

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 7 JUIN 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2011**

## SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Caractéristiques des départements hospitalo-universitaires	6
III.	Réseau ville-hôpital	9
IV.	Activité 1 <sup>er</sup> trimestre 2011	12
V.	Indicateurs nationaux de performance médicale HAS (IPAQSS)	15
VI.	Avis sur le bilan d'expérimentation des chambres individuelles	17
VII.	Avis sur la charte utilisateurs du système d'information	18
VIII.	Avis sur les contrats d'amélioration des conditions de travail 2010-2013	20
IX.	Avis sur les contrats d'activité libérale	21
X.	Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1 <sup>er</sup> novembre 2011	21
XI.	Approbation du compte rendu de la séance du mardi 12 avril 2011	22
XII.	Questions diverses	22

## ORDRE DU JOUR

### SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Caractéristiques des départements hospitalo-universitaires (*Pr Humbert*)
- 3- Réseau ville – hôpital (*Pr Meininger – Pr Créange*)
- 4- Activité 1<sup>er</sup> trimestre 2011 (*M. Taright - M. Sauvage*)
- 5- Indicateurs nationaux de performance médicale HAS (IPAQSS) (*Dr Gasquet*)
- 6- Présentation du bilan de l'expérimentation des chambres individuelles (*M. Sauvage*)
- 7- Avis sur la "Charte utilisateurs du système d'information" (*M. Perret*)
- 8- Avis sur les contrats d'amélioration des conditions de travail 2010 – 2013 (*Mme Castagno*)
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 10- Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2011 (*M. Hubin*)
- 11- Approbation du compte rendu de la séance du mardi 12 avril 2011
- 12- Questions diverses.

### SEANCE RESTREINTE

#### COMPOSITION C

Avis sur la nomination des chefs de service à titre provisoire

Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers temps partiel vacant (Publication du 18 avril 2011)

Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers (Procédure article R.6152-9)

Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur une première demande et une demande de renouvellement de prolongation d'activité de praticien hospitalier

.../...

**COMPOSITION B**

Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires en septembre 2010

**COMPOSITION A**

Avis sur des mobilités hospitalières de PU-PH.

Avis sur les premières demandes et les renouvellements de consultants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> septembre 2011

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- Mme DESOUCHES,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

• ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- Mme le Pr AIACH,
- M. le Pr LEVY.

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- M. DUPONT, directeur par intérim des affaires juridiques,
- M. FOURNIER, directeur de la politique médicale,
- M. JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. POIMBOEUF, directeur des ressources humaines,
- M. SAUVAGE, direction économique et financière, de l'investissement et du patrimoine,
- Mme VASSEUR, directrice des soins et activités paramédicales,
- Mme VEIL, directrice du pilotage et de la transformation,
  
- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

• ***membres excusés :***

Mme C. HENRY, Dr JM JULIARD, Pr J. LACAU ST GUILY, Pr B. SCHLEMMER, Pr B. WEIL

*La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du Professeur Coriat.*

## **I. Information du Président de la CME**

**Le Président** indique avoir transmis à la direction générale les avis rendus par la CME sur la nomination des chefs de pôle, à la suite de la séance exceptionnelle du 31 mai dernier. Les doyens ont également transmis leurs avis. Les divergences ne portent que sur quelques pôles.

La CME et la DPM vont par ailleurs arrêter la méthodologie et le calendrier de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2012. C'est un exercice difficile et important. Il est impossible d'attendre la mise en place de la nouvelle CME, pour commencer cette procédure qui incombe donc à la présente CME. Une lettre de cadrage méthodologique sera élaborée avec le Directeur de la Politique médicale. L'étroite collaboration entre la DPM et la CME se poursuit dans ce cadre. Le Président Coriat indique avoir insisté auprès de la Direction générale sur le caractère nécessairement médical de la révision des effectifs. Ce ne peut en aucun cas être un processus fondé sur des objectifs purement économiques. La CME se montrera intransigeante sur ce point pour dégager des marges de manœuvre. Le Président indique avoir fait part de sa fermeté pour deux autres postes de dépenses, à savoir les gardes et astreintes et les demi-journées dont la pertinence doit être vérifiée. Il souligne également que l'offre de soins ne signifie pas un nombre réduit de médecins, compte tenu de la nature de la médecine moderne qui nécessite davantage de temps médical et moins d'hospitalisation conventionnelle. L'ensemble de ces considérations devra être mis en perspective avec la DPM.

**Le Vice-président** prend ensuite la parole pour saluer la mémoire du Professeur Gérard LENOIR, décédé brutalement. Ce collègue a dirigé le service pédiatrique de Necker pendant de nombreuses années et venait de terminer son consultanat. Il s'est impliqué personnellement dans la mise en place des centres de référence pour la mucoviscidose à une époque où la prise en charge a progressé mais où le pronostic était plus lourd. Depuis sa retraite, il s'est impliqué dans des missions humanitaires, avec un investissement à la hauteur de son activité pendant ses années d'exercice à l'AP-HP.

