

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

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

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 9 JUIN 2015**

SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président de la CME	6
II.	Avis sur la convention de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris	6
III.	Motion de la CME sur le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)	8
IV.	Exécution budgétaire au 31 décembre 2014	10
V.	Plan d'équipement 2015-2017 et avis sur le programme d'investissement concernant les équipements médicaux	13
VI.	Recensement et bilan financier des contrats établis par les GH avec des médecins ou maïeuticiens libéraux	16
VII.	Nouveau statut des sages-femmes hospitalières	19
VIII.	Indicateurs de prévention des risques associés aux soins et plan d'action pour préserver l'efficacité des antibiotiques	19
IX.	Point sur l'avancement du système d'information (SI) Patient	21
X.	Questions diverses	24
XI.	Approbation du compte rendu de la réunion du 13 janvier 2015.	29

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1. Informations émanant du président de la CME (P^r Loïc CAPRON)
2. Avis sur la convention de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris (M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale de l'AP-HP, représentée par M. Didier HOTTE)
3. Motion de la CME sur le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) (P^{rs} Philippe RUSZNIEWSKI et Marc DELPECH)
4. Exécution budgétaire au 31 décembre 2014 (M^{me} Carine CHEVRIER)
5. Plan d'équipement 2015-2017 et avis sur le programme d'investissement concernant les équipements médicaux (M. Didier LE STUM, P^r Catherine BOILEAU)
6. Recensement et bilan financier des contrats établis par les GH avec des médecins ou maïeuticiens libéraux (M^{me} Christine WELTY)
7. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières (M^{me} Grazia BRISSET) [sous réserve]
8. Indicateurs de prévention des risques associés aux soins (D^r Sandra FOURNIER) et plan d'action pour préserver l'efficacité des antibiotiques (P^r Daniel VITTECOQ)
9. Point sur l'avancement du système d'information (SI) *Patient* (D^r Laurent TRELUYER)
10. Questions diverses
11. Approbation du compte rendu de la réunion du 13 janvier 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le P^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} Magalie DELAHAYE
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^r Marc DELPECH
- M. le P^r François DESGRANDCHAMPS
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOFF
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le P^r Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. Valentin JOSTE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le P^r Guy LEVERGER
- M. Louis MAFFI BERTHIER
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. Stefan NERAAL
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZERAH

• ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P^f Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot, président de la conférence des doyens d'Île-de-France ;
- M. le P^f Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- M. le P^f Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. Yann FLECHER, représentant du comité technique d'établissement central
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P^f Bruno RIOU, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, secrétariat général
- M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
- M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
- M^{me} Gwenn PICHON NAUDE, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

• ***Représentante de l'ARSIF :***

- M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

• ***Membres excusés :***

- M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{fs} Jean-Claude ALVAREZ, Ghislaine BRÉFORT, Jean-Claude CAREL, Rémy COUDERC, Martin HOUSSET, Noël GARABEDIAN, Isabelle NEGRE, Gérard REACH
- M^{mes} Anne-Sophie BOURREL, Corinne GUÉRIN, Amélie VERDIER, MM. Louis MAFFI-BERTHIER

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

I. Informations émanant du président de la CME

Le P^r Philippe ARNAUD rend hommage à M^{me} Emmanuelle PAPY, praticien hospitalier de pharmacie à Bichat-Claude-Bernard, décédée le 28 février à l'âge de 41 ans.

Les membres de la CME observent un instant de recueillement.

Le président souhaite la bienvenue au P^r Bruno RIOU qui a été élu doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie CURIE le 12 février en remplacement du P^r Serge UZAN. Le président remercie le P^r Bruno CARBONNE, gynécologue obstétricien à Trousseau, pour son implication dans les travaux de la CME et au service de l'ensemble de la communauté médicale. Il assiste à sa dernière CME avant de quitter l'AP-HP et sera remplacé par le P^r Fabien KOSKAS, chirurgien vasculaire à la Pitié-Salpêtrière.

Le P^r Bruno CARBONNE explique qu'il quitte l'AP-HP pour prendre des fonctions dans un autre établissement. À cette occasion, il souhaite rendre hommage à ce que lui a apporté l'AP-HP tout au long de sa carrière, depuis sa formation jusqu'à son implication dans les instances.

Le président informe que M^{me} Laura LECHIEN, représentant les internes en odontologie à la CME, a démissionné et sera remplacée par M. Louis MAFFI-BERTHIER. Il déplore que l'administration n'ait toujours pas pourvu le poste de représentant des étudiants en maïeutique.

Il indique que le directeur général devra quitter la séance après les deux premiers points de l'ordre du jour.

II. Avis sur la convention de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris

Le directeur général précise que le projet de convention de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris requiert un vote de la CME avant d'être porté à l'ordre du jour du conseil de surveillance et à celui de la prochaine séance du Conseil de Paris.

L'AP-HP est à l'initiative du projet de convention qui vise à structurer les relations entre les deux partenaires, en posant le cadre de la discussion et affirmant les priorités poursuivies pour la durée du plan stratégique.

Quatre grands projets sont définis pour les cinq années à venir. Ils concernent : l'accès aux soins et les parcours de soins ; la valorisation du patrimoine foncier et les opérations liées à l'évolution des sites hospitaliers ; l'accueil et l'éveil des enfants parisiens en crèches ; l'action sociale et les ressources humaines.

Concernant l'accès aux soins et les parcours de santé, la convention invite à améliorer la coordination avec les centres de santé, à un rapprochement entre les services sociaux de l'AP-HP et les services sociaux de la Ville de Paris, notamment en matière de PMI et de parcours naissance, par exemple.

Le partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris vise à amplifier l'accueil des familles parisiennes dans les crèches de l'AP-HP. L'objectif poursuivi est que les crèches de l'AP-HP soient conventionnées avec les Caisses d'allocations familiales (CAF) afin que l'AP-HP ne soit plus privée de deux sources de financement importantes. Premièrement, le conventionnement permettra aux

crèches de l'AP-HP de disposer d'une subvention de fonctionnement de l'ordre de 15 M€, à comparer à l'effort d'efficience de 150 M€, c'est-à-dire que 10 % d'efficience serait réalisé par l'octroi d'une recette supplémentaire dont l'AP-HP était privée jusqu'alors. Deuxièmement, des subventions d'investissement seraient reçues pour permettre la mise aux normes d'un certain nombre de crèches. Le conventionnement impose des changements de tarification. Par ailleurs, sur quelques fonciers de l'AP-HP identifiés comme pouvant être disponibles, la convention ouvre la possibilité que la ville de Paris ouvre des crèches supplémentaires aux frais de la municipalité, tant en fonctionnement qu'en investissement et dont les parisiens et les personnels de l'AP-HP pourraient bénéficier.

Il est proposé que les opérations de restructuration hospitalière s'appuient sur un mode opératoire transparent entre l'AP-HP et la ville de Paris, dans le respect des intérêts des deux parties. Ainsi, dans certains arrondissements, l'AP-HP pourrait librement opérer des cessions sans avoir besoin d'une pré-réservation de logements sociaux. Dans d'autres arrondissements plus sensibles, en revanche, l'AP-HP devrait fournir un effort.

Ces dispositions ont fait l'objet d'un avis négatif des organisations syndicales en comité technique d'établissement central (CTEC) car les représentants du personnel émettent la crainte que cette convention soit trop favorable à la Ville de Paris. En revanche, la convention devrait faire l'objet d'un vote favorable assez large au Conseil de Paris. Pour sa part, le directeur général estime que cette convention est bénéfique à l'AP-HP car elle permettra d'accélérer les transformations.

Le président remercie le directeur général pour cette présentation, puis ouvre le débat.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souhaiterait que la direction générale explicite plus précisément les tractations en cours sur la cession de Saint-Vincent-de-Paul. Il a entendu dire qu'une partie de ce terrain de 3 hectares pourrait être cédée à la fondation CARTIER. Il ne souhaite pas que cette convention conduise à priver l'AP-HP de la richesse de ses terrains. Alors que des fonds sont nécessaires pour financer l'hôpital Nord, le P^r Stanislas CHAUSSADE ne souhaite pas que le plan local d'urbanisme (PLU) soit modifié et que la conséquence en soit une perte de valeur des terrains. Il note également que certains terrains visés par la loi DUFLOT ont été rachetés pour un euro symbolique pour y construire des logements sociaux. Ses propos ne signifient pas qu'il s'oppose à la construction de logements sociaux, mais une autre politique doit être possible notamment au bénéfice des personnels qui peinent à trouver un logement en Île-de-France.

Le directeur général affirme que la direction générale de l'AP-HP ne souhaite nullement brader son foncier. Concernant l'opération touchant Saint-Vincent-de-Paul, la transparence ne sera affichée que lorsque le dossier aura été visé par le conseil de surveillance, probablement au mois de juin. Un accord a été trouvé sur le prix, auquel sera saisi France Domaine. Ce prix n'est pas encore rendu public mais le directeur général peut d'ores et déjà dire qu'il est nettement supérieur aux propositions faites par la ville de Paris, il y a un an et préserve pleinement les intérêts de l'AP-HP. Le directeur général ajoute que l'AP-HP ne cède jamais ses terrains pour un euro symbolique sauf lors des opérations de partenariat, par exemple pour la pépinière d'entreprises médicales de Cochin.

Le D^r Alain FAYE se félicite de la démarche qui consiste à nouer un partenariat plus loyal avec la Ville de Paris. En tant que membre du conseil de surveillance, il sera particulièrement attentif à ces transactions. Le D^r Alain FAYE souhaite également évoquer la question du partenariat international. À plusieurs reprises, la CME a rappelé qu'il pouvait y avoir échange de bons procédés entre le rayonnement de la ville de Paris et l'institution. Il sollicite des précisions sur ce volet de l'accord-cadre.

Le directeur général, confirme que la volonté de la direction générale est que les relations internationales de Paris soient l'occasion de valoriser les partenariats avec les grands hôpitaux universitaires des autres grandes villes du monde. Ce volet du projet doit permettre d'accélérer les procédures et d'avancer de manière plus économe.

Le président remarque que plus de la moitié des sites de l'AP-HP, CHU d'Île-de-France, se trouvent hors les murs de Paris. Les liens de l'AP-HP avec la Ville de Paris ne sont donc pas exclusifs : la Ville de Paris ne couvre pas tout le territoire de l'AP-HP et l'AP-HP n'est pas limitée à la ville de Paris. Il propose donc un addendum à la convention précisant que : « *La présente convention avec la municipalité ne concerne que les hôpitaux, bâtiments et terrains de l'AP-HP situés dans l'enceinte de Paris* ». Cette précision peut sembler aller de soi comme, avait-il été dit, allait de soi l'exclusivité des coopérations entre le Service de santé des armées (SSA) et l'AP-HP dans l'accord-cadre signé en octobre, qui s'est pourtant révélée inexacte. Ce précédent démontre que ce qui va de soi doit être écrit.

