présente les résultats d'un audit réalisé fin 2014 sur la totalité des GH et hôpitaux utilisant des rayonnements ionisants. Cet audit visait plus particulièrement à étudier les organisations mises en place en matière de radioprotection, à préciser les missions des personnes compétentes en radioprotection (PCR), et à recommander des axes généraux d'amélioration du dispositif.

L'audit a permis notamment de constater l'absence d'un interlocuteur unique clairement identifié au Siège sur la radioprotection, ainsi qu'une hétérogénéité des acteurs en charge de ces questions au sein des différents GH, pouvant expliquer les difficultés de coordination observées. Les effectifs de PCR sont par ailleurs très contrastés entre GH. Certains sites rencontrent des difficultés à recruter des PCR ou à les fidéliser.

La médecine du travail ne peut pas toujours jouer son rôle en matière de radioprotection, en raison d'un manque d'effectifs et d'une absence de convocation des médecins, mais également du refus de certains médecins de répondre aux convocations de la médecine du travail. Par ailleurs les personnels concernés, notamment au bloc opératoire, ne portent pas toujours leur dosimètre. Si les instances des personnels non médicaux sont mobilisées sur le sujet, cela ne semble pas être le cas des CMEL.

Parmi les recommandations, il est essentiel qu'un correspondant de la radioprotection soit clairement identifié au Siège, afin d'améliorer la coordination à l'échelon de l'AP-HP. Par ailleurs, il convient d'organiser des échanges réguliers sur le sujet au sein des GH. La DIA invite en outre les conseils de bloc à se saisir du sujet de l'accessibilité, de la maniabilité et de l'utilisation des dosimètres.

Il convient par ailleurs d'améliorer la gestion des équipements de protection, en adaptant la politique d'achats, mais également de poursuivre la réflexion sur les PCR, qui doivent pouvoir réaliser des études de postes plus individualisées, correspondant aux réalités de terrain.

Enfin, il est préconisé d'améliorer le suivi médical des personnels exposés et de renforcer la participation des médecins aux formations. Le développement de l'information des instances, dont la CME, assurera un meilleur traitement de ce dossier à l'échelle de l'AP-HP.

Le président remercie les intervenants et souhaite qu'il trouve un écho auprès des personnels concernés, radiologues et chirurgiens en particulier.

Le Pr Paul LEGMANN observe que si dans le secteur de la radiologie, la formation à la radioprotection est suivie par les personnels, c'est moins le cas dans les secteurs de la cardiologie interventionnelle, de la réanimation et au bloc opératoire. En particulier, la réanimation néonatale et la chirurgie orthopédique seraient à privilégier en matière de formation, dans la mesure où les praticiens n'ont pas tous conscience de l'irradiation que représente la multiplication des radiographies et des clichés de contrôle qu'ils sont amenés à réaliser, et du risque que cela représente pour les personnels et les patients.

Le président partage cette analyse et insiste sur la formation et la sensibilisation. Il rappelle que la radioprotection des patients sera traitée lors d'une prochaine séance.

Le D^r Denis-Jean GAMBINI explique que la formation à la radioprotection des patients, que les praticiens sont généralement plus prompts à suivre que les formations portant sur leur propre protection, peut constituer une clé d'entrée pour sensibiliser à la radioprotection des personnels. Ces formations comportent en effet un module dédié à la radioprotection professionnelle. La prochaine session de formation se tiendra le 23 mai.

Le président interroge successivement les représentants des chirurgiens et des médecins sur la mise en place de la radioprotection dans leurs spécialités respectives.

Le Pr Fabien KOSKAS explique que la formation à la radioprotection constitue une obligation statutaire dans la plupart des disciplines chirurgicales.

Le P^r Thierry BÉGUÉ, pour les chirurgiens orthopédistes, indique que si de nombreux chirurgiens suivent les formations, la mise en pratique dans les blocs opératoires est souvent compliquée, en ce qu'elle nécessite des équipements adaptés aux interventions longues. Elle est néanmoins d'autant plus importante que le mini-invasif qui tend à se développer impose encore plus d'irradiation que ce n'était le cas auparavant. En tout état de cause, la radioprotection entre progressivement dans la culture de la spécialité.

Le P^r Michel ZÉRAH, pour les neurochirurgiens, reconnaît que le cursus de sa spécialité ne comprend pas de module de formation spécifique à la radioprotection.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU, pour les cardiologues, ne s'estime pas compétent pour témoigner sur ce sujet au nom de sa spécialité. Un échange est nécessaire entre le D^r GAMBINI et la collègiale de cardiologie.

Le président l'invite à interroger la collègiale qu'il préside pour avoir une vision claire de la situation.

Le D^r Denis-Jean GAMBINI signale qu'il rencontrera la collègiale de pédiatrie en juin, mais que certaines collègiales restent difficiles à approcher.

Le président engage les collègiales, et notamment le président de la collègiale de cardiologie, à organiser une rencontre avec le D^r Denis-Jean GAMBINI.

Le Dr Christophe TRIVALLE, pour les gériatres, fait état d'un besoin de formation dans la gestion des déchets, en particulier des scintigraphies. Les procédures en place semblent insuffisantes pour gérer ces déchets radioactifs.

Le D^r Denis-Jean GAMBINI l'invite à prendre contact avec le service de médecine nucléaire, qui a l'obligation de donner des instructions claires et précises pour la gestion de ces déchets.

Le D^r Martine MARCHAND rappelle que les biologistes sont également concernés par la radioprotection. Celle-ci semble bien organisée dans les laboratoires.

Le président s'enquiert de l'utilisation de radio-isotopes en laboratoires.

Le D^r Denis-Jean GAMBINI explique que les dosages sont de plus en plus fréquemment réalisés par immunofluorescence. Néanmoins, l'AP-HP continue à utiliser les radio-isotopes pour développer de nouvelles méthodes. La formation des personnels sur le terrain est satisfaisante et les expositions sont inférieures à la moyenne nationale.

VIII. Approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015

L'approbation du compte rendu de la réunion du 10 mars 2015 est reportée à la prochaine séance.

La séance est levée à 12 heures.

* *
*
*
*

Une commission médicale d'établissement exceptionnelle est fixée au :

mardi 26 mai 2015 à 8 heures 30