

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 7 JUILLET 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU  
MARDI 10 NOVEMBRE 2015**

## **SOMMAIRE**

I.	Informations du président de la CME (P <sup>r</sup> Loïc CAPRON)	6
II.	Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU	10
III.	Avis sur le rapport d'activité 2014 de l'AP-HP	17
IV.	Point sur l'organisation et le fonctionnement des centres d'obésité à l'AP-HP	19
V.	Radioprotection des patients à l'AP-HP	23
VI.	Politique d'accueil des patients étrangers à l'AP-HP	24
VII.	Information sur les règlement et calendrier électoraux de la CME et des CME locales au 4 <sup>e</sup> trimestre 2015	28
VIII.	Questions diverses	30
IX.	Approbation du compte-rendu de la réunion du 14 avril 2015	30

# ORDRE DU JOUR

## SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)
2. Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU
  - Interruptions volontaires de grossesse (M. François CRÉMIEUX, P<sup>f</sup> Laurent MANDELBROT)
  - Soins de longue durée (M. Patrick HOUSSEL, D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE)
  - Diagnostic préimplantatoire (M<sup>me</sup> Anne COSTA, P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF)
3. Avis sur le rapport d'activité 2014 de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Amélie VERDIER)
4. Point sur l'organisation et le fonctionnement des centres d'obésité à l'AP-HP (P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT)
5. Radioprotection des patients à l'AP-HP (P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE)
6. Politique d'accueil des patients étrangers à l'AP-HP (D<sup>f</sup> Florence VÉBER)
7. Information sur les règlement et calendrier électoraux de la CME et des CME locales au 4<sup>e</sup> trimestre 2015 (M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ)
8. Questions diverses
9. Approbation du compte rendu de la réunion du 14 avril 2015

## SÉANCES RESTREINTES

### Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines odontologiques offerts au recrutement au titre de l'année 2015

### Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines odontologiques offerts au recrutement au titre de l'année 2015

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M. le P<sup>r</sup> Michel AUBIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ
- M. Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude DUSSAULE
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. Michaël FONTUGNE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOFF
- M. le P<sup>r</sup> Bruno GOGLY
- M. le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NEGRE
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>r</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***
  - M. Martin HIRSCH, directeur général
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
  - M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
  - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
  - M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
  - M. Jérôme ANTONINI, directeur de cabinet du directeur général
  - M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
  - M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  - M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)  
M<sup>me</sup> Gwenn PICHON NAUDÉ, DOMU
  
- ***Représentante de l'ARSIF :***
  - M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT
  
- ***Membres excusés :***
  - M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Frédéric BRETAGNOL, Thierry CHINET, Nathalie DE CASTRO, Jean-Luc DUMAS, Jacques DURANTEAU, Philippe GRENIER, Fabienne LECIEUX, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, Michel VAUBOURDOLLE, Françoise ZANTMAN

*La séance est ouverte à 8 heures 30, sous la présidence du P<sup>f</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations du président de la CME (P<sup>f</sup> Loïc CAPRON)**

Le directeur général a signé le 25 juin les arrêtés de nomination des nouveaux chefs de pôle qui ont pris leurs fonctions au 1<sup>er</sup> juillet. Les P<sup>rs</sup> Philippe RUSZNIEWSKI, Marc DELPECH et Pierre-Jean GUILLAUSSEAU n'ont pas souhaité renouveler leur mandat de chef de pôle et quittent donc la CME. En conséquence, ils sont remplacés par leurs suppléants : M. Michel VAUBOURDOLLE (pôle Biologie, *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien* [HUEP]), le P<sup>f</sup> Jean-Claude DUSSAULE (pôle Spécialités, HUEP), et le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE (pôle Soins de suite et de réadaptation [SSR] et handicap, hôpital marin d'Hendaye).

Les P<sup>rs</sup> Philippe RUSZNIEWSKI et Marc DELPECH étaient respectivement président et vice-président de la sous-commission *Recherche et universités*, et participaient à ce titre au comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP) et à la coordination médicale du département de la recherche clinique et du développement (DRCD). La CME du 8 septembre élira leurs successeurs.

Le P<sup>f</sup> François DESGRANDCHAMPS, nommé chef de pôle, ne peut plus siéger au titre des chirurgiens hospitalo-universitaires. Il est remplacé par le P<sup>f</sup> Frédéric BRETAGNOL, chirurgien digestif à Louis-Mourier.

Le P<sup>f</sup> Benoît SCHLEMMER termine son mandat de doyen de la Faculté de médecine Paris-Diderot le 13 juillet ; une élection a désigné le P<sup>f</sup> Philippe RUSZNIEWSKI pour lui succéder. Le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUBOIS-RANDÉ, doyen de la Faculté de médecine Paris-Est Créteil, a été élu président du comité de coordination des études médicales (CEM) ; il remplacera donc le P<sup>f</sup> SCHLEMMER au directoire et à la CME de l'AP-HP.

Le directoire du 30 juin a abordé :

- la réforme de l'organisation du temps de travail, en apportant son soutien unanime au directeur général ;
- les projets des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui seront inscrits à l'ordre du jour d'une prochaine CME.

Le directeur général, a signé les nominations des chefs de pôle. Il ne subsiste de désaccord que sur un pôle, pour lequel le président de la CME et le président du CEM feront une nouvelle proposition au directeur général.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers COPERMO doit se prononcer le 16 juillet sur l'autorisation et l'aide financière pour le projet du nouvel hôpital Lariboisière, dit « hôpital Nord 1 » (HN1). Les discussions sur HN2 (regroupement des hôpitaux Bichat et Beaujon) et sur sa future commune d'implantation continuent.

Les négociations avec le ministère sur le plan global de financement pluriannuel (PGFP), que la CME a rejeté, se déroulent jusqu'au 27 juillet.

Le conseil de surveillance du 11 juin a donné un avis favorable à la vente de l'ancien hôpital Saint-Vincent-de-Paul pour un montant de 92 M€, avec clause de « retour à meilleure fortune » (ajustement du montant final suivant l'évolution que pourra connaître le prix du terrain d'ici à la vente).

À l'occasion de la révision 2016 des effectifs hospitalo-universitaires, le ministère de l'Enseignement supérieur a souligné le relatif désintérêt qui commence à poindre pour les carrières hospitalo-universitaires. Le président appelle de ses vœux une réforme de fond du statut hospitalo-universitaire (HU) où l'on ne serait plus HU à vie, mais où des valences pour faire de la recherche, enseigner ou prendre des responsabilités médico-administratives, par exemple, seraient accordées au fil de la carrière pour des périodes de durée déterminée. Le ministère a par ailleurs insisté sur la promotion des médecins généralistes et le respect des engagements statutaires envers les internes.

**Le président** indique que la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) souhaite expérimenter le vote électronique. Un boîtier de vote électronique a été remis à cet effet aux membres de la CME. Ce dispositif rendrait plus sûr le décompte des voix qui, lorsqu'il a lieu à mains levées, est parfois approximatif. Toutefois, il supprimerait de facto le choix entre votes à mains levées et à bulletins secrets, tous les votes étant faits avec un boîtier électronique. Il souhaite donc recueillir l'avis de la CME.

**Le directeur général** estime que le vote doit être anonyme sur les décisions de personne. En revanche, il est en général admis qu'il ne doit pas l'être sur les décisions de principe par suivi de transparence démocratique.

La démonstration du dispositif proposé par la DOMRU s'avérant défectueuse et peu concluante, le président remet ce sujet *sine die*.

**Le président** recense des questions diverses :

- le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD souhaite un point sur la situation de l'hôpital Adélaïde-Hautval (Villiers-le-Bel),
- le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE demande si les arrêtés de nomination des nouveaux chefs de pôle ont été signés.

**Le directeur général** indique que M. Claude ÉVIN, appelé à faire valoir ses droits à la retraite, sera remplacé le 17 août par M. Christophe DEVYS, qui a par le passé exercé les fonctions de directeur de cabinet du directeur général de l'AP-HP.

S'agissant des nominations internes à l'AP-HP, M. Gérard COTELLON, qui avait été nommé directeur des ressources humaines par intérim, est désormais directeur de plein exercice. La directrice du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis*, nommée directrice générale du CHU de Reims, sera remplacée par M. Didier FRANDJI.

