

Les Diaporamas de la CME

réunion du 12 mars 2013

Nouvelles de la CME (P^r Loïc CAPRON, D^r Georges SEBBANE)

- Le 4 mars, M. Édouard COUTY a remis à la ministre en charge de la santé son [rapport](#) sur le pacte de confiance pour l'hôpital. Dans son [discours](#), M^{me} Marisol TOURAINE a pris treize engagements :
 1. inscrire le service public territorial de santé dans la loi, en insistant sur le fait que les urgences, en particulier hospitalières, sont le premier des services publics du territoire ; l'engorgement dont elles souffrent doit devenir la préoccupation de l'hôpital tout entier, qui assure leur aval ;
 2. réaffirmer le service public hospitalier dans la loi de santé publique qui sera promulguée en 2014 ;
 3. poser les premiers jalons d'une tarification fondée sur les parcours de soin et au service de la qualité ;
 4. mettre en place des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS), dont l'enveloppe sera de 45 G€ pour les hôpitaux au cours de dix prochaines années. Début juillet 2014, chaque agence régionale de santé (ARS) devra avoir transmis son SRIS au ministère, de manière à guider les arbitrages du COPERMO (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins) ;
 5. lancer des territoires de soins numériques, auxquels seront consacrés 80 M€ dans le cadre des investissements d'avenir ;
 6. mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance hospitalière démocratique et équilibrée avec, avant l'été prochain, un décret portant sur la composition et le renforcement des compétences de la CME, du CTE (comité technique d'établissement) et de la CSI (commission des soins infirmiers) ;
 7. demander aux conférences de directeurs et de présidents de CME qu'elles dressent un bilan de l'organisation de nos hôpitaux en pôle ;
 8. renforcer la place des usagers dans la vie des établissements, avec création d'un comité technique des usagers dans les grands établissements ; mieux associer aussi les élus au projet d'établissement ;
 9. répartir les sujets de négociations sociales entre les échelons locaux et nationaux, avec création d'un tel échelon national pour les praticiens hospitaliers ;
 10. renforcer dès cette année, par décret et avec l'aide des ARS, les missions des commissions paritaires régionales, en attendant des ARS qu'elles aient une vision prospective des besoins humains sur leur territoire et sur son attractivité médicale ;
 11. relancer les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail en leur consacrant une enveloppe dédiée ;
 12. mettre en place, dès cette année et par décret, une section médicale du CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) ;

13. créer dès cette année un observatoire national de la veille et du dialogue social.

Nombre de ces mesures devraient rapidement avoir un impact notable sur les missions et l'organisation des CME. Nous devons les suivre avec la plus grande attention.

M^{me} TOURAINE a aussi adressé trois messages spécifiques à l'AP-HP.

1. Elle nous invite d'abord à renforcer notre ancrage territorial, en nous ouvrant aux autres hôpitaux et à la médecine ambulatoire ; notamment dans l'élaboration de nos projets immobiliers. Nos ouvertures hospitalières et académiques sur les territoires de santé environnants seront un thème phare de notre plan stratégique 2015-2019. Le président poursuit ses contacts avec nos partenaires régionaux et prépare un séminaire de la CME sur ce thème à l'automne 2013. L'avenir de l'AP-HP, unique ou morcelée, est ici clairement en question.
 2. La ministre insiste sur la nécessité d'une « bonne gouvernance », c'est-à-dire simplifiée, mais qui associe et implique tous les professionnels dans les choix qui les concernent. Pour les médecins et la CME, l'évolution de la direction de la politique médicale en direction médico-administrative (*v. infra*) va dans ce sens ; mais il convient aussi de mieux partager les responsabilités et pouvoirs entre le centre et la périphérie : entre direction générale et directions des groupes hospitaliers, et entre CME centrale et CME locales.
 3. M^{me} TOURAINE souhaite enfin que l'ARS d'Île-de-France mette en place, à l'intention de l'AP-HP, un fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité, avec un programme sur trois ans, afin de participer à l'amélioration des conditions de travail des équipes ; mais ce sans précision sur l'origine de l'argent : dotation supplémentaire ou part augmentée de l'AP-HP dans le budget hospitalier régional ?
- La CME attendait ce mardi matin M. Claude ÉVIN, directeur général de l'ARS d'Île-de-France, pour échanger avec lui sur deux sujets fort préoccupants pour l'AP-HP : l'effort d'efficacité qui nous est à nouveau demandé en 2013 (150 M€) et nos perspectives d'investissement immobilier lourd. Le 25 février, M. ÉVIN avait accepté cette invitation, mais jeudi dernier, 7 mars, il a demandé au président de la CME de reporter sa venue. Le 8 mars, le président en a informé les membres de la CME et leur a adressé un [message](#) expliquant les motifs de M. ÉVIN ; dont le premier (attente de plus amples informations gouvernementales sur le budget des hôpitaux 2013) a sans doute un lien avec le 3^e souhait de la ministre pour l'AP-HP (*v. supra*). M. ÉVIN sera bienvenu à notre prochaine réunion (9 avril) pour une intervention exclusivement axée sur les deux thèmes dont nous sommes convenus tous ensemble.