La convention entre l'AP-HP et la Ville de Paris amendée de l'addendum est approuvée à l'unanimité des membres présents.

III. Motion de la CME sur le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)

Le président rappelle que la CME du 10 février 2015 a demandé à la sous-commission *Recherche et Université* de préparer une motion pour défendre le PHRC.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle qu'une pétition nationale a été lancée pour soutenir le PHRC car l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) envisage de fondre le PHRC dans un guichet unique, ce qui constituerait, aux yeux de beaucoup, une menace sur la pérennité du PHRC. Cette orientation pourrait conduire à perdre les financements d'Etat destinés à la recherche clinique. La pétition nationale a rassemblé 1 600 signatures à ce jour. Il apparaît aujourd'hui souhaitable que la CME exprime clairement, par une motion, son soutien au PHRC. Soutenir le PHRC ne revient pas à signer un chèque en blanc. Sans nul doute le PHRC n'est pas parfait. Certains collègues émettent des réserves sur plusieurs points du programme, notamment sur les modalités de sélection des projets, sur la composition des jurys, sur la distinction entre la recherche clinique et la recherche fondamentale. Toutes ces critiques peuvent être entendues et peuvent être traitées. Selon le P^r RUSZNIEWSKI, le PHRC est améliorable mais il constitue aussi un levier absolument indispensable au maintien d'une recherche clinique de qualité. Beaucoup de travaux de très grande qualité publiés dans des journaux de très haut niveau ont été menés grâce au PHRC. D'ailleurs un article du *Lancet* loue l'initiative française qui permet de produire des publications de très bon niveau. Les travaux de la sous-commission conduisent à proposer au vote la motion suivante : « *Le rapport de l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) préoccupe la CME car il vise à rassembler dans un guichet unique la soumission des appels d'offres pour la recherche de santé. L'agence nationale de la recherche (ANR) évaluerait tous les programmes soumis et les instituts thématiques multi-organismes (ITMO) d'AVIESAN définirait les axes prioritaires de recherche ; ce qui conduirait sinon à la disparition du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), du moins à sa dilution dans l'ensemble de la recherche en santé. Au-delà de ses imperfections, le PHRC a permis une forte implication des cliniciens dans la recherche clinique et la publication de très nombreux travaux de niveau international. Au moment où des sacrifices financiers importants sont demandés aux hôpitaux, le PHRC constitue un enjeu et une motivation essentiels pour les cliniciens chercheurs. Prête à soutenir les adaptations nécessaires (coordination avec la recherche fondamentale, contenu et*

modalités d'évaluation des projets), la CME de l'AP-HP demande le maintien d'un PHRC individualisé. »

Le président rappelle que, suite à la CME du 10 février, le directeur général a écrit à la ministre en charge de la Santé pour relayer les inquiétudes de la communauté médicale de l'AP-HP.

Le directeur général confirme que la ministre a été saisie de cette question suite à la dernière réunion de la CME. La ministre de la Santé a rappelé qu'une mission a été confiée au P^F Yves LEVY, directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Ce courrier dit également ceci : « *Je confirme de la manière la plus nette que, dans cette proposition, le ministère chargé de la Santé conserve intégralement son rôle de décision des financements et des orientations du PHRC dont le succès nous conduit à vouloir le conforter et le développer. De même, une relation scientifique indépendante des projets continuera de relever d'un jury sélectionné pour son expertise en recherche clinique. Par ailleurs, il n'est pas prévu que les autres appels à projets financés sur les crédits de l'assurance-maladie d'apparition plus récente, notamment en matière de recherche médico-économique, de performance, de soins infirmiers, rejoignent le portail unique. La campagne des projets 2015 a été lancée et se déroulera suivant les modalités habituelles* ». De cette réponse, le directeur général en déduit que le portail unique sera utilisé dans un souci de simplification. Les financements de l'assurance-maladie seront maintenus sous le contrôle du ministère chargé de la Santé. De même, des jurys indépendants, autonomes et spécifiques seront conservés sur les appels à projet PHRC pour la recherche clinique.

Le président constate que la motion de la CME s'apparente donc à une motion de soutien à la ministre.

Le directeur général ajoute que le courrier du ministère pourra être diffusé aux membres de la CME.

Le P^F Vincent JARLIER s'interroge sur le bénéfice que peut apporter la mise en place d'un portail unique si l'appel à projets, le financement et le jury pour la recherche clinique restent spécifiques. Il estime que le fait d'avoir confié la mission d'enquête à M. LEVY ne pouvait pas aboutir à autre chose qu'une proposition de refonte dans AVIESAN.

Le président ajoute que le risque est que les moyens alloués spécifiquement à la recherche clinique soient asséchés au profit de la recherche fondamentale. De nombreuses publications de médecins de l'AP-HP dans les revues de plus haut niveau mondial, comme le *Lancet* ou le *New England Journal of Medicine*, attestent des progrès permis par le PHRC en vingt ans. La motion de la CME apportera un soutien à la pétition lancée sur internet, qui a recueilli à ce jour 1 600 signatures.

Le directeur général rappelle que, depuis que le PHRC existe, il a été observé des volontés de le réintégrer dans le « droit commun ». Ces pressions démontrent qu'il existe une faiblesse de la représentation de l'hôpital universitaire dans AVIESAN. L'alliance est cependant aujourd'hui une réalité et vise à ce que les porteurs de la recherche biomédicale puissent mieux coordonner leurs efforts. Il faut par ailleurs noter que l'AP-HP représente la moitié de la production de recherche clinique de l'hôpital universitaire en France mais est très marginalement représentée dans AVIESAN. Le directeur général souhaiterait donc que l'hôpital universitaire soit représenté dans le bureau AVIESAN. La motion pourrait donc être modifiée pour souligner le souhait que l'hôpital universitaire soit davantage présent dans les instances de gouvernance d'AVIESAN tout en mentionnant que l'AP-HP est prête à se mobiliser pour cela.

Le P^F Philippe RUSZNIEWSKI estime que ces propos sont vrais mais il ne sait pas s'ils s'inscrivent dans la continuité de la présente motion. Les deux sujets sont en fait distincts même s'il est évident

que l'hôpital universitaire devrait être mieux représenté dans les instances. Il invite par ailleurs les membres de la CME à lire un article du P^r Éric VICAUT dans *Le Monde* du 9 mars dernier sur la défense du PHRC.

Le P^r Vincent JARLIER, plutôt que de solliciter une plus grande représentation générale des CHU dans AVIESAN, plaide plutôt pour une mobilisation des chercheurs dans les structures de l'Alliance. Les CHU en tant que tels n'intéressent pas les établissements publics à caractère scientifique et technologique (ÉPST).

La motion est votée à l'unanimité moins une abstention.

IV. Exécution budgétaire au 31 décembre 2014

M^{me} Carine CHEVRIER présente un point sur l'exécution budgétaire au 31 décembre 2014. Sous réserve des derniers éléments de clôture des comptes, l'objectif du compte principal est tenu, à - 49 M€ contre un objectif de - 51 M€. Le compte consolidé afficherait un déficit proche de - 10 M€, à rapporter à des dépenses de fonctionnement de 7 milliards d'euros. Le compte consolidé est la somme du compte d'exploitation principal et des comptes connexes (écoles, unités de soins de longue durée [USLD], cessions).

Un point d'attention porte sur la capacité d'autofinancement de l'AP-HP supérieure à la prévision, pour atteindre 278 M€, mais en baisse par rapport à 2013 (320 M€). La dégradation de la capacité d'autofinancement serait liée également à des effets externes, à savoir la baisse du délai de forclusion assurance-maladie, se traduisant par une baisse du Lambda entre 2013 et 2014 (- 32 M€) et des effets prix très importants sur les charges de personnel (-59 M€). Ces deux effets défavorables masqueraient une amélioration de la performance économique de 41 M€. En 2014, il convient de noter toutefois que les tarifs ont été maintenus au même niveau qu'en 2013.

La dette se monte à 2 115 M€, soit 30,81 % des produits. L'AP-HP poursuit sa politique de désendettement pour mieux anticiper les importants cycles d'investissement à venir.

Au chapitre de l'activité, il faut retenir que 607 620 séjours d'hospitalisation complète ont été réalisés en 2014 (soit une augmentation de 1,2 % par rapport à 2013) et 635 597 venues en hospitalisation partielle (soit une augmentation de 3,5 % par rapport à 2013). S'agissant de l'hospitalisation partielle, la chirurgie a vu son activité croître de 7 % par rapport à 2013. Ce dynamisme de l'activité entraîne une augmentation des recettes légèrement supérieure aux prévisions. Les produits versés par l'assurance maladie augmentent de 85 M€ en 2014 par rapport à 2013, dont une hausse de 68 M€ des produits de la tarification des séjours (soit une augmentation relative de 2,6 %). Les dotations MIGAC se sont stabilisées en 2014 pour la première fois, alors qu'elles s'inscrivaient régulièrement à la baisse. Le FIR a contribué à cette bonne tendance.

Les recettes de titre 2 sont en retrait par rapport aux prévisions (- 2,4 %, soit - 17 M€) et quasiment constantes par rapport à 2013. En 2014, l'AP-HP a été affectée une nouvelle fois par la baisse des tarifs sur l'AME, entraînant une perte de 10,5 M€. En 2014, moins de patients ont été accueillis au titre des soins urgents et vitaux.

Sur le titre 3, les réalisations sont très supérieures aux prévisions (+ 279 M€, soit + 27 %) et à 2013, essentiellement liées à la rétrocession des antiviraux de l'hépatite C. Le remboursement de ces rétrocessions est suivi très rigoureusement par les équipes de la DEFIP.

Les charges sont conformes aux prévisions, mais il demeure néanmoins des points de vigilance notamment sur la masse salariale. La masse salariale 2014 s'établirait 4 233 M€, soit une

augmentation de 95 M€ par rapport à 2013 (+ 2,31 %). La sur-exécution moyenne pour le personnel non médical en année complète sur 2014 par rapport à la cible est de + 67 ETP, soit + 56 ETP par rapport à 2013. Pour le personnel médical, l'écart par rapport à 2013 est en moyenne de + 57 ETP sur une masse globale de 9 173 ETP. L'augmentation du nombre de personnel médical a ralenti en 2014, conformément aux engagements pris en CME.

Les charges médicales sont supérieures à la prévision mais compensées par des produits dédiés. On retrouve sur ce poste les fortes dépenses médicamenteuses liées à la rétrocession. Hors rétroviraux, le dépassement se concentre sur les dispositifs médicaux, avec une progression de 14 % compensée en produits. Le ministère a toutefois demandé que cette progression se borne à 7,5 % : une analyse est donc en cours avec les équipes médicales et les groupes hospitaliers pour justifier et argumenter les dépassements.