Concernant Lariboisière, le comité se réunira le 16 juillet et prendra sans doute quelques jours pour délibérer. Un important travail a été mené avec l'ARS. Concernant la commune d'implantation du futur hôpital Nord, si les parties prenantes hospitalières et universitaires ont une préférence pour le site de Saint-Ouen, les négociations ne sont pas terminées, le terrain devant répondre à des conditions financières, de disponibilité et d'accessibilité compatibles avec le budget envisagé. La ville de Clichy a quant à elle indiqué qu'elle ne s'opposerait pas à un transfert d'activités à Saint-Ouen.

S'agissant du PGFP, les ministères ont jusqu'à fin juillet pour se prononcer. Les négociations sont toujours en cours. Le projet soumis en CME étant considéré comme le plus compatible à contraintes données avec l'exercice des missions de l'AP-HP, l'objectif est de résister aux demandes de contraintes supplémentaires.

Concernant l'hôpital Adélaïde-HAUTVAL, un important travail a été mené depuis mi-mai. Il s'agit de ne pas réduire le nombre de lits, mais de répartir les activités dans le cadre d'une coopération entre l'AP-HP et les trois hôpitaux publics, que sont ceux d'Eaubonne-Montmorency, Aulnay-sous-Bois et Gonesse. Les patients seront accueillis dans des conditions dignes (chambres individuelles ou doubles dotées de sanitaires) dans des locaux neufs. Les personnels pourront parallèlement continuer à exercer leur activité au sein de l'AP-HP ou suivre les activités en conservant leur statut AP-HP. Plus de la moitié des agents concernés par ces transferts ont déjà eu un entretien et certains se sont positionnés sur le suivi de leur propre activité, voire ont demandé à être intégrés à d'autres activités qui entraient dans le cadre de cette coopération. Plusieurs objectifs sont poursuivis :

- des changements importants pour le site sans pertes capacitaires pour le SSR, le SLD et la gériatrie aiguë ;
- une répartition des activités entre les établissements de l'AP-HP et les établissements de service public hors AP-HP ;
- l'absence de conséquence sur le statut du personnel ;
- des mesures d'accompagnement permettant de tenir compte des contraintes et des préférences des agents. Les agents pourront saisir des opportunités immédiates, ce qui pourra nécessiter quelques ajustements.

L'institution s'est par ailleurs fortement mobilisée en période de tension liée aux conditions climatiques. Le directeur général tient à remercier tant les équipes médicales qu'administratives qui se sont impliquées.

S'agissant de l'organisation du temps de travail, des propositions ont été adressées le 12 juin à l'ensemble des organisations syndicales. La méthode de travail proposée était articulée sur des études de terrain, permettant notamment de connaître les impacts d'organisations différentes du travail. À l'issue de sept heures de négociations le 17 juin, les représentants de la délégation syndicale ont donné leur accord sur un projet de relevé de décisions, sous réserve de la consultation de leur base. La CFDT et SUD ont fait ensuite part de leur acceptation, ce qui a conduit à l'ouverture de discussions sur les conditions de mise en œuvre de ce relevé de décisions. Les études de terrain pourraient commencer pendant l'été, afin de tester la méthodologie et recueillir un certain



nombre d'éléments. L'objectif sera d'impliquer les médecins, qui ont un rôle important, ne serait-ce que par les conséquences de leur propre organisation sur l'organisation du travail dans les services. Trois critères seront examinés :

- l'amélioration de la prise en charge des patients ;
- les conditions de travail de l'ensemble des personnels ;
- la performance économique de l'AP-HP.

La liste officielle des chefs de pôle nommés au 1<sup>er</sup> juillet sera accessible sur le site internet d'ici quelques heures. En accord avec le directeur général, les présidents de la CME et du CCEM ont transmis moins de trois propositions au directeur général. Il n'a opposé qu'un refus, concernant un pôle des hôpitaux universitaires Paris-Nord Val-de-Seine. Les deux présidents n'ayant pu trouver d'accord pour une seconde proposition, le directeur général a confié au P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX la chefferie de pôle par intérim jusqu'au 31 août, avec demande au GH de trouver une solution pour ce pôle engagé dans plusieurs partenariats stratégiques, notamment avec le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre.

**Le président** rappelle que l'hôpital Adélaïde-Hautval est un hôpital gériatrique vétuste, qui ne peut pas être facilement modernisé, sauf à y consacrer des investissements considérables. En dépit des difficultés qu'elle crée pour les personnels, la meilleure solution est de fermer l'hôpital et réinstaller les activités dans des locaux aux normes en s'appuyant sur des partenariats avec les autres hôpitaux publics de son environnement. Tous les personnels de l'AP-HP pourront conserver leur statut, qu'ils restent à l'AP-HP ou qu'ils rejoignent une structure partenaire. La CME sera particulièrement attentive aux propositions qui seront faites aux personnels médicaux pour recueillir leurs souhaits et les accompagner professionnellement. Elle souhaite que les médecins gériatres puissent en priorité être affectés dans un autre service de l'AP-HP. Le président demande qu'une solution soit aussi trouvée rapidement pour l'hôpital Joffre (Draveil), dont la situation lui semble encore plus dégradée que celle de Villiers-le-Bel.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** relève de fortes interrogations sur le devenir de la communauté médicale à Villiers-le-Bel. Il demande si un plan d'accompagnement des médecins est envisagé, tant pour les titulaires que non titulaires.

**Le directeur général** assure que s'il n'est pas en mesure d'affirmer que des solutions ont été apportées pour l'ensemble d'entre eux, le sujet est bien pris en charge. M<sup>me</sup> Christine WELTY apportera un complément écrit sur ce point.

S'agissant de l'hôpital Joffre, le directeur général indique avoir conscience de l'urgence. Il précise qu'un accord doit être trouvé avec le Conseil départemental pour prévoir un éventuel relais avec des activités médico-sociales sur le site. À Villiers-le-Bel, restera sur site un établissement d'hébergement pour personnes âgées (ÉHPAD), ce qui permettra de reprendre du personnel qui conservera le statut AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** indique qu'il est primordial de tenir compte du lieu de résidence du personnel (médical et non médical) afin de ne pas augmenter le taux de chômage de cette région

déjà impactée. Notre vigilance sera grande concernant le reclassement, en particulier des praticiens attachés associés.

**Le président** note que l'hôpital de Gonesse, qui est très proche d'Adélaïde-Hautval, est neuf et accueillera de la gériatrie.

**Le directeur général** rappelle que cet hôpital devrait être terminé à la fin de l'année et inauguré au début 2016. S'agissant du personnel non médical, une partie habite non à Villiers-le-Bel, mais à Gonesse. Villiers-le-Bel est un territoire dont le taux de chômage est important, d'où l'intérêt d'y installer un ÉHPAD et un institut médico-éducatif (IME) pour les enfants autistes. Les personnels qui le souhaiteraient pourraient y être employés. La question de l'emploi sur le territoire est évidemment suivie avec une attention toute particulière.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ** s'interroge sur la titularisation des contrats à durée déterminée (CDD) plusieurs fois renouvelés du personnel non médical.

**Le directeur général** indique avoir fait des propositions qui ont donné lieu à un protocole signé avec la CFDT fin avril. Le calendrier de commissions et d'examen de candidatures débute cet été et s'étend jusqu'au mois de mars prochain. L'objectif est d'aller plus loin après 2016 en avançant parallèlement sur l'organisation du travail.

Au nom de la CME, **le président** a adressé un courrier à M. ÉVIN pour le remercier des bonnes conditions de la collaboration entre l'ARS et la CME de l'AP-HP. Il l'a aussi remercié de l'avoir très tôt incité à entrer en contact avec les présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France et de l'aide qu'il lui a apporté en septembre 2012 pour mettre la gouvernance de l'AP-HP en conformité avec le rôle que la loi *Hôpital, patients, santé et territoires* (HPST) a attribué au président de la CME.

## **II. Avis sur les conclusions des groupes stratégiques AP-HP de la DOMU**

### **1. Interruptions volontaires de grossesse**

**M. François CRÉMIEUX**, directeur des *Hôpitaux universitaires Paris Nord – Val-de-Seine*, rappelle que l'AP-HP réalise près de 14 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans 15 hôpitaux, chiffre en augmentation de 12 % en dix ans. 10 % concernent des IVG de plus de 12 semaines ; 600 des femmes mineures. Le premier rendez-vous est à 8 jours, avec une prise en charge à 15 jours. Une croissance forte des IVG médicamenteuses réalisées en ville est parallèlement constatée.

Cette activité reposant sur l'implication exceptionnelle d'un nombre limité de professionnels, la relève générationnelle est un enjeu de santé publique de premier ordre, 40 ans après la loi VEIL.