*La CME observe une minute de silence en mémoire de Gérard LENOIR.*

**La Directrice générale** remercie la CME et son Président pour le travail mené sur la nomination des chefs de pôle pour arriver dans une large majorité des cas à un consensus. La nomination des chefs de pôle est une responsabilité importante et elle remercie la communauté médicale pour son travail de qualité, d'autant plus que l'AP-HP traverse une période structurante marquée par la formation des groupes hospitaliers et la nouvelle structure des pôles. La lettre de mission des chefs de pôle est éloquente, dans la mesure où elle décrit des responsabilités médicales, économiques et universitaires considérables. Peu d'établissements ont des pôles avec des ampleurs de responsabilités aussi importantes. A partir des avis rendus, la Directrice générale s'attachera particulièrement aux capacités de transformation et aux compétences managériales que les chefs de pôle pourront incarner dans une période complexe où il faut savoir porter haut les enjeux universitaires et mener à bien la modernisation de l'offre de soins. C'est donc un choix grave dans lequel elle s'impliquera particulièrement.

Concernant la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, la Directrice générale indique que l'exercice ne sera pas simple pour l'année 2012. Il incombe à la présente CME dont elle espère un engagement jusqu'au terme de son mandat et une vision pluriannuelle. Elle souhaite également que des progrès soient accomplis, sachant que des spécialités sont en sureffectifs tandis que d'autres ont des besoins. L'adéquation entre les ressources et les besoins dans des spécialités pointues et distinctes est un sujet important et délicat. La révision des effectifs 2012 sera à l'aune des résultats de la révision 2011. La vigilance de chacun est donc requise. Le budget 2011 repose pour deux tiers sur l'activité et un tiers sur les efforts. Si l'activité n'est pas atteinte, l'AP-HP se trouve en situation de risque, ce qui est actuellement le constat que pose la Directrice générale.

## II. Caractéristiques des départements hospitalo-universitaires

En introduction, le **Président** indique que le DHU constitue une avancée fondamentale qui a vocation à porter la dimension universitaire de l'AP-HP.

**M. HUMBERT** souligne que les DHU s'inscrivent dans une perspective d'excellence hospitalo-universitaire dans la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Après un travail d'un an réunissant les différentes parties prenantes (Directoire de l'AP-HP, doyens, organismes tels que l'INSERM, etc.), a été rédigée une proposition d'appel à projet pour les DHU.

Cette démarche s'inscrit dans un paysage en pleine évolution, dans un contexte international de plus en plus concurrentiel. Elle tient compte de la loi relative aux libertés et responsabilité des universités (dite LRU) leur conférant une autonomie. En avril 2009, a été créée l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) dirigée par le PDG de l'INSERM, qui a vocation à porter une voix commune de la recherche en santé et en biologie. La loi HPST du 21 juillet 2009 a renforcé la coopération entre l'hôpital et l'université tandis que le rapport Marescaux recommandait de créer des IHU en réponse à une volonté d'excellence. L'AP-HP en compte trois, qui ne peuvent cependant résumer son périmètre. Les DHU complèteraient la structuration de la recherche hospitalo-universitaire (mais comme les IHU, les DHU ne résumeront pas l'ensemble de la recherche de l'AP-HP). Enfin, la création des DHU s'inscrit dans le cadre du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP (volet recherche et innovation et volet relations avec les universités).

Dans la nouvelle organisation de l'AP-HP en groupes hospitaliers, la reconfiguration des pôles constitue une opportunité pour le renforcement de leurs axes stratégiques de soins et de recherche. La participation des groupes hospitaliers à la création des DHU s'inscrit dans cette logique, en partenariat avec les universités et les organismes de recherche.

Dans ce contexte, les DHU ont pour objectif de rénover les relations entre l'hôpital, l'université et les organismes de recherche, dans le respect des identités et des prérogatives de chacune de ces institutions, afin de dynamiser la recherche et d'améliorer la qualité des soins par une diffusion plus rapide des innovations. Ils constituent des éléments moteurs de la dynamique hospitalo-universitaire, créant des synergies nouvelles et apportant des éléments innovants et transformants à la politique de site. L'objectif est également de rendre visibles des thématiques clairement identifiées, fédératrices et considérées comme prioritaires et novatrices par l'ensemble des partenaires. Enfin, il s'agit de diversifier, cibler et optimiser les sources de financements en ayant accès à de nouvelles sources de financement, d'origine publique ou privée, ainsi qu'à un soutien spécifique résultant de l'engagement de l'ensemble des partenaires.

Sur cette base, ont été définis les principes directeurs des DHU. Les DHU associent un ou plusieurs pôles cliniques (PHU) de l'hôpital (ou éléments d'un PHU) et une ou plusieurs unités mixtes de recherche (UMR) autour d'une thématique précise, permettant une gestion optimale des moyens. Les DHU ont une dimension hospitalière et universitaire (création conjointe de l'AP-HP, des universités et des organismes de recherche, notamment l'INSERM). Les DHU se constituent à partir d'une thématique précise au sein d'un périmètre hospitalo-universitaire bien défini. Les DHU sont labellisés pour une durée de cinq ans renouvelable, par les institutions concernées, à la suite d'un appel à projets lancé conjointement par les universités, les organismes de recherche et l'AP-HP. Leurs projets sont évalués par des rapporteurs extérieurs sur la base de critères exigeants, dans la triple mission de recherche, d'enseignement et de soins, témoignant de l'expertise reconnue des équipes constitutives et de la qualité des projets.

