

Les Diaporamas de la CME

Réunion du 10 mars 2015 (8h30-12h30)

Nouvelles de la CME (P^r Loïc CAPRON)

- Le P^r Philippe ARNAUD a rendu hommage au D^r Emmanuelle PAPY, praticien hospitalier à la pharmacie de Bichat, décédée le 28 février, âgée de 41 ans.
- La CME a accueilli le P^r Bruno RIOU, élu doyen de l'unité de formation et de recherche (UFR) médicale Pierre & Marie Curie le 12 février. Il succède au P^r Serge UZAN.
- « Réquisitionné » par le président de la République pour célébrer les 5 ans de la loi qui a créé le service civique, le directeur général devait quitter la CME à 9h15. Les préambules en ont donc été écourtés. On peut consulter les *Actualités de la CME* dans le [compte rendu](#) du dernier bureau.

Avis sur la convention de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris (M. Martin HIRSCH) [convention](#), [diaporama](#), [addendum](#)

Des points de convergence existent entre, d'un côté, les engagements que la maire a pris dans son programme de mandature et, de l'autre, les objectifs du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP en matière d'accès aux soins, de politique patrimoniale, de crèches et d'avantages sociaux.

L'AP-HP est le CHU d'Île-de-France et non pas de Paris. Plus de la moitié de ses sites se trouvent hors les murs parisiens, notamment dans les territoires de banlieue qui connaissent une forte évolution démographique et où les besoins sanitaires sont les plus grands. Les liens de l'AP-HP avec la Ville de Paris ne peuvent donc pas être exclusifs et suffisants. La CME a précisé cela dans un [addendum](#) qu'elle a approuvé à l'unanimité en même temps que la convention. La CME exercera une vigilance particulière sur le partenariat entre la municipalité de Paris et l'AP-HP dans le domaine des cessions immobilières.

Motion de la CME sur le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) (P^{rs} Philippe RUSZNIEWSKI et Marc DELPECH) [motion](#)

La [CME du 10 février](#) a lancé le débat sur le projet de réforme du PHRC, qui a suscité le lancement d'une [pétition](#) sur internet. Par un [courrier du 16 février](#), le directeur général a relayé nos inquiétudes auprès de la ministre en charge de la Santé. Dans sa [réponse du 26 février](#), lue en séance par M. HIRSCH, la ministre se veut rassurante. Elle affirme que son ministère conservera « intégralement son rôle de décision des financements et des orientations du PHRC » et que « l'évaluation scientifique indépendante des projets continuera de relever d'un jury sélectionné pour son expertise en recherche clinique » ; mais elle confirme que l'agence nationale de la recherche (ANR) « pourrait se voir confier l'hébergement d'un portail unique de la recherche en santé ». Ce guichet unique pour l'ensemble des programmes et des financeurs de la recherche en santé, risque d'édulcorer le PHRC et d'assécher les moyens spécifiquement alloués à la recherche clinique. La CME a approuvé à l'unanimité et une abstention la [motion](#) proposée par la sous-commission *Recherche et Université*.

Exécution budgétaire au 31 décembre 2014 (M^{me} Carine CHEVRIER) [diaporama](#)

En 2014, l'AP-HP a tenu ses engagements budgétaires : tout en maîtrisant ses dépenses, elle a augmenté ses recettes grâce à un nombre accru d'hospitalisations (complètes et partielles). Notre déficit sur le compte principal est moins élevé que prévu. Malgré ces bonnes performances, notre capacité d'autofinancement (qui permet de financer nos investissements courants) se dégrade et notre dette, bien qu'en baisse, reste très élevée (2,1 G€).

L'horizon ne se dégage pas avec le plan d'économies de 3 G€ sur les dépenses hospitalières entre 2015 et 2017 que le gouvernement a décidé. Selon les estimations présentes de M^{me} CHEVRIER, cela se solderait pour l'AP-HP par une restriction

supplémentaire de nos dépenses de 135 M€ à répartir sur la même période ; ce qui paraît peu, eu égard à la part de 10 % que nous occupons ordinairement dans le budget hospitalier national. La révision 2016 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) sera d'une rigueur inégalée : 8 M€ à économiser, soit environ 70 équivalents temps plein à rendre. À la demande des présidents de CME locale, la révision suivra une procédure modifiée dont le directeur général a présenté les principes à la [CME du 10 février](#). Les groupes hospitaliers (GH) seront en première ligne pour faire des choix au sein de leur masse salariale médicale en fonction des orientations qui seront arrêtées lors des conférences budgétaires et stratégiques de mars-avril. Au préalable, la CME d'avril devra donner un avis sur la lettre de cadrage.