Le premier défi est d'organiser les moyens humains en maintenant un nombre de praticiens suffisant. Plusieurs pistes sont envisagées :

- lever les obstacles au recrutement de médecins (quotité de temps minimale des attachés, accès de non-spécialistes à des postes de praticiens hospitaliers contractuels [PHC]) ;

- mobiliser les sages-femmes dans le nouveau contexte posé par la loi de santé ;
- renforcer la formation des internes ;
- conserver l'implication des autres professionnels (conseillères conjugales).

Le deuxième enjeu est de renforcer l'organisation des soins. Une offre territoriale avec un parcours sécurisé pour les patientes doit être proposée pour garantir aux femmes l'accès à l'IVG, en prenant appui sur le cahier des charges ARS. Il est ainsi proposé d'élaborer un socle commun AP-HP compatible avec celui de l'ARS et de créer un dispositif AP-HP « zéro refus ».

Par ailleurs, faut-il accepter que des centres de périnatalité de l'AP-HP aient une activité d'IVG faible, voire nulle ? Imposer cette activité sans en faire une orientation stratégique forte conduirait à des centres peu motivés et mal organisés. Tolérer qu'ils perdurent renforcerait *a contrario* la charge des autres et entretiendrait l'idée d'une activité « optionnelle ».

Le troisième enjeu est relatif au droit des patientes. Il s'agit de renforcer le droit à l'anonymat et de garantir la gratuité. L'anonymat est actuellement mis à mal techniquement par ORBIS, ce qui a conduit à plusieurs dysfonctionnements graves.

Le quatrième enjeu porte sur la place de l'AP-HP au sein de la région. La région Île-de-France fait face à deux défis majeurs : la prise en charge des femmes mineures et la prise en charge des IVG à 12-14 semaines. Le groupe de travail propose des protocoles systématiques pour la prise en charge des femmes mineures et pour les IVG tardives.

Six propositions sont ainsi soumises à l'avis de la CME, qui pourraient faire l'objet d'un suivi :

- engager les GH à appliquer les recommandations du cahier des charges que l'AP-HP définirait en lien avec l'ARS ;
- solliciter Necker et Robert-Debré afin qu'ils aient une réflexion stratégique sur leur positionnement en matière d'IVG ;
- proposer d'inclure un volet orthogénie à toute candidature aux fonctions de chef de service de gynécologie obstétrique de l'AP-HP et dans les contrats de pôle ;
- soutenir les recrutements futurs en ajustant si nécessaire les règles de droit commun, notamment sur la quotité de travail minimale ;
- flécher la révision des effectifs (au moins un poste de PH temps partiel par an sur la base d'un projet et d'un candidat) ;
- solliciter la collégiale d'anesthésie, ainsi que la collégiale des sages-femmes en vue de propositions sur l'implication de leur profession en matière d'IVG.

**Le président** interroge les sages-femmes sur le rôle que les textes en cours de discussion pourraient leur permettre de jouer dans la prise en charge des IVG.

**M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN** note que certaines sages-femmes se sont spécialisées dans les centres d'orthogénie. Globalement, la profession est favorable au développement de cette activité. Ceci dépendra toutefois du texte du projet de loi de santé. Elle rappelle que les sages-femmes ont un rôle dans le cadre de la pratique de l'IVG médicamenteuse. Si l'IVG chirurgicale ne relève pas de leur

activité, les sages-femmes pourraient réaliser la 1<sup>re</sup> consultation, au même titre que les médecins afin de diminuer les délais d'attente et faciliter l'accès des femmes.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** explique que l'objectif est de développer cet axe, mais non au détriment des autres activités.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL** se déclare étonné par les conclusions et la méthodologie du groupe de travail. À son sens, la vision de la problématique est partielle, car le rôle de l'AP-HP dans le territoire n'est pas évoqué. Robert-Debré à 95 % des demandes d'IVG formulées. 20 % d'entre elles sont réalisées au sein même de Robert-Debré. 80 % sont des IVG médicamenteuses réalisées par le réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (RÉVHO). Parmi les IVG réalisées à l'hôpital, 50 % concernent des IVG de 11 et 12 semaines.

**M. François CRÉMIEUX** explique que l'enjeu n'est pas une question d'organisation des soins, mais de relève générationnelle. Un recul a en effet été enregistré ces dernières années et les internes ne s'impliquent plus forcément tous comme d'autres par le passé.

**Le P<sup>r</sup> Laurent MANDELBROT** reconnaît que le nombre d'IVG reste relativement stable depuis 20 ans.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** soutient les propositions du groupe de travail. Il s'agit, à son sens, non seulement d'un enjeu stratégique et médical, mais d'un enjeu politique, car certains groupuscules salafistes s'en prennent aux centres situés en ville. S'agissant de l'anonymat, l'urgence est également extrêmement forte.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** s'interroge sur la préconisation d'impliquer la collégiale d'anesthésie et demande si les anesthésistes sont considérés comme un frein.

**M. François CRÉMIEUX** explique que les anesthésistes sont un des éléments majeurs, notamment dans la prise en charge des IVG en urgence. Se pose, sur ce point, la question de la notion d'urgence et de la mise en place d'une organisation *ad hoc* de la consultation pré-anesthésique.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** estime urgent et impératif de travailler sur ce sujet. Les instructions doivent être écrites, claires et applicables pour tous les acteurs (services cliniques, plateaux médico-techniques, services financiers, standard téléphonique, etc.).

**Le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU** insiste sur l'importance de l'anonymat. Une transparence complète est nécessaire sur la protection des données confidentielles.

*La CME émet un avis favorable aux propositions du groupe par 45 voix pour, 2 contre et 4 abstentions.*

## 2. Soins de longue durée (SLD)

Le D<sup>r</sup> **Christophe TRIVALLE** indique que le groupe de travail devait mener des réflexions sur la mise en œuvre du plan SLD de l'AP-HP après l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du 12 novembre 2013. Les réflexions incluaient les sujets suivants :

- évolution capacitaire (transferts d'activité) ;
- maintien de la capacité dans Paris intra-muros ;
- arrêt de l'activité ÉHPAD ;
- renforcement des filières ;
- nécessité de mise aux normes ;
- développement des SLD non gériatriques ;
- opérations supra GH.

Plusieurs idées fortes avaient émergé :

- conserver les SLD au sein de l'AP-HP, en raison de sa nature de structure d'aval ;
- se désengager de la gestion des ÉHPAD ;
- adopter une vision supra-GH en renforçant les flux inter-GH.

Plusieurs objectifs généraux avaient été fixés :

- centrer l'activité sur l'accueil des patients lourds ;
- maintenir globalement les capacités ;
- assurer progressivement les mises aux normes ;
- réaliser des investissements efficaces en les concentrant sur un faible nombre d'opérations importantes.

L'AP-HP compte 18 sites de SLD en 2015 pour un budget de 200 M€ (dont 2 structures de SLD pour malades jeunes : Pitié et Albert-Chenevier).

Deux objectifs sont poursuivis :

- la modification des cibles capacitaires :
  - 2 879 lits installés à l'AP-HP en 2013, 2 367 en 2027 dont 1 154 intra-muros, 286 lits gérés en coopération territoriale avec les hôpitaux franciliens et 136 lits transférés (Louis-Mourier) ;
  - transfert des 335 places d'ÉHPAD.
- les regroupements :
  - opérations supra-GH ou regroupements de sites à l'occasion des quatre chantiers majeurs (Sainte-Périne, Paul Brousse, Émile Roux, La Collégiale-Broca) ;
  - nouvelle répartition des lits restant à définir.

La diminution et la nouvelle répartition des lits après restructurations rendent nécessaire la signature de conventions inter-GH pour l'instauration de nouvelles filières supra-GH SSR - SLD sur certains secteurs géographiques, comme à Sainte-Périne/Broca/Vaugirard. Il s'agit également de prendre en charge les patients jeunes en SLD. En 2014, l'âge moyen des 372 « bed blockers » hospitalisés en Île-de-France, souffrant de pathologies chroniques et en état de dépendance, était de 51 ans. Des unités de soins prolongés complexes (USPC) ne relevant pas de la gériatrie sont à

développer par les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Cette croissance ne devra toutefois pas se faire aux dépens du nombre de lits de SLD gériatriques. Le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE rappelle qu'une réflexion sur l'adaptation des effectifs médicaux et non médicaux à la prise en charge de patients très lourds (80 % relèvent du groupe iso-ressources de degré 1 [GIR 1] et 2,60 % requièrent des soins médicaux et techniques importants [SMTI]) est menée par le groupe ressources humaines en SLD.