Le nombre de DHU est nécessairement limité. Après débat, leur nombre a été fixé entre 20 et 30 sur le territoire de l'AP-HP à l'issue de deux appels à projets (2011 et 2013). Pour les créer, il est impossible d'attendre un éventuel financement national. La création de chaque DHU repose sur la conclusion d'une convention de partenariat, définissant les modalités d'organisation et de fonctionnement du DHU et permettant de traduire les engagements de chaque partie. Ainsi, les DHU ne constituent pas des entités juridiques autonomes. Ils bénéficient d'une gouvernance non contraignante, ayant essentiellement pour rôle l'animation du projet et le suivi de la convention de partenariat. Enfin, les DHU représentent une ligne de force sur laquelle convergent les ambitions de tous les partenaires. Ils disposeront des moyens résultant de leurs engagements.

La gouvernance des DHU devra s'appuyer sur un comité directeur composé d'un (ou plusieurs) responsable médical, d'un (ou plusieurs) responsable de l'enseignement et d'un (ou plusieurs) responsable de la recherche. Il désignera parmi ses membres le coordonnateur du DHU. Le fonctionnement du DHU repose également sur un conseil scientifique impliquant les institutions fondatrices.

Concernant les modalités de sélection des projets, les comités locaux de la recherche biomédicale et en santé (CLRBS) jouent un rôle essentiel pour faire émerger des projets de DHU sur les sept territoires hospitalo-universitaires franciliens. Chaque projet, rédigé en anglais, fera l'objet d'une expertise indépendante par deux à trois experts nationaux ou internationaux sur la base d'une grille de critères d'évaluation, afin de prévenir les conflits d'intérêt. Les projets seront évalués par un jury qui proposera un classement. Ce processus de sélection aboutit à l'attribution du label et à la signature de la convention de partenariat par les représentants légaux (autorités de labellisation) des institutions concernées

Le calendrier de l'appel à projets DHU 2011 prévoit les échéances suivantes :

- lancement du premier appel à projets DHU : 5 juillet 2011 ;
- date limite de réception des dossiers : 21 octobre 2011 ;
- expertise des dossiers : du 24 octobre au 16 décembre 2011 ;
- réunion du jury : entre le 2 janvier et le 13 janvier 2012 ;
- réunion du CRMBSP : 19 janvier 2012 ;
- labellisation des premiers DHU pour une durée de cinq ans avant le 31 janvier 2012.

A l'issue de cette présentation, **le Président** demande si le jury d'évaluation est parisien ou national et note que la qualité primera dans la sélection des projets.

**M. HUMBERT** répond qu'un jury national voire international est préférable.

**Mme GAUSSEM** indique participer au comité local en recherche biomédicale et en santé (CLRBS) de l'Université Paris-Descartes. Dans ce cadre, il s'avère délicat de faire émerger des projets tout en étant partie prenante des DHU. Le CLRBS a donc décidé de jouer un rôle de conseil plutôt que de classement en raison de la problématique de conflits d'intérêt.

**M. HUMBERT** confirme qu'il s'agit d'un problème majeur et délicat. L'objectif est d'éviter les conflits d'intérêt tout en gardant un rôle de soutien à l'identification de projets transformants et structurants pour les sites.

**M. HARDY** demande si une masse critique hospitalière doit être atteinte pour créer un DHU.

**M. HUMBERT** répond qu'il s'agit d'une notion importante qui peut varier en fonction des thèmes. La taille des composantes peut effectivement jouer, mais la qualité des projets importe plus. Il se déclare ouvert sur ce sujet.

**M. LYON-CAEN** rappelle que le rapport Marescaux recommandait d'ouvrir les DHU vers des structures qui ne soient pas exclusivement universitaires. Elles étaient conçues comme l'occasion d'améliorer le niveau moyen de la médecine en France et de redonner un élan hospitalier général. Cette partie semble oubliée. Par ailleurs, des limites sont d'emblée fixées aux DHU puisqu'ils sont imaginés sur un périmètre hospitalo-universitaire précis. A l'origine, les DHU avaient pour vocation de dépasser les frontières séparant les universités et les groupes hospitaliers. Ainsi contraints, ils peuvent aboutir à la fragmentation des forces de recherche sur des thématiques définies.

**M. HUMBERT** indique que ces points ont été abordés au cours des réflexions. Les structures non-universitaires ne sont pas oubliées, mais elles ne sont pas centrales. Ont vocation à rejoindre les DHU les structures qui ont du sens et de la visibilité. Les DHU sont néanmoins ouverts à d'autres structures afin d'atteindre la masse critique. Par exemple, la structure de Villeneuve-Saint-Georges est intéressante pour le soin et l'enseignement et a besoin d'alliances en matière de recherche. Elle ne peut cependant être considérée comme le point fort du projet par un jury international. Bien que ces structures ne constituent pas le cœur du projet, elles n'en sont pas exclues et cela peut servir une saine émulation. Au niveau des universités, les présidents ne souhaitent pas dépasser les frontières qui les séparent. Ils ne sont cependant pas opposés à des collaborations ou à des projets interuniversitaires ; en particulier ils sont souvent favorables à l'émergence de projets au sein d'un PRES. Enfin, il paraît inévitable d'avoir plusieurs projets sur un même thème en raison des positions concurrentielles adoptées par chacun. Il serait néanmoins légitime d'ouvrir des projets interuniversitaires sur des thèmes forts, si les universités soutiennent cette démarche.