Les dépenses hôtelières et générales sont inférieures aux prévisions de - 26 M€. Cette tendance bénéficie de l'effet favorable du climat sur les charges de chauffage (- 10 M€ par rapport à 2013). Les autres postes sont maîtrisés.

Sur les comptes annexes, on peut retenir que les déficits enregistrés sur les USLD et les unités d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes (UHPAD) sont moindres que prévus. En revanche, le budget des écoles reste fortement déséquilibré. Une négociation est en cours avec le conseil régional sur ce dossier.

La capacité d'autofinancement prévisionnelle est en légère baisse par rapport à la prévision initiale, elle s'élève à 278 M€ en 2014 pour des investissements de 290 M€. La dette a été remboursée à hauteur de 193 M€ mais une dette nouvelle de 70 M€ a été souscrite. Les cessions de patrimoine ont représenté des produits de 37 M€, dont 17 M€ de patrimoine privé et 21 M€ de protocole sur la zone d'aménagement concerté (ZAC) Rive Gauche.

Le président indique que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) dont la 1^{ère} année correspond à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ÉPRD) de l'année à venir fera l'objet d'un débat et d'un vote lors de la CME du 9 juin. La presse a publié un document annonçant un plan d'économies de 10 G€ sur la santé d'ici à 2017, accompagné d'un kit de développement régional du plan ONDAM à destination des agences régionales de santé (ARS), qu'il a pu voir lors du conseil de tutelle du 6 mars. Sur ces 10 G€ d'économies, 3 sont demandés à l'hôpital. L'AP-HP, qui représente 10 % du budget hospitalier national, peut donc s'attendre à des coupes de l'ordre de 300 M€ par an. Ce plan promet donc « du sang, de la sueur et des larmes ». La DOMU a établi une première estimation de l'effort d'efficience sur la révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) qui s'élève à 8 M€.

Le président revient ensuite sur la présentation des comptes de l'AP-HP pour 2014. Il note que les dépenses de personnel médical ont augmenté de 0,6 % en 2014 tandis que l'activité d'hospitalisation complète a augmenté du double. La communauté médicale de l'AP-HP peut donc se montrer fière et le proclamer.

Le P^r Philippe ARNAUD pensait qu'il n'existait plus de pourcentage d'augmentation sur les produits hors groupes homogènes de séjours (GHS), médicaments comme dispositifs médicaux. Il croyait que la qualité et le bon usage étaient devenus la règle retenue par l'assurance-maladie pour décider du remboursement. Dans ces conditions, il s'étonne que le ministère impose des pourcentages de remboursement.

M^{me} Carine CHEVRIER souligne que les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux en sus sont remboursés à l'euro l'euro tout au long de l'année, même si le pourcentage affiché est dépassé.

L'AP-HP doit alors rendre des comptes sur les dépassements constatés. Si aucune justification ne peut être avancée, des sanctions peuvent être prises. L'AP-HP a jusque-là réussi à argumenter ses dépassements. Des tensions apparaissent en 2015.

M. Guy BENOIT prend toute la mesure des difficultés à venir, notamment au regard des commentaires ajoutés par le président en introduction. Concernant le personnel médical, il s'étonne que le document présenté par la DEFIP fasse état d'une économie de 2 M€ sur l'EPRD sur le personnel senior tout en affichant une augmentation au tableau des emplois de 57 ETP sur le même exercice.

M^{me} Carine CHEVRIER souligne que la masse salariale du personnel médical (PM) a augmenté de 2,53 % entre 2013 et 2014, mais les dépenses seniors ont augmenté moins vite que la notification. Un travail doit être mené sur la notification, sachant que la prévision est usuellement majorée, notamment sur les HU. En revanche, les effectifs de PM seniors augmentent bel et bien de 0,6 %

Le président fait remarquer que la masse salariale du PM augmente de 2,53 % au global en 2014, mais que cela est essentiellement lié aux médecins junior.

M^{me} Carine CHEVRIER répond que cette augmentation de la masse salariale de 2,53 % représente une hausse de 24 M€ dont 15 M€ sur les dépenses juniors.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souhaite comprendre pourquoi la grande presse nationale affirme que le résultat de l'AP-HP se dégrade par rapport à 2013 alors que la DEFIP vient d'affirmer le contraire.

M^{me} Carine CHEVRIER confirme une amélioration du résultat de l'AP-HP sur le compte principal (- 49 M€ en 2014 contre - 61 M€ en 2013). Tous comptes confondus, le déficit serait de - 10 M€ en 2014 contre - 8 M€ en 2013. Il s'avère que la presse a plutôt commenté le résultat tous comptes confondus alors que ce sont les efforts réalisés sur le compte principal qui sont à relever. La légère dégradation du résultat tous comptes confondus tient au fait que les cessions ont été un peu moins nombreuses.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE estime que les dépenses de santé ne peuvent pas croître plus vite que la richesse nationale. Le plan d'économies est donc inévitable, quelle que soit la couleur politique des équipes gouvernementales en place. La vraie question est de déterminer comment ces plans d'économies permettront de proposer une médecine de qualité comme d'autres pays européens savent le faire avec des dépenses de santé moindres qu'en France mais des performances médicales identiques. Pour relever le défi, il faut avoir une visibilité sur les orientations prises dans les trois prochaines années, que toutes les parties prenantes soient concernées et que les organisations soient revues.

Le D^r Anne GERVAIS souligne que la contrainte économique est liée à une décision politique, gouvernementale. La CME, quant à elle, doit préciser les besoins sanitaires et trouver les moyens d'y répondre. Elle doit déterminer s'il est répondu aux besoins sanitaires de la population et si les effectifs de PM et personnel non médical (PNM) sont suffisants pour ce faire. La collaboration entre CME, DOMU et DEFIP permet de réaliser l'analyse de la situation et d'élaborer la meilleure réponse possible. Si les effectifs globaux de personnel sont décrits comme stables, ils incluent ceux affectés aux activités nouvelles. Donc, en pratique, pour les activités anciennes, « socles », indispensables dans chaque site, le quotidien des services ne s'organise pas sur la base d'effectifs stables mais d'effectifs en diminution, dégradant éventuellement la qualité des soins.

Le D^r Alain FAYE constate que les écoles affichent un déficit de 4 M€ en 2014 et souhaite en connaître les raisons. Il s'enquiert par ailleurs du budget des écoles et de leur mode de financement. Il sollicite, enfin, des précisions sur le contentieux avec la région qui réclame près de 30 M€ de dédommagement pour les écoles.

M^{me} Carine CHEVRIER, pour répondre aux différentes remarques, reconnaît que le dialogue sur l'allocation des moyens en PNM/PM n'obéit pas à la même logique : l'objet est de répondre aux besoins du socle, selon une négociation globale ; les discussions se font poste à poste s'agissant des mesures nouvelles. Des précisions seront données en 2015 sur la répartition des PNM et PM entre socle et mesures nouvelles, mais aussi sur les crédits fléchés.

L'AP-HP souhaite faire montre d'un PGFP sérieux et raisonnable, l'efficience s'appuyant pour un tiers sur les dépenses et pour deux-tiers sur les recettes. Tout l'enjeu de la négociation avec les tutelles est de démontrer que l'engagement de l'AP-HP porte sur la réalisation du PGFP. Par ailleurs, le PGFP ne vise pas à économiser 300 M€ sur la dépense sur trois ans, mais 137 M€, ce qui représente déjà une ambition forte.

Par ailleurs, **M^{me} Carine CHEVRIER** indique que les écoles visées couvrent l'ensemble de la formation initiale des paramédicaux. Il existe toujours un contentieux avec la région portant sur un montant de 22 M€. Le conseil régional doit couvrir les charges liées aux écoles *via* une subvention. La négociation avec la région est difficile mais se poursuit sur ces deux sujets.

Le P^r Bernard GRANGER souhaite savoir si le plan d'économies de 3 G€ sur le secteur de la santé entraînera des suppressions de postes.

M^{me} Carine rappelle que le PGFP contient des objectifs en matière de maîtrise de la masse salariale qui porte essentiellement en 2015 sur des dépenses d'intérim et des dépenses de remplacement.

Le P^r Paul LEGMANN sollicite des précisions sur les charges communes et sur leur répartition par groupe hospitalier (GH) sachant qu'elle est variable suivant les années.

M^{me} Carine CHEVRIER répond que ces charges communes devraient être de 300 M€ mais ce montant reste à confirmer. La baisse enregistrée en 2014 sera favorable aux groupes hospitaliers. Pour la première fois, elles ont été ventilées dès le mois de mars par groupe hospitalier.

Le président remercie **M^{me} CHEVRIER** pour son intervention et lui donne rendez-vous au mois de juin pour la présentation de l'EPRD 2015 et le vote du PGFP 2015-2019.

V. Plan d'équipement 2015-2017 et avis sur le programme d'investissement concernant les équipements médicaux

M. Didier Le STUM précise que les montants notifiés en 2014 se sont élevés à 124,8 M€, dont 39 M€ de dotations de remplacement. Les dotations concernant les opérations transversales se sont élevées à près de 4 M€ et ont couvert notamment les armoires sécurisées et l'endoscopie. Les dépenses liées à l'accompagnement des suites à travaux et les opérations restructurantes ont été de 15,6 M€. Le poste des équipements lourds et/ou coûteux a porté sur une somme de 42 M€ en 2014, en vue d'assurer le renouvellement du parc et de le doter d'appareils plus modernes. Une enveloppe exceptionnelle d'un montant de 20 M€ a été obtenue en 2014 de la part du ministère chargé de la santé, soit 14 millions d'euros au titre du médical et 6 M€ au titre de l'hôtelier. L'AP-HP a également bénéficié de subventions à hauteur de 3,6 M€.

Pour 2015, le cadrage initial fixé à 100 M€ a pu être renégocié à hauteur de 117 M€. Il couvrira les opérations 2015 et le solde des opérations lancées en 2014, qui sont plus importantes que les années précédentes, conséquence d'un lancement des opérations trop tardif. De fait, les crédits de paiement 2015 seront amputés de 63 M€ pour payer des opérations lancées en 2014.