En 2014, le déficit des SLD ressortait à 4,1 M€ (fin de la convergence en 2015). Une réévaluation significative des tarifs hébergement et dépendance vient d'être réalisée, ce qui devrait permettre d'améliorer des résultats (+ 6 M€ par an). Il s'agit de trouver un équilibre entre tarifs supportables par les résidents et les familles et soutenables par l'AP-HP dans le cadre de ses projets d'investissement. Un investissement au-delà des quatre opérations majeures (177 M€) est nécessaire pour :

- l'humanisation des services : 42 % de chambres à deux lits en 2014 pour une cible de 5 % en 2027 (texte de 1999) ;
- la mise aux normes techniques : budget de 20 M€ de 2014 à 2019.

Les propositions du groupe de travail sont les suivantes :

- respecter les engagements vis-à-vis de l'ARS ;
- fixer des tarifs supportables pour les résidents et les familles ;
- envisager des USPC pour les adultes avec les services MCO sans réduction des SLD gériatriques ;
- exercer une vigilance sur les ratios en personnel au lit du malade ;
- désigner un pilote et constituer un groupe de suivi à la fois pour les opérations majeures, mais aussi pour toutes les mises aux normes et l'humanisation.

**Le président** interroge les intervenants sur le devenir de l'hôpital La Rochefoucauld, qui comprend 80 lits au cœur de Paris.

**M. Patrick HOUSSEL** indique qu'une réflexion est en cours sur la répartition des lits entre Broca et La Collégiale. Le nombre de lits de SLD du GH pourrait également évoluer en lien avec le site de Sainte-Périne.

**Le directeur général** confirme qu'une réflexion est actuellement menée. Il note que le site de La Collégiale nécessite des investissements importants. Le projet commun envisagé à La Rochefoucauld pourrait poser des problèmes de reconstruction d'un des bâtiments. La capacité de Sainte-Périne pourrait quant à elle être quelque peu augmentée. L'objectif est, en tout état de cause, d'éviter tout impact sur le capacitaire.

**Le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSEADE** s'interroge sur l'impact financier des « bed blockers » et demande si une solution peut être trouvée pour ces quelque 300 malades qui paralysent un certain nombre de services, et parfois l'aval des urgences.

**Le président** indique avoir visité des services spécialisés en SLD non gériatriques et constate qu'il est difficile de trouver une solution pour ces malades, qui restent parfois plusieurs mois, voire plusieurs années.

**Le D<sup>r</sup> Brigitte SOUDRIE** précise être responsable pilote avec le D<sup>r</sup> Catherine KIEFER de l'hôpital Nord du groupe de travail sur les USPC. Ce groupe de travail francilien regroupant de nombreux acteurs vient de rendre ses conclusions. Le rapport rédigé plaide pour l'émergence d'une offre de soins en USPC, compte tenu des besoins de certains patients, qui ne trouvent pas leur place au sein des SLD neuroneurologiques.

**Le D<sup>r</sup> Olivier HENRY** relève une augmentation progressive du nombre de lits vides. Le taux de sorties augmente parallèlement. La première raison est le manque d'entretien des locaux. La seconde est le refus d'admettre des malades âgés en SLD si la famille n'a pas signé un engagement de paiement.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** note qu'un tarif unique est proposé pour l'ensemble de l'AP-HP, alors que dans les structures privées, le prix diminue à mesure que les établissements sont éloignés de Paris.

Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE estime que les restructurations et la gestion partagée doivent être envisagées pour les hôpitaux les plus éloignés de Paris, car ceux-ci travaillent davantage avec les acteurs locaux qu'avec le reste de la filière AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** estime que la logique des SLD, de nature sanitaire, doit être distinguée de la logique « résidents ». Une vue prospective est nécessaire, en reconsidérant l'utilisation du SLD et en prenant en compte le profil futur du patient. Les ratios de personnel au lit du malade ont déjà fait l'objet d'une réflexion. À l'initiative de la secrétaire générale, un groupe travaille sur ces problématiques. Si des structures sont nécessaires, encore faut-il connaître les activités et les missions exercées. Trop souvent, l'AP-HP fait du sanitaire avec des moyens de type ÉHPAD.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande s'il y a les mêmes ratios de personnel pour les USLD accueillant des jeunes que pour les autres USLD.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** confirme qu'il n'existe qu'un seul ratio à sa connaissance.

**Le président** rappelle que les personnes dans ces services, quel que soit leur âge, sont extrêmement dépendantes.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** appelle également à la vigilance sur la qualification et/ou le personnel de ces structures.

**Le président** se félicite que l'AP-HP décide de conserver les SLD et propose ainsi une offre de soins complète, de la conception jusqu'à la grande vieillesse.

**Le directeur général** se déclare convaincu qu'un secteur SLD soit conservé. Néanmoins les contraintes liées aux mises en conformité peuvent impliquer des réajustements capacitaires.

*La CME émet un avis favorable aux propositions du groupe de travail par 37 voix pour et 14 contre.*

### **3. Diagnostic préimplantatoire (DPI)**

**M<sup>me</sup> Anne COSTA** rappelle que le diagnostic préimplantatoire comprend trois étapes :

- assistance médicale à la procréation afin d'obtenir des embryons ;
- prélèvement des embryons et analyse génétique afin de déterminer les embryons indemnes de la maladie génétique en vue de leur implantation ;
- suivi des résultats de la tentative assuré par le centre de DPI.

Deux techniques de DPI différentes sont utilisées en fonction du profil du couple et du type de maladie recherchée : DPI chromosomique ou cytogénétique et DPI génique ou moléculaire. L'activité est réalisée par quatre centres en France, dont un centre en Île-de-France, dont les activités sont réparties entre Necker et Antoine-Béclère.

La lettre de mission du groupe de travail comprenait un bilan d'activité et du fonctionnement du centre actuel Béclère-Necker avec un focus sur les délais d'attente des couples, et un point sur l'opportunité d'ouvrir un second centre de DPI à l'AP-HP pour la partie fécondation *in vitro* (FIV) en étudiant l'impact éventuel sur les délais de rendus biologiques et les moyens nécessaires. Une description et une analyse du parcours patient ont été réalisées.

Le DPI nécessite une expertise très pointue et des moyens matériels et humains importants, mais avec des équipes de taille très petite. L'activité est probablement insuffisamment financée à ce jour. Les délais d'attente sont très longs (20 mois) pour des raisons techniques et de goulot d'étranglement, même si l'étude montre une réelle amélioration.

Aujourd'hui, le centre Béclère-Necker atteint son seuil maximal d'activité avec 320 tentatives de DPI en 2014 contre une activité moyenne par centre attendue de 200 à 250 tentatives par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), seuil de calibrage de la mission d'intérêt général (MIG). Il est possible de réduire les délais pour les porter de 20 à 8 mois, que ce soit pour un parcours en cytogénétique ou en biologie moléculaire. Pour réduire ces délais, il est nécessaire d'augmenter encore l'activité afin de fluidifier la prise en charge.

L'ouverture d'un second centre clinique de DPI à l'AP-HP n'est pas souhaitable à court terme :

- elle ne résoudrait pas la question de l'engorgement actuel des laboratoires de cytogénétique, et plus encore de biologie moléculaire ;
- elle ajouterait des contraintes multiples (géographiques, organisationnelles, etc.) à un parcours patient déjà extrêmement contraignant ;
- elle nécessiterait de doubler des équipements et matériels et exigerait des moyens importants (coûts de structure).



Pour réduire les délais à 8 mois (délais incompressibles), il convient de conforter le centre actuel en augmentant l'activité pour la porter à 400 à 500 cycles par an, au lieu de 320 actuellement. Cette augmentation d'activité nécessite un renforcement des moyens humains et matériels qui pourraient être couverts pour les charges directes par une MIG et les B hors nomenclature (BHN). Le travail sur le parcours patient a montré des actions d'amélioration s'agissant de l'évolution des techniques et des organisations.

Le dossier a été présenté à l'Agence de biomédecine afin de pouvoir avancer assez rapidement.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** note que l'activité va augmenter avec le nombre croissant des diagnostics possibles. Un deuxième centre devra ainsi, à terme, être prévu. Les limites budgétaires incitent néanmoins, à ce jour, à renforcer le centre actuel.

**Le président** demande des précisions sur la définition des « cycles ».

**M<sup>me</sup> Anne COSTA** indique que c'est cette notion qui est, habituellement, utilisée, la MIG finançant 250 cycles.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande comment l'augmentation d'activité permettra de raccourcir les délais.