**Le Président** souligne que l'investissement et le soutien des présidents d'université et des doyens s'avèrent fondamentaux pour promouvoir et classer un DHU. Le faire reposer sur deux universités risque d'atténuer le soutien qui lui est apporté.

**M. LYON-CAEN** rappelle qu'un IHU est défini par l'unicité de lieu, ce qui n'est pas la raison d'être d'un DHU. Il regrette que l'élan des DHU se heurte à des obstacles corporatistes dans lesquels les présidents d'université ont leur part.

**M. REMY** demande si un DHU peut se transformer à termes en IHU et si le caractère interuniversitaire peut s'opposer à une telle évolution. Par rapport au caractère francophone du jury, il suggère de réunir un jury international, ou au moins européen, pour renforcer la crédibilité des DHU et des demandes de financement extérieures.

**M. HUMBERT** répond qu'il sera fait en sorte de réunir un jury international. Quant aux DHU préfigurant un IHU, la pérennité des appels d'offre IHU n'est pas assurée. Néanmoins, il est vrai que la commission Marescaux les considérait comme précurseurs de futurs IHU. Il faudrait considérer le DHU comme une entité en soi.

**M. CAPRON** demande quel sera le devenir des structures qui ne seront pas rattachées à un DHU.

**M. HUMBERT** répond qu'il sera vraisemblablement plus porteur de faire partie des DHU pour des raisons de visibilité et de financement. Il insiste néanmoins sur le fait que les DHU ne résumeront pas notre environnement hospitalo-universitaire et qu'il convient de veiller à soutenir les structures de valeur hors DHU dans chaque périmètre hospitalo-universitaire. Une réflexion dans ce sens est menée dans différentes universités.

### **III. Réseau ville-hôpital**

#### **1. Les réseaux de santé**

**M. CREANGE** propose une présentation du réseau SINDEFI-SEP (réseau sclérose en plaques et maladies inflammatoires du système nerveux de l'Est francilien). Créé en octobre 2004 avec des financements expérimentaux, ce réseau a évolué en GCS en décembre 2010. Il couvre cinq départements de l'Île-de-France mais a une vocation régionale. Il prend en charge une file active de 1 300 patients et réunit plus de 3 000 professionnels de santé. Le réseau de santé vise à améliorer le suivi des patients et s'articule autour d'une équipe de coordination composée de différents professionnels de santé, sociaux et administratifs pour relier patients, établissements de santé et professionnels de santé dans un objectif de continuité, de proximité et de personnalisation.

Les services peuvent être médicaux, paramédicaux, psychologiques et sociaux. Le réseau coordonne la prise en charge mais ne se substitue pas. Il propose ainsi des réunions de coordination hebdomadaires, l'élaboration de plans personnalisés de soins, des réunions de concertation pluridisciplinaires et une coordination avec les professionnels de santé de proximité. Il rend des services aux professionnels tels que l'aide à la décision thérapeutique, le soutien à la prise en charge, la clarification du circuit pour les patients et l'aide à l'application des recommandations des centres experts. Il forme les professionnels de santé (PDS) de terrain : développement professionnel continu (DPC) pour les médecins et autres professionnels de santé, IDE référents sclérose en plaques (SEP), organisation de la filière de rééducation pour les kinésithérapeutes. Il encadre le développement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (flashs de corticoïdes à domicile, etc.).

En conclusion, il s'agit d'une structure innovante qui propose des partenariats opérationnels et conventionnels, un lieu de formation et de recherche et des outils métiers spécifiques. Il rend des services aux établissements à travers la diminution de la fréquence des appels dans les services,

l'évitement du recours aux urgences ou encore des formations spécialisées, sans se substituer à eux. A ce stade, il est envisagé de créer un réseau neurologique pluri-pathologique Île-de-France.

## 2. Amélioration des filières de soins : rôle des réseaux, nouveaux métiers

**M. MEININGER** souligne que les pathologies chroniques se caractérisent par une évolution de la typologie des patients avec des causes médicales et/ou sociales liées à l'alourdissement des pathologies admises en hospitalisation MCO, à une mauvaise préparation du parcours de soins et à un manque de lisibilité et de préparation des services de SSR et du domicile (précarité plus importante). Les retentissements organisationnels et économiques sont importants. Pour la neurologie en 2010, on dénombre 28 % de séjours de plus de 30 jours totalisant 67 000 journées soit l'équivalent de 184 lits. Pour le seul département maladie du système nerveux (MSN), le déficit atteint 2 millions d'euros en 2010.

Actuellement, l'AP-HP est confrontée à trois types de difficulté :

- une démographie médicale défavorable ;
- des relations ville-hôpital qui sont source permanente de difficultés avec des propositions souvent incomplètes pourtant essentielles dans le parcours de soins ;
- les réalités incontournables que constituent la logique propre de l'hôpital et la surcharge de travail de ses équipes parallèlement à des médecins libéraux de plus en plus débordés et mal préparés à la prise en charge des pathologies chroniques complexes.

Or l'hôpital dispose d'un savoir inestimable notamment l'expertise de l'histoire naturelle des patients qui permet de mieux assurer la gestion des moments de crise, de mieux répondre aux urgences et de mieux prévoir les difficultés en hospitalisation.

Les intervenants de proximité, quant à eux, ont une meilleure connaissance des données spécifiques des patients, une meilleure identification du tissu sanitaire et médico-social de proximité et une meilleure connaissance des types de soins à domicile.