Le plan d'équipement 2015 prévoit une reconduction des dotations de remplacement à hauteur de 39 M€, c'est-à-dire d'un montant stable par rapport à 2014. C'est un point important du plan en vue de maintenir un état satisfaisant du parc d'équipements. Ce budget n'est certes pas suffisant pour tout prendre en charge mais il s'agit néanmoins d'un socle qui doit être considéré comme pérenne et utilisé dès le début de l'année. Les notifications sont parvenues aux hôpitaux dès janvier afin que les dépenses puissent effectivement être engagées rapidement. Au titre des opérations transversales, les deux opérations lancées en 2014 (armoires sécurisées et endoscopies) ont été reconduites pour des crédits de 6,4 M€. Le budget dédié à l'accompagnement des suites à travaux et opérations restructurantes est stable par rapport à 2014, avec 13,2 M€ pour des opérations en cours et 3 M€ pour des mesures nouvelles qui seront notifiées au fur et à mesure des conclusions des conférences stratégiques et budgétaires. Au titre des équipements lourds et coûteux, les notifications s'élèveront à 36,1 M€ avec un engagement fort sur les scanners et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), comme en 2014. En 2015, 6 remplacements de scanners sont programmés, notamment au niveau des urgences. Pour les IRM, 5 remplacements sont prévus ainsi que 4 compléments de parc, notamment en pédiatrie. Une grande partie de ces équipements ne sera opérationnelle qu'en toute fin d'année ou en 2016, compte tenu des calendriers des marchés. Le plan des équipements lourds et/ou coûteux vise aussi la médecine nucléaire et la radiothérapie. Un financement est aussi réservé pour un robot chirurgical en pédiatrie, le site restant à déterminer.

Le montant des autorisations d'engagement nouvelles sera de 98 M€ en 2015.

Les autorisations d'engagement reportées se sont élevées à 6,4 M€ en 2014 et à 10 M€ en 2015. Certains de ces reports tiennent au remplacement des appareils de tomographie par émission de positons (TEP) dont les marchés n'étaient pas disponibles en 2014. Les autorisations d'engagement basculées ont quasiment doublé entre 2014 et 2015 passant de 30,5 M€ en 2014 à 56 M€ en 2015. Ces bascules ciblent quelques opérations très spécifiques, liées aux travaux et aux marchés. Certaines autres bascules tiennent au fait que des opérations commencent trop tardivement dans l'année, ce qui pose des problèmes de facturation. Dans cette hypothèse, l'opération concernée est automatiquement réinscrite pour paiement à l'année N+1. Ce point fera l'objet d'un suivi rigoureux avec la DEFIP pour éviter que ces situations ne se reproduisent à un tel niveau.

Les montants d'engagement pour 2015 seront de 164 M€ contre 156,6 M€ en 2014.

Le P^f Catherine BOILEAU, présidente du groupe *Équipements* de la sous-commission *Activités – ressources*, rappelle que, pour maintenir à niveau le parc de l'AP-HP, il faudrait pouvoir engager 120 M€, mais les circonstances économiques ne le permettent pas. Sur le plan technique, il faut observer des reports très importants de sommes qui pourraient être dépensées par les GH mais qui ne le sont pas. Au-delà de la problématique des appels d'offres, ce phénomène dénote des problèmes techniques de gestion locale. La dotation pour remplacement est maintenant disponible dès janvier ce qui doit permettre aux GH d'anticiper et de commander rapidement. Pour des raisons qu'il convient d'éclaircir, ces engagements ne sont pas pris au niveau des GH. Les membres de la CAR demandent que ce point soit investigué au niveau local.

M. Guy Benoît estime que le fait d'afficher des autorisations d'engagement à hauteur de 164 M€ revient à biaiser la réalité puisque les nouvelles autorisations d'engagement ne représentent que 98 M€. Il serait utile de disposer d'un vrai tableau des investissements pour avoir une visibilité totale sur la vétusté du parc et sur les investissements afférents.

M. Didier LE STUM souligne qu'un travail a été engagé à partir des données de 2014 préférant s'appuyer sur des données stabilisées. Cette réflexion permettra de présenter l'état de l'actif et de qualifier la vétusté par site et par catégorie. Il faut cependant saluer le fait que les autorisations nouvelles restent stables par rapport à 2014, même si les opérations doivent s'accélérer pour diminuer le phénomène des reports. Le plus souvent, les retards portent sur des opérations complexes incluant une composante travaux. Dans d'autres cas, les opérations pourraient mieux se dérouler si elles étaient lancées plus tôt dans l'année.

Le D^r Alain FAYE émet le vœu de disposer annuellement d'indicateurs sur les prévisions et les consommations sur la base d'un historique de trois ans, afin de pouvoir identifier les effets de glissement.

Le P^r Catherine BOILEAU convient du fait qu'il faudrait que la CME puisse avoir communication d'un tableau des amortissements, document qui est régulièrement demandé.

Le président fait observer que deux sites réclament un robot chirurgical pédiatrique, Robert-Debré et Necker. Malgré les travaux du CEDIT (comité d'évaluation et de diffusion des innovations techniques) et les réflexions du directoire, à ce jour, aucune fumée, ni blanche ni noire, n'est sortie de la cheminée directoriale. Il invite les chirurgiens pédiatres de la CME à prendre la parole.

Le P^r Yves AIGRAIN indique, en préambule, qu'il ne souhaitait pas intervenir sur ce dossier puisqu'en étant partie prenante directement. L'équipe de Necker appelle de ses vœux l'obtention d'un robot chirurgical comme le souhaite également l'équipe de chirurgie de Robert-Debré. Pour information, il signale que ces projets se sont mis en place dans une démarche transversale et dans une perspective d'évaluation. Les deux sites ont déposé ensemble un projet de PHRC qui n'a finalement pas été retenu pour des raisons méthodologiques mais qui sera remplacé, lorsque le robot sera implanté, par une analyse à travers un registre des enfants qui auront été opérés selon cette méthode. L'appel d'offres émanant de la précédente direction générale demandait d'assurer un financement au titre du mécénat. La somme collectée par Necker est de 1,45 M€.

Le président demande le prix d'un robot.

Le P^r Yves AIGRAIN indique un montant de 2,4 M€ mais ce prix est évolutif sachant que le fabricant soumet les hôpitaux à son monopole.

Le président souligne qu'un CHU comme l'AP-HP doit disposer des machines les plus modernes pour contribuer au progrès médical, que ce soit en chirurgie, en imagerie ou en biologie.

Le P^r François DESGRANDCHAMPS signale que l'AP-HP possède actuellement trois robots de chirurgie contre 18 en Île-de-France. Il propose, plutôt que de déployer des robots de chirurgie dans un service particulier, de développer des services de chirurgie robotique. Il s'agit d'une chirurgie totalement froide, très protocolisée. Il est donc possible de regrouper plusieurs services de chirurgie en fusionnant des lits, ce qui permettrait à ces équipes de travailler de manière indépendante, comme ce qui a été fait en chirurgie ambulatoire.

Le P^r Paul LEGMANN indique que la rotation lourde des équipements lourds, de l'ordre de 7 ans, pénalise les revenus des GH. Cependant, ces réinvestissements sont nécessaires pour que les revenus externes ne se dégradent pas. Par ailleurs, il note que certains reports d'opérations sont liés à des opérations de travaux. La difficulté est que les suites à travaux qui viennent après la mise en appel d'offres ne suivent pas toujours. De plus, il semblerait que, pour 2015, une partie de ces suites à travaux serait à la charge du GH et non plus liée à l'opération d'investissement en tant que tel. Il en demande confirmation.

M. Didier LE STUM précise que, pour les équipements lourds, il faut concilier les besoins de renouvellement du parc et la mise en place de compléments. Par ailleurs, les ratios rencontrés à l'AP-HP en termes d'équipements peuvent différer de ceux constatés dans le secteur libéral, étant entendu que les activités ne sont pas identiques. Concernant les suites à travaux, ceux-ci sont relativement mineurs lors des renouvellements des parcs, mais sont plus impactant pour les compléments, nécessitant souvent de revoir l'organisation des plateaux techniques. Dans ce dernier cas, les suites sont plus coûteuses que pour les remplacements. Dans la mesure du possible, il est fait en sorte d'anticiper ces opérations pour limiter leurs impacts.

Le P^r René ADAM estime qu'il faut préserver l'attractivité de l'AP-HP et veiller à ce que l'innovation chirurgicale soit présente. Qu'il n'y ait que trois robots à l'AP-HP contre 18 dans toute l'Île-de-France doit interpeller. Il est regrettable de noter que toute décision d'acquisition prenne des mois, voire des années à l'AP-HP là où la décision est prise très rapidement dans une clinique. Dans l'intervalle, l'AP-HP perd de son attractivité, et donc des parts d'activité.

Le président approuve ce commentaire et déplore que les délais soient trop longs.

Le P^r Michel ZERAH estime qu'il serait préférable que ces achats soient effectués sur un budget spécifique liée à l'innovation et non sur le budget des équipements. Au-delà du cas du robot de chirurgie pédiatrique, il faut rappeler qu'il y a plus de 1 000 IRM interventionnelles installées dans le monde mais que l'AP-HP n'en dispose pas. Il souhaite également interroger M^{me} CHEVRIER sur les conséquences de la chute de l'euro sur l'AP-HP.

M^{me} Carine CHEVRIER explique que les contrats incluent une clause de révision de prix couvrant contre le risque de change. Cet événement impacte les fournisseurs mais pas l'AP-HP.

La question peut se poser sur les contrats futurs.

Le président rappelle qu'il a existé un « âge d'or » où le CREDIT disposait d'un budget pour financer des études.

Le P^r Thierry BEGUE peut comprendre que tous les établissements ne puissent pas être dotés d'équipements lourds, mais cette situation conduit à détourner la patientèle au détriment des établissements qui sont mal équipés. C'est le cas notamment pour l'accès à l'EOS qui conduit les patients à se détourner de leur établissement d'origine.

Le président considère que ce discours serait mieux entendu si les équipes construisaient des projets communs d'échanges techniques, avec des praticiens acceptant de se déplacer vers les centres disposant de machines en expérimentation qui seraient partagées.

Le programme d'investissement des équipements médicaux est approuvé à l'unanimité.

VI. Recensement et bilan financier des contrats établis par les GH avec des médecins ou maïeuticiens libéraux

Le président indique que ce sujet répond à une question diverse posée à l'administration par le D^r Anne GERVAIS, il y a plusieurs mois.

M^{me} Christine WELTY précise que cinq groupes hospitaliers sont concernés par cette pratique à l'AP-HP : Necker, Paris Sud, Paris Centre, Pitié Salpêtrière et Lariboisière-Saint-Louis pour 31 sages-femmes et 18 médecins. L'activité des sages-femmes se concentre sur des consultations et la préparation à la naissance. L'activité des médecins couvre la radiologie, la cardiologie

interventionnelle et l'ophtalmologie. Ces contrats relèvent d'une approche pragmatique, notamment en vue d'atteindre une occupation du plateau technique optimale qui permet aussi de diminuer la DMS. Enfin, notamment pour les sages-femmes libérales, le lien tissé avec les parturientes pendant le suivi à l'hôpital se poursuit par l'accompagnement des femmes de retour à domicile en post partum. Le bilan financier présenté est relativement sommaire et ne permet pas de déterminer ce que serait la recette si le praticien libéral avait été recruté par l'établissement. Un tel exercice serait relativement complexe à conduire et nécessite de prendre en compte de nombreux paramètres. Avec l'aide de la DEFIP, la DOMU tentera de mieux répondre à cette question de la logique économique dans les mois à venir. M^{me} Christine WELTY rappelle que la CME du 14 février 2012 avait souhaité un examen au cas par cas par la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) des contrats demandés par les GH et demandé que le recours aux praticiens libéraux reste marginal.