**M<sup>me</sup> Anne COSTA** rappelle que le financement futur n'a pas encore été arrêté. Les délais actuels s'expliquent par le blocage des demandes par les laboratoires qui ne peuvent assurer le volume dans les délais impartis (nécessitant le doublement de la MIG pour un engagement 400 à 500 cycles). Le doublement des moyens des laboratoires permettrait ainsi de réduire les délais abordant les flux. Il a été vérifié que les demandes étaient comprises dans la MIG, qui fixe un volume financier et un nombre d'emplois, et les BHN.

**Le président** demande si l'activité est prise en charge à 100 % pour les parents et s'il est dangereux d'enlever un blastomère.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** confirme la prise en charge à 100%. Les blastomères sont des cellules souches totipotentes par excellence. Une seule peut donner un embryon entier. C'est donc possible d'en prélever un. Par ailleurs les études menées sur les embryons non transférés ont montré une forte instabilité chromosomique dans les différents blastomères d'un embryon humain. Il est donc probable que tous ne contribuent pas à la formation du bouton embryonnaire.

*La CME émet un avis favorable aux propositions du groupe de travail à l'unanimité des votants.*

### **III. Avis sur le rapport d'activité 2014 de l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Amélie VERDIER** indique que le rapport d'activité est soumis pour avis à la CME. Il a été adopté en Conseil de surveillance, bien qu'il ait été précisé que l'avis de la CME n'avait pas encore été sollicité. Ce document, qui est présenté un peu plus tôt que par le passé, comprend 128 pages rédigées par l'ensemble des directions fonctionnelles, sous la coordination de la direction de

l'inspection et de l'audit. L'objectif sera de mettre en ligne des données pluriannuelles afin de pouvoir plus facilement effectuer des comparaisons.

Ce document comprend les chiffres clés et les événements marquants de l'année 2014. L'AP-HP compte 20 704 lits, toutes disciplines confondues, dont 11 719 en MCO. Ont été dénombrés en 2014 1,2 million de séjours en MCO, 5,1 millions de consultations externes et 1,1 million de passages aux urgences. Cette activité a été réalisée par 23 550 médecins et 4 670 internes. Les effectifs totaux sont proches de 74 000 équivalents temps plein (ÉTP). Plus de 900 projets de recherche à promotion ou gestion AP-HP sont par ailleurs recensés. S'agissant des événements marquants, sont rappelés les événements institutionnels, les ouvertures ou regroupements de structures et les événements illustrant la marche du progrès médical.

Ce rapport présente également les orientations stratégiques, entre dernière année de mise en œuvre du précédent et adoption d'un nouveau plan. Le rapport revient enfin sur les projets d'organisation, l'offre de soins, la démocratie sanitaire, le sujet de la qualité, l'innovation et la recherche, ainsi que les aspects relatifs à la gestion. Une mention spécifique a été faite page 37 sur le rôle de la cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) en matière de qualité et gestion des risques.

Un résumé plus illustré de 24 pages sera publié à la rentrée, précédé de quelques mots d'introduction du directeur général, du président de la CME et de la présidente du Conseil de surveillance.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** estime que ce rapport est très instructif et ouvre des perspectives sur la période 2015-2019. Elle note cependant que le socle managérial des pôles mentionné à la page 68 devait être défini d'ici le 2<sup>e</sup> trimestre 2015.

**M<sup>me</sup> Amélie VERDIER** explique qu'un groupe de travail animé par la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) a travaillé sur ces éléments managériaux. Des échanges sont également prévus au sein des comités de suivi des pôles. Ces éléments doivent être repris dans le cadre de la nouvelle mandature. Le document provisoire pourrait toutefois être diffusé.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rappelle que le socle managérial de base a été diffusé. Les débats portent sur la délégation de gestion et l'organisation de la gouvernance des pôles (rapports avec la CME et la CMEL...).

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** précise que pour elle, le management ne peut être réduit à la gestion. Le management correspond aussi à l'animation, l'information, la coordination, la motivation des équipes pour obtenir un travail collectif le plus efficace possible.

**M<sup>me</sup> Amélie VERDIER** explique que deux types de document ont été discutés, ceux ayant trait à la délégation de gestion et l'organisation de la gouvernance et le document sur le socle managérial, qui est plus large et inclut des éléments sur les modalités de communication interne aux pôles ou encore sur l'animation de l'encadrement.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** note que le rapport prévoit, à la page 20, dans le cadre de l'optimisation de l'organisation des blocs opératoires, une fidélisation du personnel. Concernant le personnel médical, 10 % des postes sont vacants en anesthésie-réanimation. Il demande si les mesures qui avaient été proposées par les praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation élus à la CME, au directeur général lors de sa nomination, seront appliquées.

**Le directeur général** rappelle qu'il n'est possible d'envisager des mesures coûteuses que dès lors que l'amélioration de l'organisation est démontrée. Sur ce point, le travail est encore en cours.

*La CME approuve le rapport d'activité 2014 de l'AP-HP à l'unanimité et 3 abstentions.*

#### **IV. Point sur l'organisation et le fonctionnement des centres d'obésité à l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Jean-Michel OPPERT** rappelle que l'obésité est une pathologie chronique fréquente, dont la prévalence a été multipliée par deux en 15 ans pour atteindre 15 % de la population. L'obésité massive a été multipliée par quatre. Elle touche préférentiellement les femmes et les populations précaires. Il existe en effet un fort gradient social avec un facteur de 1 à 3.

Les patients suivent une trajectoire allant de la prédisposition à la prise de poids, à l'établissement de l'obésité, au développement des complications jusqu'au handicap. En parallèle, une gradation de soins est proposée, allant des mesures de prévention et des modifications du mode de vie (alimentation et activité physique) jusqu'à la chirurgie bariatrique.

Les actes de chirurgie bariatrique ont été multipliés par 3,5 en huit ans (45 000 actes en 2014). La chirurgie bariatrique permet une perte de poids substantielle (- 20 % à 20 ans) et une diminution de la mortalité de 30 %, de la morbidité cardiovasculaire de 30 % et de l'apparition de nouveaux cas de diabète de 80 %. La chirurgie n'est toutefois qu'un élément du parcours des patients obèses, qui associe des consultations et un suivi à vie après l'intervention.

L'AP-HP a été précurseur en matière de structuration de l'offre de soins en obésité. Onze sites AP-HP ont été reconnus en 2005. En 2012, dans le cadre du plan national obésité, piloté par le P<sup>r</sup> Arnaud BASDEVANT, des centres spécialisés et des centres intégrés ont été identifiés. Les centres spécialisés ont vocation à prendre en charge de façon pluridisciplinaire l'obésité sévère (adulte, enfant) et d'organiser la filière de soin dans chaque région. Les centres intégrés ont, en plus, vocation à assurer un diagnostic et un traitement très spécialisés (obésités génétiques ou rares) et à développer la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation.

37 centres spécialisés ont été identifiés en France, dont 4 en Île-de-France et 3 à l'AP-HP :

- AP-HP « nord » (CIO) : Bichat - Louis-Mourier - Jean-Verdier - Avicenne - Robert-Debré - René-Muret ;
- AP-HP « sud » (CSO) : Béclère – hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) - Bicêtre - Paul-Brousse - Henri-Mondor – Albert-Chenevier ;
- AP-HP « centre » (CIO) : Pitié - Ambroise-Paré - Trousseau - Necker - Cochin – centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) - Berck - Hendaye.

20 % de l'activité de chirurgie bariatrique d'Île-de-France est réalisée au sein de l'AP-HP ; 20 % dans le public hors AP-HP ; et 60 % dans le secteur privé. En 2014, 35 168 patients vus à l'AP-HP ont fait l'objet d'un codage incluant le diagnostic « obésité », dont 69 % en médecine, 17 % en chirurgie hors bariatrique, 8 % en obstétrique et 6 % en chirurgie bariatrique.

S'agissant de la chirurgie bariatrique, 2 349 séjours sont dénombrés, principalement au CIO Nord. Concernant la prise en charge médicale, le P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT recense 1 922 séjours en hospitalisation prolongée et 7 286 séjours en hospitalisation de jour, principalement au CIO Centre.

Concernant les enfants et jeunes de moins de 18 ans, 38 des 150 jeunes opérés en 2014 l'ont été à l'AP-HP, dont 20 au CSO Sud. Un débat a été engagé sur la reconnaissance et la nécessité d'une réglementation de cette activité chez les plus jeunes.