Arrêté directeur AP-HP remplaçant la direction de la politique médicale (DPM) par la direction médico-administrative (DMA) (M^{me} Mireille FAUGERE et P^r Loïc CAPRON) [arrêté](#)

Conformément à la lettre et à l'esprit du Code de la santé publique, et à l'[accord](#) conclu entre la directrice générale et le président de la CME le 28 novembre 2012, la DPM de l'AP-HP est supprimée et remplacée par la DMA. Pour ce qui touche directement à la CME, la DMA assiste la directrice générale et le président

de la CME dans les deux rubriques où la loi leur demande de se concerter (v. [mémoire](#) rédigé par le P^r CAPRON pour de plus amples détails) :

- politique médicale de l'établissement ;
- amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU).

Le président de la CME a remercié la directrice générale pour sa bienveillance et sa bonne volonté pendant tout le cours de cette délicate négociation.

Gestion des événements indésirables graves (P^r Christian RICHARD) **[diaporama](#)**

Le P^r RICHARD est coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) ; ce qui lui donne la mission de renseigner la CME sur les événements indésirables graves (ÉIG) qui se produisent dans nos hôpitaux. L'état des lieux interpelle par sa complexité, avec

- une frontière indécise entre ce qui est grave et ce qui ne l'est pas (qui varie beaucoup selon qu'on est médecin, paramédical, administratif, patient, journaliste, juriste, etc.),
- et les multiples redondances et empiètements de deux boucles mal coordonnées : entre les soignants et les administratifs, et entre le siège et les groupes hospitaliers.

Sous l'égide de la DMA et de la CME, la cellule QSS & CAPCU réunit les principaux partenaires concernés. Avec son appui et tout en respectant les règlements en vigueur, le P^r RICHARD va proposer des procédures clarifiées pour la déclaration, l'analyse et l'exploitation préventive des ÉIG. Il conviendra notamment de :

- définir ce qui doit être considéré comme grave,
- faire la part entre ce qui doit être traité à l'échelon du groupe hospitalier et du Siège,
- situer exactement la place et le respect du secret médical dans ces procédures.

Cet objectif fera partie du programme d'action de la cellule QSS & CAPCU qui doit être présenté à la CME du 11 juin.

Avenir de l'hôpital Joffre (M^{me} Monique RICHARD)

Situés à 2 km l'un de l'autre, les hôpitaux Joffre et Dupuytren forment un ensemble hospitalier AP-HP sur la commune de Draveil (Essonne). Depuis une dizaine d'années, presque toutes les activités ont été regroupées sur le site rénové de Dupuytren. Seuls 240 lits de soins de longue durée (SLD) demeurent à Joffre (bâtiment Georges-Brassens, très mal entretenu mais sans injonction de fermeture pour raisons de sécurité). La coupe PATHOS 2011 a montré que seulement 43 % des personnes hébergées à Joffre nécessitaient des soins hospitaliers, c'est-à-dire un séjour en SLD. L'AP-HP a décidé de fermer Joffre, de répartir ses malades sur d'autres sites et de construire un ÉHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou maison de retraite médicalisée) sur une parcelle inoccupée de Dupuytren. Le 22 février 2013 le directeur général de l'ARS et le président du conseil général de l'Essonne en ont signé l'appel à projets. L'opérateur retenu, public ou privé, prendra en charge la construction et la gestion de cet ÉHPAD de 152 lits et places, l'AP-HP mettant gratuitement à disposition le terrain. L'ÉHPAD sera agréé à 100 % par l'aide sociale et accordera une priorité aux patients venant des hôpitaux de l'AP-HP. Il