Pour résoudre le dilemme ville/hôpital, les réseaux de santé constituent une interface entre l'hôpital et la ville, peuvent jouer une fonction de coordination de soins et un véritable rôle dans la préparation et le suivi du parcours de soins. Enfin, la coordination des soins et l'universitarisation progressive des métiers médicaux et paramédicaux (IHU et Master) incitent à les utiliser.

L'AP-HP doit donc se positionner sur cette question à travers des réseaux hospitalo-articulés, à point de départ hospitalier (centre expert), avec une forte implication de terrain (connaissance des intervenants de proximité), en relation directe et verbale. Ces réseaux doivent être mixtes et faire intervenir des soignants formés spécifiquement avec une implication claire des hôpitaux.

En conclusion, la prise en charge par le réseau sur le nombre de jours d'hospitalisation a permis de diminuer les coûts hospitaliers liés aux patients SLA d'un total de 660 265 euros.

## 3. Echanges

**Le Président** demande des précisions sur la place de l'hospitalisation à domicile (HAD) et le rôle éventuel des réseaux Internet, mis en avant aux Etats-Unis.

**M. MEININGER** répond que la HAD joue un rôle ponctuel sans répondre à la question d'une connaissance spécifique des maladies et du malade à suivre. Internet est par ailleurs un outil fabuleux mais inadapté au suivi des malades. Il est difficile d'obtenir l'information recherchée. Les médecins disposent d'un compte rendu d'hospitalisation dont Internet ne saurait simplifier la lecture.

**M. CREANGE** prend l'exemple de la sclérose en plaques qui peut se déclarer à 25 ans avec un décès vers 70 ans. La HAD ne saurait répondre aux besoins des patients et assurer la prise en charge au quotidien et au long cours.

**Mme MAUGOURD** indique que la Fédération des Réseaux de Santé Gériatriques d'Île-de-France travaille avec les réseaux régionaux pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, tels les réseaux de diabétologie, les réseaux de Santé Bucco-dentaire et le réseau Morphée (troubles du sommeil) avec lesquels sont élaborées des conventions de partenariat. Les réseaux gériatriques se rapprochent également des réseaux de handicap neurologique lourd (Réseau SLA-IDF). Au niveau du domicile, les réseaux Gériatriques qui couvrent une très grande partie de l'Île de France apportent une expertise et un soutien aux professionnels de santé qui exercent en libéral. Tout un travail de coordination ville-hôpital est en cours de mise en place.

Les réseaux de santé permettent d'éviter de nombreuses hospitalisations, il reste cependant nécessaire de développer en parallèle des structures de SSR neurologique qui peuvent servir pour des séjours de répit ou de réadaptation et qui sont trop peu nombreuses en Île-de-France.

Les réseaux de santé permettent d'éviter de nombreuses hospitalisations, il reste cependant nécessaire de développer en parallèle des structures de SSR neurologique qui peuvent servir pour des séjours de répit ou de réadaptation et qui sont trop peu nombreuses en Île-de-France.

**Le Président** demande quels sont les besoins des réseaux pour aller plus loin.

**Le Vice-président** s'enquiert des possibilités de financement des réseaux qui se monteraient dans de nouveaux domaines.

**M. MEININGER** répond que l'ARS est le seul financeur des réseaux pour l'instant et que la discussion est relativement limitée. L'AP-HP est restée en retrait jusqu'à présent, ce qui n'est pas souhaitable. Il serait dans l'intérêt des services en charge de pathologies chroniques de pouvoir impliquer des personnels paramédicaux dans ces réseaux en articulation avec l'ARS.

**Mme VASSEUR** remercie M. MEININGER et M. CREANGE pour leur intéressante présentation qui met en lumière des sources d'économie possibles. Concernant la coordination des soins par les personnels paramédicaux, des expériences sont menées à l'AP-HP comme ailleurs. Elles représentent un réel potentiel en termes de fluidité et de lisibilité des parcours de soins, tant pour les patients, demandeurs d'information et de disponibilité des professionnels pour répondre à leurs questions, que pour les professionnels paramédicaux en termes d'attractivité. Les réseaux influent sur l'organisation des pôles puisqu'ils impactent les durées de séjour, le nombre de consultations, de ré-hospitalisations, etc. et nécessitent des professionnels formés qui puissent exercer leur fonction de coordination en disposant de temps et de postes dédiés. Ces activités ne peuvent reposer sur la seule bonne volonté des acteurs, lorsqu'ils en ont le temps. Elles doivent être organisées dans le cadre des projets de pôles, en lien avec l'extrahospitalier.

**M. MEININGER** insiste sur le fait qu'il s'agit d'un nouveau métier, ce qui implique une formation, une grille et un référentiel. L'AP-HP risque de se trouver confrontée à la question de cadres titulaires d'un master voire d'une thèse qui la quitteront si elle ne l'anticipe pas.

**M. FAYE** demande s'il existe un inventaire des réseaux existants au sein de l'AP-HP et s'enquiert du soutien qu'apporterait la direction générale aux projets des réseaux, notamment pour la prise en charge ambulatoire du point de vue des chirurgiens.

**M. MEININGER** considère que les réseaux concernent avant tout les pathologies chroniques qui nécessitent un suivi au long cours, de l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin.