Les centres intégrés ont vocation à développer la recherche clinique (cohortes...) et translationnelle.

Les points forts de l'AP-HP en matière de prise en charge de l'obésité sont multiples :

- expertise et structuration ;
- accès aux soins pour tous ;
- prise en charge intégrée pédiatrie/médecine adulte/chirurgie/obstétrique unique ;
- prise en charge spécialisée des situations de dénutrition, parfois grave, pouvant compliquer le suivi de la chirurgie bariatrique;
- soins de suite et de réadaptation (SSR) (René-Muret, Berck...);
- équipes multi-professionnelles ;
- équipements adaptés ;
- formation des personnels non médicaux ;
- conventionnements hors AP-HP ;
- liens avec la recherche.

La lisibilité du dispositif reste cependant encore sans doute insuffisante. Il est essentiel de poursuivre la structuration telle qu'elle a été initiée par la mise en place des centres spécialisés et intégrés et de s'assurer du nombre de professionnels compétents, dans un contexte où la concurrence avec le privé est importante (en matière de chirurgie bariatrique). L'évolution des exigences des autorités de santé en matière de chirurgie bariatrique constitue une opportunité. Plusieurs leviers doivent également être mobilisés :

- maillage territorial, notamment en lien avec l'ARS ;
- projets parcours de soins IHU ;
- collaboration avec les associations de patients ;
- coopérations professionnelles ;
- télémédecine pour le suivi à long terme des patients.

**Le président** estime que l'organisation de la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP reste trop dépendante des personnes. Une certaine régulation est, à son sens, nécessaire.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Michel OPPERT** reconnaît que la dynamique actuelle doit être confortée et ajoute que la DOMU accompagne cette structuration, en lien avec l'ARS.

**Le président** demande s'il est encore concevable de compter des équipes chirurgicales sans équipes médicales, alors que le suivi des patients est essentiel.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Michel OPPERT** confirme que la situation doit encore être améliorée, comme en témoignent les chiffres transmis. L'activité chirurgicale doit évidemment s'appuyer sur un soutien médical.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souligne l'importance de s'adapter à l'épidémie d'obésité, notamment ce qui concerne les matériels.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** insiste sur l'attention à porter aux équipes médico-chirurgicales afin d'éviter les complications et s'interroge sur le nombre de reprises de patients après chirurgie bariatrique. Elle demande la répartition entre activité libérale et publique au sein de l'AP-HP. La majorité de l'activité bariatrique en Île de France est réalisée en dehors de l'AP-HP dans le secteur lucratif, il est à craindre que l'activité libérale des praticiens de l'AP-HP restreigne encore l'accès aux soins publics pour les patients dans cette activité.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Michel OPPERT** indique, s'agissant de l'activité privée, qu'une clinique parisienne réalise par exemple plus de 1 000 actes par an. L'offre est quasi exclusivement privée en grande couronne. Les typologies de patients ne sont pas connues avec précision. Au sein des services de son centre, les patients opérés présentent une indice de masse corporelle (IMC) de deux ou trois points plus importante que la moyenne nationale. Il précise ne pas disposer de chiffres sur l'activité libérale à l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** insiste sur la prise en compte de l'obésité, notamment dans le cadre des transports en urgence (ambulances, brancards), compte tenu des problèmes financiers, logistiques, mais aussi humains posés.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Michel OPPERT** note que l'ARS devrait faire l'acquisition de quatre véhicules adaptés au transport bariatrique. Il tient à souligner l'implication de l'ARS dans la structuration de l'offre, puisque chaque centre obésité reçoit un budget pour nommer un coordinateur de centre qui est chargé de l'animation territoriale et de la mise en place des parcours entre les différents unités ou services constitutifs des centres.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que des véhicules ont été achetés et les chambres spécifiquement équipées, à la suite de la labellisation des centres.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** s'interroge sur la prise en charge psychologique ou psychiatrique des patients, que ce soit pour les causes ou conséquences de cette pathologie.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT** rappelle que les équipes multidisciplinaires comptent des personnels médicaux et paramédicaux (diététiciens, psychologues, éducateurs sportifs, assistantes sociales...). La prise en charge est ainsi globale.

**Le directeur général** note que la force de l'AP-HP est de poser des diagnostics médicaux avant de prévoir de la chirurgie bariatrique, puis d'assurer un suivi médical afin d'éviter de lourdes complications. Il demande si la qualité et la sécurité de la prise en charge de l'AP-HP pourraient être mieux mises en valeur et un cahier des charges mis en œuvre à l'extérieur, afin d'éviter le développement d'une activité rentable sans garantie en matière de sécurité.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT** reconnaît que l'offre de l'AP-HP doit être plus lisible. Dans cette idée, l'ensemble des centres obésité Île-de-France organiseront une journée régionale obésité le 13 octobre, à laquelle le directeur général de l'AP-HP est évidemment convié. Il s'agit de s'adresser au grand public, comme aux professionnels de santé, afin d'expliquer les parcours proposés et la structuration de l'offre de l'AP-HP.

Des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2009 ont trait au parcours de chirurgie bariatrique. Une actualisation est cependant nécessaire. La formation des médecins généralistes est également importante, au regard de l'augmentation de l'obésité. Les experts, en particulier de l'AP-HP, ont un rôle à jouer sur ce point.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL** note que l'animation territoriale demandée dans le cahier des charges a été assurée, sans pour autant que des moyens n'aient véritablement été attribués, en dehors du poste de coordinateur. Cette animation pourrait toutefois s'appuyer sur une forme de labellisation et de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) régionale.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT** reconnaît qu'il existe un marché lucratif, mais souligne que les indications sont globalement respectées. Ces indications pourraient toutefois utilement être précisées. L'enjeu majeur reste par ailleurs d'organiser le suivi. Les centres obésité permettent, sur ce point, une véritable prise en charge du patient.

**Le D<sup>f</sup> Brigitte SOUDRIE** indique que les hôpitaux disposant d'espaces thérapeutiques intégrés (bénéficient d'un environnement paysager exceptionnel : plage, parcours de marche, activités sportives encadrées en milieu marin, équithérapie) doivent les valoriser, en particulier dans le cadre des obésités syndromiques, pour lesquelles il est préconisé de mettre l'accent sur la prise en charge physique tout au long de la vie.

**Le président** interroge le P<sup>f</sup> OPPERT sur les activités de prévention réalisées dans ces centres.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Michel OPPERT** relève, sur ce point, que les centres s'occupent davantage de prévention secondaire et tertiaire, que de prévention primaire.

**Le D<sup>f</sup> Alain FAYE** note que l'émiettement constaté est le fait d'un contingentement des activités chirurgicales, ce qui explique les pertes de marché. Un manque de moyens est également constaté en matière de scanners pour les patients obèses. Un lien doit par ailleurs être assuré entre la prise en

charge des enfants et des adultes. Des passerelles doivent être prévues. L'activité de recours nécessite enfin d'importants moyens pour pouvoir traiter les complications.

## V. Radioprotection des patients à l'AP-HP

**Le P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** rappelle en premier lieu que la radioprotection présente des risques, mais compte également de nombreux bénéfices. En France, 81,8 millions d'actes sont dénombrés. Une augmentation de 20 % de la dose efficace a été enregistrée depuis 2007. 10 % des actes sont responsables de 70 % de l'exposition.

Certains effets des rayonnements ionisants sont déterministes. La gravité constatée est proportionnelle à la dose et les effets sont systématiques au-dessus d'un seuil en radiologie d'intervention. En diagnostic, ces effets ne sont constatés qu'en cas d'erreur. Les effets stochastiques correspondent aux risques de cancers et aux effets génétiques. Il existe une relation linéaire entre la dose et la probabilité d'apparition d'un cancer. Si le lien est documenté au-dessus de 100 millisievert (mSv), il n'existe aucune certitude en dessous de ce seuil. Des études épidémiologiques de 2012 et 2013 témoignent d'un excès de risque d'environ 1 pour 10 000 scanners réalisés. La directive EURATOM 2013-59 regroupe les mesures à prendre pour la radioprotection des patients et personnels. Pour les patients, deux principes doivent être respectés : justification des actes, optimisation des techniques.

L'Agence de sûreté nucléaire (ASN) a réalisé 85 inspections en quatre ans au sein de l'AP-HP et une inspection de revue à la Pitié-Salpêtrière, qui ont identifié trois principales faiblesses :

- optimisation des doses au patient insuffisante ;
- manque de formation des médecins ;
- non-report systématique de la dose sur le compte-rendu d'acte.