ouvrira en 2016 et pourra reprendre les personnels de l'AP-HP encore employés à Joffre à cette date. D'ici là, on prévoit une réhabilitation minimale du bâtiment Georges-Brassens, en réduisant progressivement le nombre des malades qui y séjournent. Le président et le vice-président de la CME ont visité Joffre le 12 septembre 2012. Ils en sont revenus avec la conviction qu'il faut cesser au plus vite d'y hospitaliser des patients car (1) la qualité et la sécurité des soins y semblent frôler les limites de l'acceptable, (2) les conditions de l'accueil hôtelier y sont tout à fait hors de proportion avec le tarif SLD que doivent supporter l'aide sociale ou les familles.

Point d'étape sur le développement professionnel continu (DPC)
(P^r Daniel SERENI, D^{rs} Nicole PERIER et Stéphane DAVID) [diaporama 1](#), [diaporama 2](#)

Les différentes pièces du dispositif national sont maintenant en place. Pour valider son DPC, chaque praticien ne devrait pas bouleverser ses pratiques actuelles : presque tous satisfont déjà cette obligation, mais sans en avoir encore formalisé la procédure. Autre bonne nouvelle, le DPC va pouvoir tirer profit direct et validant de la base AP² qui recueille les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (ÉPP) existant à l'AP-HP. On travaille à un dépliant de présentation et d'explication, *DPC, mode d'emploi*, à l'intention de tous nos praticiens, médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes. L'obligation du DPC ne concerne que les praticiens titulaires, ce qui exclut les internes, qui sont des étudiants DES en 3^e cycle.

Recettes et dépenses de l'AP-HP en 2012, présentation du plan de travaux 2013 (M^{me} Carine CHEVRIER) [diaporama 1](#), [diaporama 2](#)

Conformément aux prévisions, l'année 2012 se clôt sur un déficit de 72 M€ pour le compte de résultat principal. Malheureusement, ce résultat plutôt encourageant repose essentiellement sur des recettes exceptionnelles (rattrapage de recettes dues pour l'activité des années antérieures, remboursement de taxes indues sur les salaires). En 2012, l'effort effectif d'efficience a été d'environ 75 M€ ; mais c'est le double qu'on attend de nous en 2013...

La prévision de budget 2012 s'était fondée sur une croissance d'activité qui n'a été que partiellement réalisée. Il faudrait cesser de vouloir augmenter le nombre des hospitalisations pour faire des recettes quand la politique générale tend partout à réduire la place des hôpitaux dans les parcours de soins. Tout le monde en convient volontiers, mais nul n'en tire encore les conséquences.

Plan d'équipement 2013 (M. Jean-Michel DIEBOLT) [diaporama](#)

Les crédits de paiement s'élèveront à 90 M€. La CME reste sceptique sur la possibilité de réduire ainsi le taux de vétusté des équipements en 2013. Elle n'a pas non plus parfaitement compris ce qu'étaient devenus les quelque 19 M€ de crédits d'équipement non dépensés en 2012.

Projet d'informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical (M. Jérôme HUBIN) [diaporama](#)

Le nouveau système d'information (NSI) gestion (*HR-Access* et *SAP*, coût global d'investissement 75 M€) a développé une nouvelle application (coût 630 k€) pour la gestion des tableaux de service (présences des praticiens, des listes de garde, congés annuels ou liés à la réduction du temps de travail, RTT, plages additionnelles, etc.). Un test sera réalisé dans deux services pilotes avant

extension à l'ensemble de l'AP-HP, probablement au début de 2014. La CME a toujours prôné la bonne tenue des tableaux de services, tant prévisionnels que réalisés, car ils sont la marque d'une bonne organisation du travail médical dans les services, qui est un ingrédient essentiel dans la qualité et la sécurité des soins.

Pr Loïc CAPRON