Le D^r Anne GERVAIS constate que les informations fournies ce jour ne répondent pas totalement à la question posée par la CME, mais elle conçoit que l'analyse médicoéconomique soit difficile. Il faut répondre à l'activité de soins alors qu'il existe des freins à l'embauche de titulaires. Pourtant, des contrats à temps partiel pourraient être proposés, ce qui permettrait de proposer un meilleur statut que celui de vacataire à des praticiens, ce qui reste attractif. La difficulté est qu'il est impossible de recruter des titulaires qui pourtant, participeraient à la vie des services (staffs, gardes, astreintes) et feraient le lien avec la médecine de ville. Ce recrutement de titulaires se heurte au dogme de la baisse des effectifs. Ce dogme ne repose pas sur une logique médico-économique puisque l'analyse médicoéconomique n'est présentée. Le D^r Anne GERVAIS considère qu'il n'est pas vertueux de faire cohabiter deux statuts pour effectuer les mêmes activités. Cette situation n'est pas équitable et ne favorise pas la cohésion des services.

Le président constate que deux dogmes s'opposent et qu'une analyse médico-économique poussée serait utile pour les départager, même si tout ne peut être jugé à travers le seul prisme financier.

Le P^r Thierry BEGUE indique que plusieurs points restent délicats à traiter. La CME avait évoqué le fait que cette situation ne pourrait être que temporaire et qu'il faudrait programmer l'embauche d'un titulaire à terme. Par ailleurs, le travail engagé n'a concerné que les contrats de médecins sans couvrir les contrats des sages-femmes.

Le président souhaite qu'une représentante des sages-femmes fasse partie de la s-CTEM pour l'examen des dossiers les concernant.

Le président comprend les demandes fortes et souvent bien motivées des GH qui craignent de voir partir leurs attachés dans des structures comme Saint-Joseph, où on leur réserve un meilleur sort financier; mais comprend aussi que craignent l'amorce d'une privatisation rampante de l'hôpital public.

Le D^r Martine MARCHAND précise que, tels que sont signés les contrats, le praticien libéral a une mission d'apporteur d'affaire puisqu'il perçoit une marge sur le chiffre d'affaires. Il peut se vendre au plus offrant en fonction de la performance des plateaux techniques.

Aucune règle de contrôle n'est mise en place malgré les dérives vécues de l'activité libérale en interne.

Ce système ne permet pas de soulager les services, car il s'agit en définitive d'une activité en parallèle, le patient étant celui du praticien libéral.

Le mécanisme peut permettre d'apporter un surplus d'activité, bien que certains secteurs sont déjà à plus de 6 mois de rendez-vous. Si c'est le cas, pourra-t-on créer des postes pour répondre au surcroît de travail, en particulier sur les plateaux médico-techniques ?

Enfin, en matière d'accès aux soins, qui sera prioritaire (bloc, imagerie, explorations fonctionnelles, biologie ...) entre l'hospitalisation, les consultations de l'hôpital dont l'activité libérale du PH, et l'exercice libéral externe? Le D^r Martine MARCHAND doute fortement que ce système, tel qu'il est conçu, soit bénéfique au bon fonctionnement de l'hôpital. Il y a également un fort risque d'augmenter la démotivation et le départ des médecins hospitaliers pour un retour avec un intérêt plus individualiste que la mission hospitalière.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE est opposé au projet s'il consiste à proposer une activité déjà conduite à l'hôpital par les sages-femmes en poste, sauf en situation de grande carence. En revanche si l'objet est de préparer la sortie et de faire le lien avec les sages-femmes libérales, il existe manifestement un intérêt au projet. Il semble donc utile d'analyser le contenu des contrats pour le cas des sages-femmes. Le cas des radiologues répond à un cas particulier avec une IRM de l'Hôtel-Dieu partagée entre le public et le privé. Ce contrat se terminera en 2015 et doit être renégocié. Au moment de la conclusion de l'accord, l'activité et le financement de l'IRM n'étaient possibles qu'avec un partenariat public-privé. Pour la cardiologie, l'objet est de mettre à disposition un plateau technique. Ce plateau technique fonctionne peu le samedi et il peut donc être envisagé de le louer au secteur libéral ce jour-là, sans conséquence notable pour l'hôpital.

Le P^r Elisabeth DION précise que le contrat en cours avec un cabinet privé de radiologie à l'Hôtel-Dieu devrait prendre fin au moment du changement de l'IRM qui doit intervenir au mois de juin. À cette échéance, il est souhaité de pouvoir mettre en place des contrats avec des radiologues libéraux à titre individuel et exerçant en secteur 1.

Le P^r Bruno CARBONNE constate que l'attribution du nombre de sages-femmes dans un service ne se fait qu'en fonction du nombre d'accouchements sans prendre en compte les autres activités comme la préparation à l'accouchement. Par exemple, l'hôpital Trousseau n'organise plus de sessions de préparation à l'accouchement, pas plus que de rééducation périnéale ou de soutien à l'allaitement, faute de ressources pour les mener à bien. Ces activités sont donc organisées en ville.

M^{me} Magalie DELAHAYE précise que pour Bicêtre, il y a quatre sages-femmes dans le service qui assurent une activité libérale, trois pour la consultation et une pour la préparation à la naissance. L'effectif n'a pas évolué avec l'augmentation du nombre d'accouchements. Grâce à l'activité libérale, les patientes de l'hôpital ont accès à la préparation à la naissance sur un bassin de vie où les femmes ne se tournent pas spontanément vers le secteur libéral et cela permet aussi une augmentation des plages de consultations prénatales.

M^{me} Caroline RAQUIN rappelle qu'il existe un contrat permettant à des sages-femmes d'avoir une activité partagée à parité entre l'activité salariée et l'activité libérale, pour une durée totale de trois ans. Cependant, ce contrat n'est renouvelable qu'une seule fois. À son issue, la sage-femme doit choisir si elle redevient salariée ou si elle opte pour le secteur libéral. Elle propose que cette règle évolue afin que ce contrat puisse être prorogé.

Le président retient les propos du P CARBONNE car si les hôpitaux publics doivent réaliser 3 G€ d'économies en trois ans tout en augmentant leur activité, le risque est effectivement de multiplier les contrats libéraux, ce qui constituerait une vraie menace pour l'hôpital public.. Il demande à la DOMU de fournir à la CME, lors d'une prochaine réunion, les données financières et médico-économiques demandées.

VII. Nouveau statut des sages-femmes hospitalières

Ce point de l'ordre du jour est reporté.

VIII. Indicateurs de prévention des risques associés aux soins et plan d'action pour préserver l'efficacité des antibiotiques

Le D^r Sandra FOURNIER présente les résultats des indicateurs de prévention des infections nosocomiales. Cette année, le ministère de la Santé les a centrés sur la maîtrise des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Les entérobactéries productrices de BLSE, qui sont résistantes aux céphalosporines de 3^e génération, ne sont pas contrôlés pour le moment. Le nombre des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes continuent à fortement augmenter. Cependant, grâce aux mesures mises en place à partir de 2009, il est possible de limiter la proportion d'épidémies parmi les alertes aux alentours de 10 %. La majorité des cas de l'année ont un lien avec l'étranger, d'où l'importance de les identifier dès leur entrée. L'AP-HP affiche de meilleurs résultats que les autres hôpitaux français en 2012 et 2013. Les résultats de 2014 publiés par l'institut de veille sanitaire ne sont pas encore disponibles.

Il convient de noter que l'indicateur relatif à l'hygiène des mains est encore perfectible. En moyenne, on dénombre 13 frictions hydro-alcooliques pour un patient sur une journée alors que 22 frictions seraient nécessaires.

L'indicateur ICA BMR est un indicateur composite publié par le ministère de la santé et qui évalue un peu plus de dix items sur les mesures que les hôpitaux mettent en place pour maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes. Sur les résultats 2013, il faut retenir que les points à améliorer concernent l'information des patients, l'information des établissements lors des transferts de patients ainsi que la diffusion des données de résistance bactérienne aux services et à la CME.

L'indicateur relatif à la gestion des excréments affiche des progressions. En 2012, une formation sur la gestion des excréments avaient été dispensée dans seulement 9 services ; aujourd'hui c'est le cas dans près de 80 % des services.

L'indicateur ICATB2 est un indicateur composite publié par le ministère de la santé et qui évalue la politique de bon usage des antibiotiques. Les résultats sont disparates suivant les hôpitaux. La réévaluation des traitements antibiotiques doit notamment être renforcée : le principe est de réévaluer tout traitement antibiotique à J3 et d'arrêter tout traitement à J7, sauf exceptions. Les dérogations à ces règles ne sont pas suffisamment argumentées. Il faut former les nouveaux prescripteurs, notamment les internes.

Concernant les référents, le ministère de la santé a fixé des objectifs nationaux qui dépendent de l'activité. En MCO, il faut 0,3 ETP référent antibiotique pour 400 lits, 0,1 ETP pour 400 lits en SSR, SLD et psychiatrie. Cet objectif national est atteint dans 15 hôpitaux de court séjour de l'AP-HP et dans 9 SSR/SLD. Par ailleurs, il faut noter que le temps dédié déclaré n'est pas forcément l'activité réellement consacrée à l'activité de référent antibiotique.

Les perspectives 2015 continueront de porter sur l'attention donnée à la friction hydro-alcoolique des mains et à la gestion des excréments. En complément, un plan antibiotiques soutenu par la CME et la direction générale visera à faire progresser l'AP-HP en matière de prescription des antibiotiques.

Le P^r Daniel VITTECOQ propose que le plan antibiotique soit présenté plus en détail lors d'une prochaine réunion de la CME. Ce plan vise à renforcer les liens entre les acteurs, notamment entre

les pharmaciens, les microbiologistes, les prescripteurs et les référents antibiotiques. Il cible aussi une évolution des outils informatiques afin qu'ils puissent donner automatiquement des signaux sur les réévaluations à J3 et J7. Aujourd'hui, le suivi des consommations est effectué par établissement, mais il devrait aussi être effectué par discipline. Les indicateurs doivent aussi valoriser les établissements qui fournissent des efforts et permettre d'identifier les établissements qui consomment trop d'antibiotiques. La veille de ces indicateurs doit permettre de prendre des décisions. Le plan doit aussi permettre d'affiner le rôle des référents antibiotiques et de les doter d'une fiche de mission.