**La Directrice générale** partage cette position. Les maladies chroniques sont un sujet d'actualité et l'ARS est en attente des propositions de l'AP-HP, à charge pour elle de s'organiser en conséquence. Elle est bien placée professionnellement pour le faire et bénéficie d'une écoute. Ce serait l'occasion de démontrer le positionnement de l'AP-HP sur le parcours du patient, au-delà de l'hôpital. Par ailleurs, un des seize projets prioritaires de l'AP-HP se concentre sur l'amélioration de la sortie de l'hôpital et fait le lien avec les médecins de ville. Il est effectivement temps de se saisir du sujet et d'avancer des propositions de travail et d'allocation des ressources.

**Le Directeur de la Politique Médicale** précise qu'il existe des réseaux d'ambition variable indépendants des structures hospitalières, organisés par des médecins libéraux, qui fonctionnent très bien, avec ou sans subvention. L'aspect le plus complexe est la formation et la reconnaissance d'un nouveau métier de coordination dédié au suivi au long cours de patients souffrant de pathologies chroniques. Les réseaux n'ont par ailleurs pas tous vocation à faire le lien entre la ville et l'hôpital. Il existe des structures villes qui fonctionnent très bien de manière autonome. Concernant l'AP-HP, il est vrai qu'elle n'a pas été suffisamment audacieuse dans ce domaine. Elle est incitée actuellement à développer l'articulation avec la ville sous forme de réseaux, mais pas seulement. Le financement de l'ARS, quant à lui, n'est pas stable. Les conditions de financement varient chaque année et il est difficile de s'y repérer. Une vision plus claire de la position de l'AP-HP ne résoudrait pas cette difficulté. Enfin, l'exemple présenté par M. MEININGER est celui d'une spécialité dans laquelle la notion de filière est la plus opérationnelle. Des adaptations devront être mises en œuvre pour les autres disciplines relatives aux pathologies chroniques. En conclusion, l'analyse médico-économique est indispensable pour appuyer les demandes et fidéliser les financements de l'ARS.

#### **IV. Activité 1<sup>er</sup> trimestre 2011**

**M. SAUVAGE** présente les résultats de l'activité du premier trimestre 2011. A fin mars, l'activité en hospitalisation complète est en léger retrait par rapport aux prévisions. En termes d'exhaustivité, l'HEGP, Tenon, Cochin et R. Poincaré sont en retard. L'hospitalisation complète de jour manque de dynamisme. L'hospitalisation partielle, en revanche, se révèle dynamique en raison d'un développement fort de la chirurgie ambulatoire, de même que les urgences. La réalisation en hospitalisation complète par groupe hospitalier s'avère inférieure aux prévisions à Robert Debré, Bicêtre, Paul Brousse et Béchère (gynécologie obstétrique, urgences). L'activité s'avère particulièrement en retard à Jean Verdier au premier trimestre.

En recettes, trois groupes hospitaliers sont en-deçà des prévisions (Cochin-Hôtel Dieu-Broca, Saint-Antoine-Tenon-Rothschild-Trousseau et Bicêtre-Paul Brousse-Antoine Béchère). L'ensemble des autres groupes hospitaliers dépasse légèrement les prévisions. Les bons résultats du premier

trimestre doivent cependant être relativisés en raison des changements tarifaires intervenus au 1<sup>er</sup> mars, qui ne manqueront pas de dégrader les recettes.

Pour les urgences, le bilan s'avère inégal (+15 % d'activité à Bicêtre, +0,6 % à Tenon) sous l'effet des changements de périmètre.

**M. TARIGHT** présente ensuite la vue globale de l'activité au premier trimestre 2011, sur la base des données redressées selon l'exhaustivité par site/secteur d'hébergement/type de séjour. Au niveau des séjours chirurgicaux, l'activité ambulatoire continue sa progression alors que la croissance en hospitalisation complète est principalement due à l'hospitalisation de courte durée (0 et 1 nuit) en chirurgie adulte. En chirurgie pédiatrique, le développement de l'hospitalisation de courte durée est principalement circonscrit à l'orthopédie de Necker et Trousseau et vient amortir la diminution plus marquée des séjours de plus d'une nuit. Au niveau des séjours médicaux, l'activité est dynamique, en hospitalisation complète comme partielle. Cependant, elle recoupe deux situations contrastées entre adultes et pédiatrie. Chez les adultes, quelques spécialités sont en hausse (pneumologie, digestif, hématologie clinique). En revanche, la cardiologie interventionnelle et la neurologie sont en baisse. Le transfert de Tenon vers la Pitié-Salpêtrière et Lariboisière semble ne pas être opérant. En pédiatrie, les séjours supérieurs à une nuit sont en baisse selon l'entrée en urgence ou non. Les séjours d'obstétrique sont en légère diminution.

**M. LYON-CAEN** constate que malgré des conditions difficiles, la communauté médicale maintient son dynamisme. Les comparaisons s'effectuant avec l'année précédente, il serait intéressant de connaître le nombre de lits ouverts à la même période en 2010 dans la mesure où il s'agit de l'élément déterminant pour l'activité des spécialités. En neurovasculaire, par exemple, la baisse de l'activité s'explique par la fermeture de lits faute de personnel.

**Le Président** le reconnaît, tout en soulignant que dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins, il est possible de diminuer le nombre de lits dans d'autres spécialités. Il serait par ailleurs souhaitable d'effectuer des comparaisons par hôpital. A Bicêtre, par exemple, le doyen et le directeur de l'hôpital ont annoncé des augmentations importantes (+15 % pour l'activité chirurgicale) qui n'apparaissent pas dans la présentation qui vient d'être faite.