Dans notre budget 2014, il convient de remarquer que les journées d'hospitalisation complète (+1,2 %) et partielle (+3,5 %), et les passages aux urgences (+5,1 %) ont augmenté nettement plus que le nombre des personnels médicaux titulaires (+0,6 %). Nommer un PH restera donc un investissement « rentable » tant qu'on voudra faire légitimement croître l'activité de nos hôpitaux, c'est-à-dire répondre aux besoins sanitaires de la population. Outre l'augmentation d'activité, nous devons recourir au levier des réorganisations pour alléger nos dépenses ; mais cela demande plus de réflexion et de patience.

Pour mémoire, selon les statistiques de l'ARS, les activités MCO (séjours et séances en médecine, chirurgie et obstétrique) des hôpitaux d'Île-de-France en 2014 (N=2 540 000) ont crû de 2,9 % par rapport à 2013 : 3,1 % pour le public hors-AP-HP (914 000), 3,3 % pour les ÉSPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif, 567 000) et 2,4 % pour l'AP-HP (1 059 000).

Les conférences stratégiques et budgétaires des GH et des hôpitaux non rattachés à un GH vont se dérouler du 19 mars au 7 mai.

En juillet, la CME examinera le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP et son état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour 2015.

Avis sur le programme d'investissement 2015 concernant les équipements médicaux (M. Didier LE STUM, P^r Catherine BOILEAU) [diaporama](#)

Tout en votant à l'unanimité le programme d'investissement 2015, la CME a mis l'accent sur le taux de vétusté de nos équipements qui met en danger notre attractivité et pénalise notre contribution au progrès médical. Les robots chirurgicaux en fournissent un exemple éloquent : avec nos trois unités sur un total de 18 implantées en Île-de-France, nous avons accumulé un gros retard, alors que nous sommes le CHU de la région, censé être en première ligne dans la formation et dans la recherche.

Recensement et bilan financier des contrats établis par les GH avec des médecins ou maïeuticiens libéraux (M^{me} Christine WELTY) [diaporama](#)

Cinq GH ont passé des contrats avec 31 sages-femmes (péripartum physiologique), et 18 médecins (imagerie, ophtalmologie, cardiologie). La direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) n'est pas en mesure, à ce jour, d'en établir le bilan financier. La sous-commission du temps et des effectifs médicaux (s-CTEM) instruira les demandes sur lesquelles le président de la CME doit donner un avis. Elle vérifiera qu'ils remplissent bien les critères présentés à la CME du 8 janvier 2013 ([diaporama](#)) pour encadrer cette pratique à l'AP-HP.

La CME est partagée sur l'opportunité de ces contrats libéraux car ils offrent à l'AP-HP une occasion : d'un côté, de libéraliser ses attachés pour les garder, eux et leurs malades (dans un environnement qui devient de plus en plus concurrentiel) ; et de l'autre, de trouver une solution pour pallier la baisse de ses effectifs médicaux titulaires que doit provoquer l'efficacité, mais avec la crainte, pour certains, que cela n'amorce la privatisation de pans entiers de nos activités.

Indicateurs de prévention des risques associés aux soins (D^r Sandra FOURNIER) (diaporama) et plan d'action pour préserver l'efficacité des antibiotiques (P^r Daniel VITTECOQ)

Les données d'évolution des résistances microbiennes, des consommations d'antibiotiques et des résultats des indicateurs nationaux rendent nécessaire un plan d'action pour renforcer le bon usage des médicaments anti-infectieux dans nos hôpitaux. La cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU) recevra le P^r VITTECOQ, président de la commission des anti-infectieux (COMAI) et référent en antibiothérapie de l'AP-HP, pour élaborer ce plan qui sera soumis à la CME avant l'été.

Les difficultés d'organisation et les surcoûts liés à l'accueil des patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRé) amènent à s'interroger sur l'opportunité de les regrouper dans des services dédiés.

Point sur l'avancement du système d'information (SI) Patient (D^r Laurent TRÉLUYER) diaporama

Le tableau dressé par notre nouveau directeur des systèmes d'information (DSI) est encourageant, avec une accélération du déploiement d'ORBIS et la mise à disposition du module recherche d'ici l'été. Les priorités concernent aujourd'hui le dossier de soins et le module de prescription des médicaments et examens de biologie. L'accompagnement matériel et humain de ce déploiement reste un souci, sur lequel la direction générale a cependant décidé de faire un effort financier.