Le président ne souhaite pas lancer une inquisition contre les antibiotiques à l'AP-HP mais il faut néanmoins encourager leur bon usage avec insistance et persévérance. La cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) recevra le P^f VITTECOQ afin de travailler sur ce plan pour le soumettre ensuite à la CME.

Le D^r Julie PELTIER constate qu'une étude démontre que l'affectation d'un personnel dédié permet une meilleure prévention des cas secondaires dans le cas des bactéries hautement résistantes. Elle souhaite savoir si l'AP-HP mène une réflexion générale pour faire face à ces situations, d'autant que l'incidence des résistances a augmenté.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme qu'il n'est pas toujours possible de dédier du personnel. La solution est de créer des secteurs dédiés ou de placer les malades en « précautions contact ».

Le P^f Yves COHEN souligne que son hôpital a accueilli dernièrement quatre patients présentant une BHRE. Pour ce faire, il a fallu fermer une vingtaine de lits de SSR pendant quatre mois, aucune autre solution n'étant possible. Cependant, cette décision a été sanctionnée lors de la conférence stratégique et budgétaire puisque des lits ont ensuite été retirés. Il ne faut pas que les établissements qui suivent les préconisations subissent une double peine.

Le président constate que le problème a déjà été soulevé plusieurs fois en CME sans aboutir à une solution. Il demande une réflexion globale sur le sujet.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que ce sujet a fait l'objet d'un dossier préparé fin 2013 et qui a été envoyé au ministère, sans obtenir de retour. Ce même dossier a été actualisé fin 2014, et reste encore sans réponse. C'est un document qui peut être partagé avec la CME. Ce sont effectivement des coûts en pertes de recettes.

Le président ajoute que ces situations mettent en jeu la vie des patients et imposent de lourdes contraintes au personnel soignant.

M. Guy BENOIT reconnaît que l'implication des pharmaciens est essentielle dans la prescription des antibiotiques. Dans les années 1985, un programme de contrôle avait été mis en place à Henri Mondor et avait porté ses fruits. La pharmacie clinique est l'une des priorités de l'AP-HP et son développement doit participer à l'amélioration des résultats. Il faut aussi pouvoir s'appuyer sur une informatique de prescription performante, ce qui n'est pas encore le cas. D'ailleurs, les premiers retours sur ORBIS Prescription mis en place à Ambroise Paré semblent être négatifs.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme que le travail repose beaucoup sur l'implication des pharmaciens.

Pour le **D^r Nathalie DE CASTRO** faute de personnel dédié, il faut pour le moins pouvoir se reposer sur un personnel en nombre suffisant.

Le président confirme que la CME et son président s'associe à M^{me} DE CASTRO pour les remerciements qui ont été adressés au D^r FOURNIER et au P^r JARLIER.

Le D^r Sandra FOURNIER précise que, à Necker, où il n'y a que des chambres seules, les alertes coûtent beaucoup moins cher que dans d'autres hôpitaux.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que les décisions de fermeture des unités ne sont pas prises par les services eux-mêmes mais imposées par l'équipe Hygiène et le CLIN.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne que l'interruption du soutien financier pour prendre en charge les malades venant de l'étranger ne pourra conduire qu'à refuser leurs admissions.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme que ce message est porté auprès du ministère de la santé et de l'ARS.

Le président remercie les rapporteurs pour leur exposé.

IX. Point sur l'avancement du système d'information (SI) Patient

Le D^r Laurent TRELUYER, directeur des systèmes d'information (DSI), expose le dossier. En biologie, SGL et génétique, les modules ouverts permettent aux médecins traitants d'avoir accès aux données de biologie produits par l'AP-HP. Des collaborations sont aussi demandées par l'institut Curie, pour lesquelles Ambroise Paré est candidat. Sur le module GENNO de génétique pour les systèmes de gestion des laboratoires, le groupe de la Pitié Salpêtrière est en pilote. Le module sera ensuite progressivement déployé sur le périmètre de l'AP-HP. Le logiciel CARTAGENIA pour l'interprétation des puces ADN à visée diagnostique sera mis en production en mars à Necker avant d'être déployé progressivement sur l'ensemble de l'AP-HP auprès des sites qui en ont besoin.

Le logiciel CARESTREAM est utilisé pour l'imagerie. La Pitié Salpêtrière, qui n'en était pas dotée, a terminé sa programmation sur cet outil et sera suivi par l'hôpital européen Georges Pompidou d'ici fin 2015. Mi-2016, il existera un PACS unique pour l'intégralité de l'AP-HP, ce qui permettra d'accéder à l'ensemble de l'imagerie produite sur ce périmètre. ORTIF (Outil régional de télémédecine d'Île-de-France) est en cours de déploiement sur l'ensemble des sites d'urgence de l'Île-de-France pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la neurochirurgie et Matrix Néonatalogie.

Le déploiement d'ORBIS a été recentré et accéléré. Cette accélération est géographique et fonctionnelle. Pour favoriser les synergies, il a été pris la décision de le déployer dans 7 GH et de différer sa mise en place dans 5 autres GH. L'objectif est d'avoir une vue d'ensemble pour la fin du contrat qui interviendra en octobre 2015. L'AP-HP est en cours de négociation du contrat de maintenance avec AGFA. Le nombre d'utilisateurs d'ORBIS augmente. On dénombre plus de 3 000 utilisateurs en pointe, ce qui représente l'équivalent de 17 000 professionnels utilisateurs. La prescription connectée est en cours de déploiement à Ambroise Paré. La prescription connectée a été déployée dans d'autres CHU avec succès. Il s'agit d'un module important pour la certification HAS. L'objectif est de déployer simultanément le dossier de soins à Ambroise Paré et Bicêtre. La direction générale de l'AP-HP a demandé à la société AGFA de prioriser ses efforts pour un déploiement réussi de ce module.

La première enquête de satisfaction se caractérise par des résultats mitigés marqués par une performance insatisfaisante. Une deuxième enquête de satisfaction a été envoyée le 9 mars dont il faut attendre encore les résultats.

Le volet ORBIS Recherche sera en cours de déploiement à Ambroise Paré en avril pour une généralisation programmée pendant l'été. Ce module permettra d'accéder aux données de santé.

Le déploiement d'ORBIS est accompagné par la direction des ressources humaines (DRH). Les restitutions faites lors des entretiens concluent que l'accompagnement a été insuffisant. Pour les secrétaires médicales, l'impact du nouvel outil est très dépendant du mode d'appropriation d'ORBIS par les médecins. Suivant la nature des activités, les gains de temps sont variables. Il induit des changements dans la nature du travail notamment une diminution de la frappe linéaire des comptes rendus. Il permet un enrichissement du métier à effectifs constants. Il nécessite une mise à plat des processus médico-administratifs et d'études organisationnelles. Du côté des médecins, on note des réticences à l'utilisation d'ORBIS. Certains soulignent des difficultés liées à l'usage, jugeant l'outil trop lourd ou trop lent au moment du démarrage. Il impacte la production des comptes rendus. Les organisations en place sont aujourd'hui différentes suivant les services, certains conservant le dossier papier uniquement, d'autres uniquement les dossiers informatiques, et d'autres encore les deux supports. Pour remédier à ces problèmes, il convient notamment d'insister sur les formations.

Le P^r Michel ZERAH, vice-président de la sous-commission *Activité – ressources*, note que le chemin parcouru est à saluer même si des progrès importants restent encore à accomplir. L'année 2015 sera une année charnière puisqu'elle sera une année de déploiement et de fin du contrat. Les décisions restent contraintes sur le plan budgétaire, notamment pour le renouvellement des postes de travail. Comme sur les équipements, il existe un effet de glissement et de non consommation des crédits. Sur les réseaux, l'AP-HP accuse un certain retard sur le big data et l'effort est donc à accentuer.

Le D^r Laurent TRELUYER indique que le taux de vétusté des postes de travail est fixé à 5 ans au maximum, pour les portables comme pour les postes fixes. Dans certains GH, les investissements sont déjà effectués. L'investissement est lourd et doit se faire sur plusieurs années. Des investissements seront renouvelés sur les réseaux entre les GH. En revanche, les réseaux internes aux établissements doivent être inclus dans les cycles de travaux. Ce sont les directeurs de GH qui doivent les inscrire dans les cycles de travaux. Là encore, les investissements seront pluriannuels compte tenu de leur volume (de l'ordre de 50 M€).

Le président ajoute que le P^r Michel ZERAH s'est fortement impliqué dans la refonte du site internet de la CME. Il l'en remercie chaleureusement.

Le P^r Béatrice CRICKX regrette l'interface, qui existait par le passé, entre les équipes informatiques et les cliniciens. Or la mise en place d'ORBIS peut venir affecter l'activité. Il convient par ailleurs d'organiser des formations en vue d'une bonne utilisation du modèle de prescription informatisée.

Le D^r Laurent TRELUYER note la nécessité d'améliorer la coordination entre les DSI et les praticiens.

Le P^r Philippe GRENIER demande s'il est envisagé de créer un espace dans CARESTREAM dédié à l'imagerie recherche.

Le D^r Laurent TRELUYER affirme que la demande est notée. Cependant, il faut encore affiner la demande.

LE D^r Anne GERVAIS estime que l'informatique ne peut pas remplacer le papier. L'informatique apporte une sécurité supplémentaire mais le dossier du patient ne se limite pas aux informations saisies informatiquement, loin s'en faut. C'est un rappel à faire auprès des internes qui ne doivent

pas penser que les données se limitent à celles figurant dans le dossier informatisé. En définitive, cette modernisation induit des tâches supplémentaires de saisie. Cependant, elle reconnaît aussi qu'il s'agit d'un plus pour la sécurité des patients.

Le D^f Julie PELTIER s'enquiert du devenir des autres logiciels de prescription. Elle souhaite par ailleurs que la mise en place d'ORBIS Prescription soit discutée avec les cliniciens pour s'assurer de la sécurité des soins.

Le D^f Laurent TRELUYER annonce que le déploiement d'ORBIS Prescription a été repoussé. Un outil regroupant le dossier médical et la prescription est une vraie valeur ajoutée. Il y aura donc un redémarrage au mois de juin avant de prendre une décision pour l'ensemble de l'AP-HP. La direction générale de l'AP-HP a mis en demeure la direction générale de l'AGFA de réussir ce projet.