**M. SAUVAGE** répond que l'activité chirurgicale peut être dynamique à Bicêtre sans que la gynécologie et l'obstétrique ne le soient dans l'ensemble du groupe hospitalier. Un seul secteur ne suffit pas à tenir l'objectif.

**Le Président** souligne que l'activité s'adapte aux besoins de soins.

**M. CAPRON** observe que la fermeture des lits résulte souvent d'un manque de personnel non médical, lequel s'explique par le fait que les postes existants ne sont pas pourvus. Ce constat doit interpeller quant à l'attractivité de l'AP-HP auprès des personnels paramédicaux.

**La Secrétaire générale** répond que le problème réside notamment dans le turn-over élevé des infirmières (15 % contre 11 % pour les autres emplois). Le projet social de l'AP-HP prévoit des actions de fidélisation (politique sociale, conditions de vie, etc.). L'absentéisme est également élevé dans certaines catégories paramédicales. C'est un sujet multifactoriel, dont l'organisation du travail dans les services fait partie. Enfin, les actions de formation expliquent une partie des absences au poste de travail.

**Le Vice-président** s'inquiète de la remarque selon laquelle le transfert de l'activité de cardiologie interventionnelle de Tenon vers la Pitié-Salpêtrière se traduirait par une perte de séjours. A l'inverse, le transfert de Saint-Vincent-de-Paul vers Necker se traduit par une activité supérieure à la cible. Dans ce dernier cas, la fusion a fait l'objet d'une préparation intense et conjointe des équipes médicales et administratives, avec évaluation des moyens nécessaires aux transferts d'activités. **M. AIGRAIN** demande donc s'il existe des différences dans la manière dont le transfert a été effectué et s'interroge sur les conclusions méthodologiques qui pourraient en être tirées pour prévenir les difficultés.

**Le Directeur de la Politique Médicale** répond que la capacité de prévision diffère selon les secteurs d'activité. En pédiatrie spécialisée, il est possible de prévoir précisément l'évolution de l'hospitalisation complète et partielle. En cardiologie interventionnelle, en revanche, l'urgence et la compétition avec le secteur libéral sont des facteurs qui impactent fortement l'activité. Les flux de malades sont imprévisibles lorsque les structures varient. Pour Tenon, par exemple, les malades relevant d'une hospitalisation traditionnelle avec des cardiologues de ville ont été adressés à Lariboisière ou à la Pitié-Salpêtrière et l'activité de cardiologie interventionnelle s'est dispersé. Les problématiques et l'analyse diffèrent selon les spécialités et leur degré de concurrence avec le secteur libéral.

**M. RONDEAU** estime que les difficultés proviennent en partie d'un défaut de communication. Il n'était pas souhaitable, par exemple, d'affirmer que la « cardiologie ferme à Tenon ». Cette expression conduit les médecins à ne pas adresser leurs patients à Tenon bien que la consultation y ait été maintenue. Par ailleurs, le caractère récent de la mise en place du dispositif de cardiologie interventionnelle rendrait tout jugement prématuré.

**Le Président** émet la même remarque pour l'obstétrique de Saint-Antoine et souligne que les prévisions d'activité tiennent insuffisamment compte des baisses d'activité conjoncturelles liées aux transferts et modifications structurelles.

**M. LYON-CAEN** estime que la présentation des résultats de l'activité est peu significative si le nombre de lits ouverts n'est pas mis en regard. Elle est d'autant plus biaisée qu'elle fait abstraction de la problématique de l'emploi.

**La Directrice générale** rappelle qu'il était prévu de présenter à la CME les résultats de l'activité dès qu'ils sont disponibles. L'activité est le produit de l'attractivité et du travail de l'ensemble de la communauté. Dans le cadre des projections budgétaires 2011, des prévisions précises ont été élaborées en tenant compte des transferts d'activité. Ces sujets sont anticipés et doivent être mieux pilotés. La communication, quant à elle, inclut le message porté par les équipes auprès des malades. Le nombre de mouvements en cours implique d'y être attentif. La présentation fait état de chiffres en valeur absolue et relative par rapport aux objectifs fixés dont les variations sont explicables. L'attention doit se porter sur le niveau d'activité atteint par rapport aux prévisions saisonnières. Il était également prévu de porter dans les pôles les débats sur l'activité. L'analyse se fait sur le terrain, par groupe hospitalier, hôpital et service, et doit être corrélé aux sujets du terrain. La présentation n'est pas biaisée : elle doit être travaillée localement pour être expliquée. L'atteinte des ambitions fixées implique d'être proactif, d'autant plus que les deux tiers d'entre elles sont liées aux recettes tandis qu'un tiers est lié au pilotage de la modernisation de l'offre de soins.

**M. LYON-CAEN** regrette que la CME soit alertée sur la non-atteinte des objectifs d'activité sans prendre en compte le problème de la fermeture des lits.

**Le Président** invite les groupes hospitaliers à réfléchir sur la problématique de la répartition des lits en fonction de l'offre de soins. Dans certains secteurs, le nombre de lits peut être diminué tout en répondant à l'offre de soins, ce qui n'est pas possible dans d'autres. On estime que la modernisation de l'offre de soins peut se traduire par une baisse de 40 % du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle dans les dix prochaines années.