La radiologie interventionnelle correspond, pour l'ASN, à tout acte réalisé utilisant les rayonnements ionisants, afin d'inclure les blocs opératoires dans le cadre du contrôle. Il faut, en effet, non seulement mieux former les médecins, mais également lutter contre les mauvaises pratiques des opérateurs au bloc opératoire.

Le P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE fait part en conclusion des préconisations suivantes :

- besoin de physique médicale ;
- formation des opérateurs ;
- renouvellement du parc d'équipements et accroissement du nombre d'IRM ;
- mise en place de systèmes de surveillance de la dose (DACs) ;
- évaluation des pratiques professionnelles sur la justification et l'optimisation des actes.

**Le président** demande si les patients devraient disposer d'un carnet reportant les doses reçues.

**Le P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** répond par la négative, expliquant que l'augmentation des doses n'est pas une problématique en soi, dès lors qu'elle est justifiée.

**Le président** suggère de solliciter les PU-PH de biophysique.

**Le P<sup>f</sup> Hubert Ducou le Pointe** estime qu'il convient plutôt de mobiliser la profession des physiciens médicaux, les PU étant des médecins, et non des physiciens.

**Le président** estime qu'il serait naturel d'inscrire dans les missions des professeurs de biophysique praticiens hospitaliers la supervision du report des doses.

**Le P<sup>f</sup> Élisabeth DION** salue le travail du P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE et insiste sur la formation des médecins non radiologues. Elle souligne les progrès sur la limitation de l'irradiation des nouveaux scanners et la quantification de la dose délivrée par examen. L'AP-HP pourrait, à son sens, être à l'origine d'un observatoire des radiations ionisantes pour les soignants et pour les patients.

**Le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN** souligne les progrès des scanners les plus modernes et note par ailleurs que les départements de médecine nucléaire assurent davantage la prise en charge des patients que le contrôle des doses, qui ressort des radiophysiciens, nouvelle profession attachée à la médecine nucléaire et à la radiologie.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** demande si les matériels permettant de connaître les doses d'irradiation ont été recensés.

**Le P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** rappelle que les matériels doivent, légalement, fournir cette dose depuis 2004. Les anciens matériels doivent toutefois être renouvelés.

**Le président** demande si les cardiologues se sont mobilisés sur ce sujet.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU** répond que la collégiale de cardiologie débattrait prochainement de ce sujet.

**Le directeur général** souhaiterait savoir qui s'assure que les recommandations de l'ASN sont suivies d'effets et si les retours d'expérience sont tirés pour l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP.

**Le P<sup>f</sup> Hubert DUCOU LE POINTE** rappelle que l'AP-HP a généralement deux mois pour répondre aux préconisations. Une coordination doit encore être constituée pour mutualiser les actions au sein de l'ensemble des établissements.

**Le directeur général** estime que cette coordination doit être mise en place, non seulement pour la radioprotection des agents, mais pour celle des patients, afin de s'assurer que les préconisations sont suivies d'effets dans l'ensemble des hôpitaux.

## **VI. Politique d'accueil des patients étrangers à l'AP-HP**

**Le D<sup>f</sup> Florence VEBER** rappelle que ce sujet avait déjà été présenté en février 2013. Deux décisions avaient alors été prises : une augmentation des tarifs de 30 %, avec une facturation des dispositifs médicaux implantables (DMI) et des molécules onéreuses ; et la mise en place d'une



expérimentation sur cinq GH avec un guichet expérimental au siège afin de mieux comprendre les problèmes posés.

Le patient non résident (PNR) est un patient, français ou non, résidant de façon pérenne à l'étranger. Les PNR pour des soins programmés sont redevables de la totalité des frais, calculés sur la base des tarifs journaliers de prestation +30 %, sauf urgences, interventions humanitaires, accords internationaux avec autres caisses de Sécurité sociale et aide médicale d'État (AME).

Ces patients présentent une grande hétérogénéité :

- patients de l'Union européenne (UE (par exemple : Grèce) et Maghreb individuels non pris en charge ;
- patients pris en charge par des organismes étrangers : institutions, ambassades, etc. ;
- quelques patients fortunés qui viennent à titre individuel le plus souvent via un médecin bien identifié.

Le rapport Jean DE KERVASDOUÉ, publié le 12 mars 2015, s'est positionné pour une promotion de l'accueil des patients étrangers en France sur le modèle allemand. Le ministère de la Santé s'est parallèlement mobilisé (groupe de travail à la Fédération hospitalière de France [FHF], sortie prochaine du décret qui découle de l'article de la loi de 2011). Le Conseil de l'Ordre travaille également sur le sujet afin d'autoriser les hôpitaux à mettre sur leur site internet des informations à destination des patients étrangers sans être taxé de publicité. Quelques initiatives visent aussi à capter une patientèle payante *via* des conventionnements avec certains pays/institutions, notamment le Golfe et l'Asie (Institut Gustave-Roussy [IGR], certains établissements de santé privés d'intérêt collectif [ÉSPIC] (IGR, certains ESPIC, quelques privés). Plusieurs CHU se sont d'ores et déjà mobilisés.

Les séjours des PNR sont en augmentation de 9,8 % au sein de l'AP-HP depuis 2010 (environ 11 000 séjours). Les évolutions sont toutefois extrêmement diverses selon les GH. Les patients sont majoritairement issus d'Algérie, du Maroc, d'Italie, du Koweït et d'Égypte et traités dans les domaines de la pédiatrie, du digestif, de la cardiologie ou encore de l'uro-néphrologie en hospitalisation conventionnelle.

Le guichet expérimental institutionnel 2013-2014 a traité 152 dossiers, dont 80% de patients issus du Golfe, la plupart provenant d'ambassades ou institutions (dénonciation du contrat Globemed). Plus de 70 % sont pré-orientés.

Plusieurs problèmes ont pu être mis en évidence :

- activité très chronophage (10 devis pour 3 hospitalisations) ;
- temps de réponse médicaux trop longs ;
- coûts discutables parfois trop chers ;
- cas souvent complexes ;
- activité libérale induite (au moins 65 % des cas) ;
- recouvrements problématiques en post-paiement ;
- difficulté d'adhésion des médecins à un recrutement imposé par le siège sans contrepartie.

S'agissant des masses financières, les caisses européennes représentent 26 M€ ; les organismes étrangers 31 M€ ; les PNR non couverts par un organisme ou une assurance 39 M€. Dans ces deux dernières situations, un tiers des cas fait l'objet d'une surfacturation. Cette surfacturation représente une recette de 10 M€ en 2014. Des difficultés de recouvrement sont toutefois à déplorer, les taux de recouvrement étant de :

- 32 % sur les particuliers non majorés ;
- 80 % sur les particuliers majorés ;
- 36 % sur les organismes.

En créances non recouvrées et en cumulées, 118 M€ n'ont ainsi pas été réglés à l'institution, dont plus de 31 M€ correspondant à des patients algériens.

Deux grands axes de travail sont ainsi proposés :

- Réduire les non-recouvrements
  - PNR accueillis en programmé, pour tous types de soins : le patient règle d'avance. Aucune prise en charge d'organisme étranger ne sera plus acceptée, sauf si cet organisme règle d'avance à la place du patient. Il s'agit d'ailleurs de la position adoptée par l'ensemble des CHU français.
  - PNR accueillis en urgence : les prises en charge des assurances voyages sont acceptées, avec un paiement *a posteriori* sur facture.
  - Dérogation pour quelques organismes (Tunisie, Maroc, Commission européenne...)
- Proposer des offres ciblées et structurées sur la base du volontariat des équipes médicales qui définissent elles-mêmes ce qu'elles proposent. Pour ces prestations, des tarifs forfaitaires seront élaborés afin d'accélérer la production des devis et améliorer la lisibilité.