Le P^f Catherine BOILEAU regrette que les besoins en big data identifiés depuis deux ans ne soient toujours pas satisfaits. Par ailleurs, elle reconnaît que l'AP-HP a besoin de moderniser ses outils mais les coûts qui sont affichés ne doivent pas gommer la contribution des personnels sur les sites. Par exemple, sur son site, huit personnes travaillent deux jours par semaine sur le déploiement d'un outil métier. De plus, leur mobilisation est attendue pendant six mois. Cet investissement humain représente un coût majeur et une perte pour le soin. Elle souhaite s'assurer que l'accompagnement sera demain mieux formalisé et évitera les glissements de tâches.

Le D^f Laurent TRELUYER reconnaît que les démarches sur le big data sont longues mais à relier à l'investissement. Elles doivent aboutir en 2015. Concernant la deuxième partie de la question, il indique que certaines applications locales sont en cours de centralisation. Les DSI locales doivent s'impliquer pour venir en support aux équipes opérationnelles mais les utilisateurs doivent aussi s'investir fortement, même s'il admet aisément que cette organisation entraîne des difficultés.

M. Guy Benoît note que les résultats d'ORBIS à Ambroise-Paré ne sont pas satisfaisants. D'après ses informations, AGFA a été jusqu'alors incapable d'apporter les améliorations réclamées depuis 2012. Il est donc personnellement très inquiet du déploiement d'ORBIS prescription.

Le D^f Laurent TRELUYER répète que le travail a commencé il y a trois semaines et annonce que les équipes sont au travail. Il est exercé une pression sur AGFA. Par ailleurs, il faut rappeler que le système est déployé dans d'autres CHU et plutôt avec succès.

Le D^f Martine MARCHAND rappelle que le système informatique doit s'adapter au fonctionnement de l'hôpital. Mais en même temps, les services de soins doivent modifier certains comportements pour s'adapter aux apports de l'informatique. Les préconisations présentées dans le document sont donc très utiles. Elle souhaite par ailleurs savoir si des comités de pilotage sont institués dans chaque site pour identifier les difficultés.

Le D^f Laurent TRELUYER répond que des comités sont mis en place au moment du déploiement des projets. Il sait qu'il existe des instances de concertation entre les DSI locales et les praticiens dans certains GH, mais il n'est pas certain qu'elles existent partout.

Le P^f Paul LEGMANN souhaite savoir si un Wi-Fi sera déployé sur les sites de l'AP-HP.

Le D^f Laurent TRELUYER confirme que le Wi-Fi sera installé d'ici la fin de l'année au bénéfice des patients, mais ce dossier doit encore faire l'objet d'une analyse pour s'assurer de la sécurité des réseaux, sachant que l'AP-HP sera alors considéré comme un fournisseur d'accès ce qui oblige à

étudier l'aspect juridique de cette nouveauté avant de prendre toute décision. Par ailleurs, la question n'est pas tranchée de savoir si le Wi-Fi sera payant ou gratuit.

Le P^f Élisabeth DION constate que la mise en place d'ORBIS ralentit considérablement le circuit de la demande radiologique. De plus, faute d'une formation suffisante ou d'un accompagnement du personnel, les données ne sont pas toujours correctement ou complètement enregistrées, ce qui a pour conséquence un défaut de comptabilisation de l'activité vient biaiser les résultats.

Le D^f Laurent TRELUYER reconnaît que la mise en place d'ORBIS est consommatrice de temps. Il faut laisser le temps que les personnes s'approprient le nouvel outil avant de noter ses avantages.

Le président s'enquiert de l'état d'avancement du projet de charte informatique.

Le D^f Laurent TRELUYER répond que des réunions sont en train d'être programmées et associeront le Conseil de l'Ordre des médecins. La charte informatique actuelle est trop dense, un tel document doit se contenter de faire des rappels sur l'application des règles, avant d'être annexé au règlement intérieur. Il permet d'appliquer des sanctions administratives plutôt que de saisir les juridictions pénales.

Le président souhaite qu'une charte informatique soit présentée avant la fin de l'année.

X. Questions diverses

Écoles de sages-femmes

M^{me} Magalie DELAHAYE aimerait des précisions sur le devenir de l'école de sages-femmes de Port-Royal, actuellement située sur le site de Saint-Vincent-de-Paul, et plus généralement sur l'avenir des écoles de sages-femmes à l'AP-HP.

Le président rappelle que le site de Saint-Vincent-de-Paul sera prochainement rendu à la Ville de Paris et l'école de sages-femmes ne pourra donc y rester. Le rez-de-chaussée du nouveau Port-Royal devait l'accueillir mais il a été occupé par la chirurgie ambulatoire et l'urologie. À ce jour, aucune solution de relogement n'est proposée. Les représentantes des sages-femmes souhaitent regrouper les deux écoles, mais les locaux de l'école de Saint-Antoine laissant aussi à désirer. Leur installation dans le bâtiment Picpus à Rothschild n'est plus d'actualité et l'idée de les installer à l'Hôtel-Dieu se heurte aux exigences d'équilibre financier du site. Dans le cadre des relations privilégiées que l'AP-HP et la Ville de Paris souhaitent entretenir, une installation sur le site de l'hôpital Tarnier, l'un des berceaux historiques de l'obstétrique, qui appartient à la Ville et qui sera prochainement désaffecté de ses activités hospitalières est, séduit particulièrement les sages-femmes.. Le président souhaite que cette possibilité soit étudiée, en lien avec la Région et l'Université qui sont aussi concernées par la formation des sages-femmes. Il souligne l'urgence du dossier car les sages-femmes seront prochainement « à la rue » près la vente du site Saint-Vincent-de-Paul.

Le P^f Bruno CARBONNE rappelle que l'installation d'une école de sages-femmes nécessite d'avoir accès à des locaux spécifiques et assez spacieux. Il n'est pas certain que la solution de l'hôpital Tarnier soit immédiatement applicable. Il regrette l'opacité qui règne en matière de financements de la Région dans les écoles de sages-femmes.

M^{me} Christine WELTY affirme qu'il s'agit d'un dossier prioritaire mais qui doit être examiné en prenant le temps de la discussion. Il est actuellement étudié la possibilité de regrouper les deux écoles, ce qui supposera de revenir vers les représentants de la collégiale pour étudier les différentes solutions possibles. Elle rejoint par ailleurs la remarque du P^f Bruno CARBONNE portant sur la difficulté à cerner la capacité de la Région à soutenir le financement de ces écoles. C'est là aussi une piste à explorer avant de proposer une solution en 2015.

Le président qui a visité l'hôpital avec le D^f SEBBANE il y a deux ans, confirme que les conditions de sécurité et de qualité des soins, ainsi que d'accueil et de prise en charge des patients à l'hôpital Joffre sont inacceptables.

M^{me} Caroline RAQUIN ajoute que l'association des régions de France a souvent été contactée pour avancer sur le sujet du financement, au-delà du cas particulier de l'Île-de-France. Certaines régions sont favorables, mais pas toutes.

Devenir du site de Joffre

Le D^f Georges SEBBANE souhaite évoquer le devenir du site Joffre qui offre des conditions d'hébergement déplorables, malgré le grand professionnalisme du personnel soignant, médical et non médical.

Le président confirme ce diagnostic ayant visité cet hôpital, il y a deux ans. Il reçoit cette question comme une interrogation fort pertinente.

Le président propose de traiter la deuxième question diverse relative aux hôpitaux gériatriques du pôle hospitalier Mondor, et tout particulièrement l'hôpital Joffre qui est une véritable honte pour la sécurité et la qualité des soins et les conditions d'accueil et de prise en charge des patients à l'assistance publique. Il propose de donner la parole à M. HAGENMÜLLER sur ce dossier.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER rappelle l'intention de l'AP-HP de fermer le site de Joffre, et spécifiquement le bâtiment Georges-Brassens qui est le dernier bâtiment à y accueillir des patients. Cependant, le préalable à cette fermeture est de pouvoir ouvrir un nouvel établissement sur le site Dupuytren. Un opérateur public a été retenu à la suite de la publication d'un appel à projets, mais le partenariat juridique avec cet opérateur est complexe, les discussions longues ont fait perdre quelques mois. La proposition de montage devrait pouvoir être confirmée d'ici la fin du mois de mars. Il serait alors possible de fixer un calendrier d'ouverture de l'ÉHPAD et de fermeture du bâtiment Georges-Brassens. M. HAGENMÜLLER ajoute que ce bâtiment n'accueille plus 240 personnes mais 169, sachant qu'une partie a été accueillie sur d'autres sites. Le principe d'une décroissance progressive du nombre des patients est admis. Ce sujet fait l'objet de discussions régulières avec les équipes du groupe hospitalier.

Le D^f Georges SEBBANE insiste sur l'urgence à trouver une solution car la situation de l'hôpital Joffre est véritablement dégradée.

Le D^f Christophe TRIVALLE note que l'hôpital Joffre possède encore des chambres à trois lits. Une première mesure rapide à mettre en place serait de ne placer que deux patients dans une chambre.

M. Jean-Baptiste HAGENMULLER signale que cette piste a commencé à se mettre en place en passant de 240 patients à 169.

Le P^r Olivier HENRY rappelle que la fermeture de Joffre est évoquée depuis 25 ans. Il n'est plus possible d'attendre aujourd'hui l'ouverture du nouvel EHPAD. Ce site est très peu attractif pour les soignants. Par ailleurs, les patients qui y sont hébergés sont ceux que personne ne veut ailleurs.

Le président se souvient des vives tensions sociales qui agitaient le site lorsqu'il l'a visité et demande à M. HAGENMÜLLER si elles n'ont pas un rapport avec la lenteur à mettre fin à cette situation.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER rappelle qu'il est impossible de fermer un site du jour au lendemain dès lors que 150 personnes y travaillent. Il faut aussi savoir où seront relogés les patients qui y sont accueillis, et qui sont aujourd'hui l'aval du groupe hospitalier concerné. La direction du groupe hospitalier a pris ses responsabilités vis-à-vis du personnel, en limitant les recrutements de salariés titulaires sur les postes vacants pour être en mesure d'accélérer la décroissance lorsque le moment de la fermeture sera venu. Il s'engage à revenir vers la CME dès que des informations plus précises seront disponibles sur l'ouverture de l'EHPAD.

Le D^r Georges SEBBANE observe que tous partagent le constat que la situation est dégradée. La question est de déterminer si l'institution peut prendre l'engagement de réduire les admissions, ce qui représenterait déjà un signe fort. Si un mouvement social se déclenche sur ce site, la situation sera encore plus difficile à gérer.

Le président remercie M. HAGENMÜLLER pour ses premières réponses et indique que la CME reviendra sur le sujet si nécessaire.

Organisation de la DOMU

Le D^r Christophe TRIVALLE sollicite des précisions sur l'organisation de la DOMU, suite à plusieurs départs de personnels administratifs ou médicaux. De surcroît, il semblerait que certains agents se trouvent aujourd'hui en situation de difficulté ou de fragilité.