Les actions de la DSI touchent d'autres secteurs de l'activité médicale :

- la biologie avec le déploiement du module GENNO de génétique pour les systèmes de gestion des laboratoires et le logiciel CARTAGENIA pour l'interprétation des puces ADN à visée diagnostique ;
- l'imagerie avec l'objectif d'un PACS (*picture archiving and communication system*) unique pour toute l'AP-HP à la mi-2016.

Le groupe de travail sur la charte informatique est relancé et présentera ses propositions lors d'une prochaine CME.

Questions diverses

- Le directeur général ne disposant pas du temps requis pour y répondre, on a reporté à la séance suivante deux questions du D^r Patrick PELLOUX sur : (1) la laïcité à l'hôpital ; (2) les mesures que l'AP-HP a prises à l'encontre de l'élève infirmier de la Pitié qui a eu des activités délictueuses en lien avec les terroristes qui ont sévi à Paris en janvier dernier.
- Les sages-femmes de la CME, M^{mes} Magalie DELAHAYE et Caroline RAQUIN ont soulevé la question, posée depuis plusieurs années, de ce qu'il adviendra de l'école des sages-femmes installée à Saint-Vincent-de-Paul après la cession prochaine du site à la Ville de Paris. Aucune solution n'a encore été proposée. Le 4 mars, le président de la CME a reçu M^{mes} RIVIÈRE et RUDELLE, directrice et directrice adjointe des deux écoles installées à l'AP-HP (Saint-Vincent-de-Paul et Saint-Antoine), accompagnées de deux étudiantes sages-femmes, M^{mes} BRUNEAU et KOURGANOFF. Leur souhait commun est de regrouper les deux écoles en un même lieu à déterminer, qui pourrait être l'hôpital Tarnier : ce site, rattaché au GH *Hôpitaux universitaires Paris-centre* et propriété de la Ville de Paris, doit être prochainement désaffecté. La CME appuie ce projet qui doit maintenant être examiné par la DOMU et par la direction générale. Au conseil de surveillance du 12 mars, où ils représentent la CME, le P^r Christian RICHARD et le D^r Alain FAYE ont relayé cette proposition dans la discussion sur le nouvel accord de partenariat entre l'AP-HP et la Ville de Paris. L'Université et la Région, qui finance ces écoles, doivent aussi s'impliquer. La CME reviendra sur le sujet avant la fin de 2015.
- Le D^r Georges SEBBANE a interpellé les directions centrales sur la situation du bâtiment Georges-Brassens à l'hôpital Joffre (Draveil, Essonne). Il accueille

169 malades en soins de longue durée (SLD) dans l'irrespect flagrant de la QSS & CAPCU. La CME s'est unie au D^r SEBBANE pour demander l'arrêt des admissions et la confirmation d'une fermeture rapide. Sans être en mesure d'en préciser le calendrier, M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER (secrétariat général) a confirmé l'intention de désaffecter ce bâtiment.

- Le P^r Thierry BÉGUÉ, président de la sous-commission *Temps et effectifs médicaux*, a alerté la CME sur l'application du [**décret du 26 février 2015**](#) dans nos hôpitaux à partir du prochain semestre (qui commence le 4 mai) : comment assurer la permanence et la continuité des soins en respectant un temps de travail des internes qui ne dépasse plus 48h par semaine, réparties en huit demi-journées de stage (incluant les repos de sécurité) et deux demi-journées hors stage (une pour la formation et l'autre « que l'interne utilise de manière autonome pour compléter et consolider ses connaissances et ses compétences ») ?
 - M. Stefan NERAAL, pour les DES de médecine générale, a déclaré que ces nouvelles dispositions doivent être strictement appliquées pour garantir la QSS et le bien-être des internes au travail.
 - M. Jules GREGORY, pour les DES d'autres spécialités médicales, pense que des aménagements sont à chercher pour ne pas dégrader la qualité formatrice des stages en éloignant les internes des responsabilités cliniques, avec glissement des tâches qui leur incombent vers les médecins plus chevronnés qu'eux.
 - La CME souhaite poursuivre la concertation avec les internes pour proposer rapidement des solutions.
 - La DOMU a indiqué avoir informé les GH de cette nouvelle organisation du travail des internes, mais ne pas avoir de solution toute faite pour garantir leur bonne application ; ce d'autant qu'il n'y aura pas de recrutements supplémentaires pour compenser cette perte de temps de travail médical effectif.

P^r Loïc CAPRON, le 16 mars 2015.