Dans un contexte évolutif, l'objectif est ainsi de mieux organiser l'accueil des patients et de mieux recouvrer les coûts. Une forte sensibilisation des services de soins sera, pour cela, nécessaire, afin notamment d'éviter le contournement par les urgences et pour faire comprendre que quand un patient étranger quitte l'hôpital sans avoir payé les moyens de recouvrement sont très limités.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** indique que certains patients arrivent dans un état grave à l'aéroport d'Orly en provenance d'Algérie, sans information et accord préalable du SAMU 94 qui doit les prendre en charge.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** rappelle que les patients nécessitant d'être soignés en urgence sont pris en charge et ne relèvent pas de ce sujet. L'objectif est, en revanche, d'éviter les non-recouvrements pour les patients accueillis en programmé.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** appelle à se montrer particulièrement attentif aux risques de bactéries multi-résistantes (BMR), notamment grâce à des actions de dépistage. S'agissant de la prolongation des séjours, ce risque ne s'est pas avéré ces derniers mois. La confidentialité a par ailleurs globalement été respectée. Elle note que cette activité ne doit toutefois pas se développer au détriment de

l'accueil des patients résidents, car elle n'entre pas dans le cadre des missions de service public de l'AP-HP. Elle rappelle enfin qu'il n'existe pas de doctrine sur la répartition d'une éventuelle marge bénéficiaire, bien que cette activité reste, à ce jour, déficitaire.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** note que l'activité est actuellement très modeste (moins de 0,5 % des séjours de l'AP-HP). L'objectif n'est pas de l'augmenter, mais de mieux la structurer. Un nouveau point pourra être réalisé dans deux ans car actuellement les bénéfiques sont très faibles et laissés à la main des GH.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** rappelle que les patients étrangers avaient été considérés comme une source de revenus importante. Or 118 M€ de dettes sont aujourd'hui à déplorer.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** relève que les hôpitaux allemands ont développé cette activité de manière profitable et ajoute que les 118 M€ de dettes correspondent à des créances datant parfois de plusieurs années.

**Le directeur général** confirme qu'il s'agit d'un stock de dettes et précise qu'il est proposé de mettre un terme aux 600 accords qui conduisent à l'alimenter. L'objectif est de structurer l'offre, en lien avec le besoin de rayonnement international de nos équipes. L'AP-HP ne renoncera évidemment pas à prendre en urgence les patients qui en ont besoin, bien qu'ils soient parfois adressés par d'autres organismes qui se spécialisent dans le programmé lucratif.

**M. Guy BENOÎT** relève que certains pays riches (États-Unis, Belgique...) doivent de l'argent à l'AP-HP et estime qu'une action pourrait être menée pour ces quelque 20 M€. Il note parallèlement que le taux de recouvrement moyen est d'environ 50 %, alors que pour les patients relevant de la Sécurité sociale, le taux cible est de 90 % à six mois.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** rappelle qu'un travail est mené sur l'adaptation de la politique tarifaire, avec notamment la mise en place de forfaits. Une commission traite notamment du sujet des dettes ressortant des pays considérés comme développés. S'agissant des organismes, l'objectif est de demander le paiement à l'avance aux organismes qui présentent un haut niveau de dettes. La situation est évidemment beaucoup plus difficile s'agissant des particuliers.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** estime qu'il appartient à l'administration de gérer ces patients, et non aux médecins. Il suggère par ailleurs de demander aux patients de renseigner une adresse en France, afin de permettre la mise en place de consultations de contrôle.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** indique qu'un interlocuteur est spécialisé au sein de chaque GH pour l'accueil de ces patients. Un dialogue entre le médecin et l'administration est toutefois nécessaire. Le D<sup>r</sup> Florence VEBER précise ne pas avoir eu connaissance de problématiques sur les adresses, mais prend note de cette remarque.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** s'interroge sur l'organisation de l'IGR, qui compte 15 % de patients étrangers. Il note qu'il est reproché à l'AP-HP des prix non compétitifs, notamment pour les endoscopies, alors que l'expertise n'est pas toujours aussi importante dans les hôpitaux étrangers.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** indique que l'IGR compte un guichet d'accueil composé de trois administratifs et d'un médecin tous dédiés à cette patientèle. S'agissant des endoscopies, effectivement il est possible que les frais de structure de l'AP-HP soient trop élevés et un travail de benchmark devra être mené.

**Le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET** ajoute que l'IGR compte des médecins issus des pays étrangers et un hôtel sur site, ce qui lui permet d'être particulièrement attractif.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** tient à saluer le travail des personnes qui ont recueilli les informations présentées. Il estime que des décisions difficiles doivent être prises pour éviter l'accumulation de dettes et demande si un contrôle sera exercé sur un possible contournement par les urgences.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** explique que l'objectif sera d'assurer un suivi dans chaque GH et de sensibiliser les médecins afin d'éviter des certificats d'urgence limités avec les conséquences financières mais il est certain qu'un certain nombre de situations restent humainement très difficiles.

**Le président** insiste sur les problématiques humaines derrière ces décisions.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** s'interroge sur la date des créances et sur les possibilités de récupérer une partie des sommes.

**Le D<sup>r</sup> Florence VEBER** rappelle qu'il n'existe que peu de moyens juridiques de récupérer les montants, une fois le patient retourné dans son pays et que le ministère des affaires étrangères a proposé comme cela se fait aux États-Unis de bloquer de futurs visas pour ce type de patients.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** note qu'une action diplomatique a toutefois été menée avec l'Algérie pour récupérer quelques millions d'euros.

## **VII. Information sur les règlements et calendriers électoraux de la CME et des CME locales au 4<sup>e</sup> trimestre 2015**

**M<sup>me</sup> OPPÉTIT** rappelle que le périmètre concerné comprend :

- la CME ;
- 12 CME locales (CMEL) ;
- 5 comités consultatifs médicaux (CCM) Agence générale des équipements et produits de santé [AGEPS], hospitalisation à domicile [HàD], Hendaye, Paul-Doumer et San Salvador).

Les élections auront lieu au scrutin secret uninominal à deux tours, le 27 octobre et le 1<sup>er</sup> décembre 2015. Le vote s'effectuera exclusivement par correspondance. Chaque électeur recevra par voie postale un matériel électoral identifié, mais anonyme.

Le dépôt des candidatures s'effectuera par courrier avant le 28 septembre auprès de la directrice de la DOMU pour la CME et des directeurs des GH pour les CMEL et CCM.

Sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception :

- des praticiens en période probatoire ou de stage ;
- des praticiens attachés associés ;
- des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture de la liste ;
- des personnels affectés dans un établissement extérieur à l'AP-HP en vertu des dispositions prévues par la réglementation ;

Le dépouillement sera centralisé par une société prestataire. Une commission de vote unique statuera sur les cas litigieux. L'affichage des procès-verbaux sera effectué le jour même au siège et dans les sites. Le délai de réclamation des résultats s'étendra du 27 octobre au 5 novembre. Les résultats définitifs du 1<sup>er</sup> tour seront proclamés le 6 novembre.

S'agissant du second tour, il est prévu un possible retrait de candidatures du 27 octobre au 6 novembre. La procédure de dépouillement sera identique à celle du 1<sup>er</sup> tour. L'affichage aura lieu le 1<sup>er</sup> décembre. Le délai de réclamation des résultats s'étendra du 1<sup>er</sup> au 9 décembre. Les résultats définitifs seront proclamés le 10 décembre.

Les CMEL seront convoquées entre le 10 et le 18 décembre afin d'élire les présidents et vice-présidents de CMEL, membres de droit à la CME. Enfin, la CME sera mise en place le 12 janvier 2016.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** demande, s'agissant du corps électoral des CMEL, si le collège 2 est composé de 22 ou 23 représentants non responsables de structures internes.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme ce point, compte tenu de l'impossibilité d'être dans deux collèges à la fois.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si la composition de la CME et des CMEL a évolué et s'interroge sur le coût de la société prestataire sollicitée.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique, s'agissant de la composition des collèges, que la seule modification porte sur l'inclusion d'une deuxième sage-femme. Elle n'a pas d'indication sur le coût de la société prestataire.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique qu'une réponse sera prochainement apportée sur ce point.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** demande s'il est toujours prévu de désigner, parmi les médecins, un psychiatre et un radiologue.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** confirme ce point.

**Le président** précise que la CME doit également compter un représentant de la fédération du polyhandicap dans le collège des PH médecins et un gériatre dans le collège des chefs de pôle. Un anatomopathologiste doit également être désigné.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER** note, à cet égard, que les anatomistes ne doivent pas être intégrés aux anatomopathologistes.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** demande si le collège des attachés associés a disparu.

**M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT** indique que ce point sera vérifié.

**Le président** rappelle que la composition des collègues n'a pas été modifiée depuis le dernier scrutin.

### **VIII. Questions diverses**

*Les questions diverses ont été traitées au point I.*

### **IX. Approbation du compte-rendu de la réunion du 14 avril 2015**

*Le compte rendu de la réunion du 14 avril 2015 est approuvé à l'unanimité.*

*La séance est levée à 12 heures 45.*

\*                    \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 8 septembre 2015 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 26 août 2015 à 16 heures 30**