Le président a également eu à connaître de départs plus ou moins volontaires et de situations de souffrance professionnelle à la DOMU, dont certaines concernent des médecins. La CME et sa sous-commission Vie *hospitalière* sont donc tout à fait dans leur rôle lorsqu'elles se soucient de ces situations, d'autant que la DOMU est au service du directeur général mais aussi du président de la CME..

M^{me} Christine WELTY confirme que des mouvements sont intervenus et que les départs sont ou seront compensés par des arrivées. Cette situation relève d'un *turn-over* habituel pour des directeurs dont le statut prévoit des mobilités géographiques et fonctionnelles. Ces mutations peuvent également concerner des médecins chargés de mission.

Le président souhaite savoir si cette réponse satisfait le D^r TRIVALLE.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique qu'il réitérera sa question si le besoin s'en faisait sentir.

Temps de travail des internes

Le P^r Thierry BEGUE souhaite évoquer les conséquences de la publication du décret relatif au temps de travail des internes. Cette nouveauté inquiète les services à forte intensité de garde.

Le décret réduit à 8 demi-journées le temps passé en stage pour les internes des hôpitaux. Pour les services de chirurgie, où l'activité et le nombre de gardes sont importants, cette réforme conduit à une présence des internes dans une portion congrue, et encore plus si on intègre le repos de sécurité.

Cette évolution aura mécaniquement des conséquences sur l'activité puisqu'il est impossible qu'un chirurgien opère seul. Il faudra donc trouver des solutions différentes ou augmenter le nombre d'internes. Une solution doit être trouvée avant le 2 mai, sauf à se placer dans une situation d'illégalité.

Le président s'inquiète de savoir si les points de vue des DES de médecine générale et des autres spécialités sont réconciliables.

Le P^r Thierry BEGUE confirme que, dans certains établissements hospitaliers non universitaires, la solution est de faire appel à des binômes opératoires, composés d'un chirurgien et d'un personnel non médical dédié à l'aide opératoire. Cependant, les hôpitaux ont une mission de formation et il semble aberrant d'en écarter les internes. Une alternative est d'identifier les activités pour lesquelles les internes sont strictement nécessaires, mais il doute qu'ils acceptent le principe du remplacement.

M. Jules GREGORY indique que les internes, *via* la structure qu'il représente, ont toujours été opposés au décret et le rejettent. Ce texte va à l'encontre de la qualité de la formation. De plus, il ne résout en rien les problématiques de recentrage du temps de travail des internes sur les tâches médicales ni sur les problématiques de souffrance au travail.

M. Stefan NERAAL souligne que la position des internes en médecine générale est tout autre. Les internes peuvent être mobilisés trois samedis sur quatre ou deux samedis sur trois ainsi que tous les jours de la semaine sans accès aux demi-journées de formation. Beaucoup de services qui accueillent des internes de médecine générale se déchargent dans l'illégalité totale. Il souhaite également partager avec la CME la douleur des internes face au récent suicide d'un interne de médecine générale.

Le président estime que la solution à trouver ne doit pas créer un système à deux vitesses pour les DES, qui marginaliserait les DES de médecine générale ?

M. Stefan NERAAL souligne que, même si cette possibilité n'est pas prévue par la loi, il pourrait exister une manière différente d'appréhender les demi-journées de formation suivant les spécialités.

Le président considère que cette voie est impossible ce qui conduirait à créer un système à deux vitesses pour les DES. Cette solution conduirait, de plus, à exclure encore un peu plus les généralistes. Il ne souhaite pas encourager cette piste de réflexion.

M. Jules GREGORY souligne que les internes de médecine générale réclament plus de terrains de stage en ambulatoire qu'on ne leur accorde, pour que leur formation corresponde à leur futur exercice.

M. le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle le rôle important de formation que doivent jouer les services. Aujourd'hui, l'essentiel est d'informer l'ensemble des disciplines les plus touchées par cette réforme. Ce sujet conduira à revoir l'organisation du travail et pourrait fragiliser certaines petites structures. C'est sans doute moins vrai dans les CHU. En tout état de cause, il faudra trouver des solutions qui évitent les recours. En effet, alors que le texte est aujourd'hui contraignant, le risque de recours n'est pas nul. Il convient de réfléchir par spécialité avec l'aide des coordonnateurs et des collégiales, plutôt que globalement. Le texte distingue par ailleurs les obligations de service du temps de travail. Il inclut le temps de garde dans le temps de travail. Cette réforme conduit donc à mettre en place des organisations idoines. Les doyens n'ont pas défendu le texte ayant conscience qu'il générerait des problèmes, particulièrement dans les disciplines à gardes. Dans certains cas, la solution consistera à un accroissement du nombre d'internes. Il sera cependant difficile de disposer

de la présence de tous les internes au même moment. Globalement, il est à craindre que la formation des internes se trouve menacée. Cela étant précisé, le P^r SCHLEMMER ne voit pas comment l'AP-HP pourra se dédouaner d'appliquer le décret.

Le P^r Yves COHEN souligne que ce dossier concerne prioritairement la chirurgie mais aussi la réanimation. En moyenne, les internes en réanimation assument une ou deux gardes par semaine. L'application de ce décret posera donc des difficultés majeures. Si les internes n'assument plus de gardes, il faudra alors les remplacer par des seniors.

Le D^r Nathalie DE CASTRO sollicite des précisions sur l'organisation des deux demi-journées d'enseignement et sur leur contenu.

Le P^r Thierry BEGUE explique qu'une demi-journée est organisée par le coordonnateur à l'extérieur tandis que la deuxième demi-journée est une demi-journée de travail personnel à organiser à la liberté de l'interne.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU rejoint le doyen SCHLEMMER pour souligner que la réflexion doit se faire par discipline. Dans ce contexte difficile, il salue la maturité des représentants des internes qui mettent en avant la formation, qui est trop souvent mise de côté. Certes, l'application va générer des problèmes dans les services qu'il faut analyser spécialités par spécialités mais au-delà des répercussions sur l'organisation, l'impact négatif de ce décret sur la formation des internes est très préoccupant. Pour beaucoup de disciplines, notamment chirurgicales et celles comportant des gardes cette diminution du temps de travail va impliquer inévitablement une dégradation des conditions de formation. Il invite à dresser un état des lieux par discipline.

Le président rappelle que le décret entre en application le 2 mai et qu'il est donc urgent de trouver des aménagements en accord avec les internes.

Le D^r Alain FAYE constate que cette réforme conduira à dispenser la formation des internes en dehors des services.

M. le P^r Benoît SCHLEMMER précise que les services qui accueillent des internes ont reçu des agréments de formation. Ceux-ci sont octroyés sur la base d'une procédure engageant les doyens et, en leur nom, les coordonnateurs des disciplines. Si les services agréés sont formateurs, il est normal qu'on en compte en CHU. Si ce n'est pas le cas, il conviendrait de leur retirer l'agrément.

Le P^r Thierry BEGUE souligne que plusieurs pistes peuvent être évoquées pour faire face à cette réforme. Il faut peut-être revoir l'activité programmée dans les services pour identifier, avec les internes, les activités qui ne nécessitent pas la présence obligatoire d'un personnel médical. Dans ce cas, cependant, il faudra obtenir l'autorisation de l'AP-HP à embaucher des personnels en intérim. Par ailleurs, le praticien hospitalier des structures où les lits ont été fermés devrait pouvoir aider les chirurgiens en journée. Enfin, la solution qui consiste à augmenter le nombre d'internes ne passera que par l'élargissement du *numerus clausus*, qui n'est pas une solution privilégiée pour le moment.

M. Stefan NERAAL soutient la solution qui consiste à augmenter le nombre d'internes par terrain de stage. Il est aujourd'hui difficile de négocier avec l'ARS les terrains de stage qui devraient fermer pour des raisons de sécurité des soins. Il rappelle par ailleurs que la loi relative aux 48 heures de travail hebdomadaires date de 1995. L'Union européenne a mis en demeure la France de prendre des mesures pour se mettre en conformité. Ces directives sont aujourd'hui applicables pour tous les corps de métier sauf les internes, il est donc urgent de trouver des solutions.

Le président l'une des particularités du métier de médecin qui est d'assurer une présence pour des patients, qui sont malades 24 heures sur 24.

M. Stefan NERAAL répond que la question n'est pas d'abandonner les patients. La question est de pouvoir se relayer pendant ces 24 heures.

Le P^r Yves AIGRAIN, comme le doyen SCHLEMMER, estime que la réflexion doit être individualisée suivant les disciplines. Pour sa part, il représente une discipline très attractive dans laquelle les postes ouverts seront choisis, mais les internes, lorsqu'ils sortiront de leur formation ne trouveront pas de situation d'exercice. L'augmentation du nombre d'internes résoudrait donc un problème à court terme mais soulèverait des problèmes beaucoup plus dramatiques à long terme. Dans le cadre d'une analyse de la qualité de formation, il faudra donc mener une réflexion individualisée par discipline.

Le président a prévu de recevoir les internes avec le P^r Jean-Yves ARTIGOU le vendredi 13 mars pour parler de la souffrance au travail, sujet dont il ne sous-estime pas les implications. Il élargira la discussion à la question du temps de travail et souhaite la présence de la DOMU. Il désire connaître les mesures qu'elle a prises pour pallier cette profonde réorganisation du temps de travail médical.

M^{me} Christine WELTY indique qu'un courrier précisant les modalités de décompte des temps de travail a été envoyé le 9 mars. Pour évaluer le temps de travail « perdu » par la mise en œuvre du décret, un travail doit s'engager au niveau de chaque hôpital voire de chaque service. La DOMU verra l'ensemble des GH pour identifier les difficultés les plus fortes et trouver des solutions. Elle ajoute cependant que l'heure n'est pas au recrutement de personnel.

Le président considère qu'on ne peut pas laisser chacun se démener dans son coin. Des consignes générales doivent être définies en s'appuyant sur les réflexions des collégiales..

Le P^r Paul LEGMANN propose de recenser toutes les gardes d'internes car certaines sont peut-être inutiles.

Le président doute de cette solution, les gardes ayant déjà été réorganisées avec le plus grand soin.

Le P^r Michel ZERAH souhaite savoir si les postes supplémentaires qualifiants qui sont disponibles depuis novembre sont financés.

M^{me} Christine WELTY répond que ce n'est pas le cas.

Le P^r Thierry BEGUE souhaite connaître le nombre postes d'internes intervenant dans les établissements privés ou dans les ÉSPIC, qui sont des postes sans garde ou quasiment sans garde, et pour lesquels il serait possible de puiser pour constituer des fonds de garde.

XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 13 janvier 2015.

Le compte rendu de la réunion du 13 janvier 2015 est approuvé à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 55.

* *
*

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

mardi 8 avril 2015 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 25 mars 2015 à 16 heures 30