**M. RUSZNIEWSKI** rappelle que la communauté médicale a demandé à plusieurs reprises que la présentation des résultats de l'activité soit pondérée par le nombre de lits et par les moyens mis à disposition.

**Le Président** s'engage à relayer cette demande. La révision des postes de praticiens hospitaliers devra s'appuyer sur des référentiels de dépenses dans une perspective médicale.

**M. SAUVAGE** rappelle que les objectifs d'activité ont été discutés avec les groupes hospitaliers en fonction de leur trajectoire d'emploi. Fin mars, rien ne permet d'affirmer l'existence d'un retrait de la masse salariale par rapport aux objectifs.

## **V. Indicateurs nationaux de performance médicale HAS (IPAQSS)**

**Mme GASQUET** précise que les indicateurs nationaux de performance médicale portent sur la traçabilité du dossier médical et le recueil des données. Un certain nombre d'entre eux sont des indicateurs de spécialité. De nouveaux indicateurs vont être prochainement diffusés qui portent par exemple sur les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie et sur l'AVC en neurologie. D'autres sont communs aux spécialités et déclinés par type de séjour (MCO, SSR, psychiatrie et HAD). L'ensemble des indicateurs font l'objet de classements (seuil national, moyenne et évolution dans le temps) qui sont ensuite publiés. Les indicateurs issus du dossier médical portent sur la continuité et sur la pertinence des soins (bonnes pratiques).

Au niveau du dossier médical, il convient de retrouver le document médical relatif à l'admission, ainsi que la conformité de l'examen médical d'entrée, des prescriptions médicamenteuses, du compte-rendu d'hospitalisation (CRH) et du traitement de sortie. Est également prise en compte l'organisation et le classement du dossier, la présence d'un compte-rendu opératoire (CRO) et celle d'un compte-rendu accouchement le cas échéant. La conformité du dossier anesthésique et du dossier transfusionnel est aussi étudiée. A partir de ces éléments, un score moyen est calculé. En MCO, l'AP-HP atteint une moyenne de 75 sur 100 contre 72 au niveau national, 72 pour les CHU et 73 pour l'Île-de-France. En SSR, l'AP-HP atteint une moyenne de 93 contre 71 au niveau national, 78 pour les CHU et 75 en Île-de-France.

L'indicateur CRH tient compte de la présence du document, qui doit être daté et envoyé dans les huit jours en contenant au minimum l'identité du médecin destinataire, les dates de séjours, la synthèse médicale et le traitement de sortie. En MCO, l'AP-HP atteint une moyenne de 36, contre 40 au niveau national, 37 au niveau des CHU et 36 en Île-de-France. En SSR, la moyenne de l'AP-HP s'établit à 69 contre 67 au niveau national, 70 au niveau des CHU et 69 en Île-de-France.

Pour la douleur, l'indicateur est défini distinctement selon qu'il s'agit d'un patient algique ou non. Pour un patient non algique, il faut retrouver au moins une évaluation avec une échelle. Pour un patient algique, doivent être retrouvées au moins deux évaluations avec échelle. En MCO, la moyenne de l'AP-HP s'établit à 65 contre 61 au niveau national, 53 au niveau des CHU et 64 en

Île-de-France. Ces résultats se caractérisent par une grande variabilité, qui se retrouve au niveau national. En SSR, la moyenne de l'AP-HP s'établit à 58 contre 57 au niveau national, 50 au niveau des CHU et 63 en Île-de-France.

Pour la dénutrition, l'indicateur prend en compte le poids noté dans les 48 heures suivant l'admission en MCO et le poids noté dans les sept jours post-admission puis quinze jours plus tard en SSR. En MCO, la moyenne de l'AP-HP s'établit à 84 contre 79 au niveau national et des CHU et 83 en Île-de-France. En SSR, la moyenne de l'AP-HP s'établit à 61 contre 63 au niveau national et des CHU et 71 en Île-de-France.

Pour l'infarctus du myocarde, est utilisé l'indice BASI des prescriptions de sortie. Pour être conforme, toutes les prescriptions de sortie doivent être correctes. La moyenne de l'AP-HP s'établit à 89 contre 80 au niveau national, 86 au niveau des CHU et 88 en Île-de-France.

Pour le dossier anesthésie, l'indicateur prend en compte l'identification du patient sur toutes les pièces, la phase pré-anesthésie, la phase per-anesthésie, la phase post-interventionnelle et la rubrique permettant de relever les incidents ou accidents péri-anesthésiques. L'AP-HP obtient un résultat de 84, contre 80 au niveau national, 79 au niveau des CHU et 79 en Île-de-France. Une attention particulière doit être portée sur les trois sites obtenant un score inférieur à 80.

**Le Président** remercie Mme GASQUET pour cette présentation et l'interroge sur les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Il lui demande notamment si elle est déjà intervenue auprès des sites pour leur signaler les problèmes éventuels et les inciter à s'impliquer dans leur résolution.

**Mme GASQUET** répond que les indicateurs sont gérés par un logiciel à partir duquel peut être imprimé un document contenant toutes les informations nécessaires pour repérer les points faibles que les sites sont habitués à utiliser. Les résultats sont également diffusés sur le site Internet de l'AP-HP (<http://qualite-securite.aphp.fr/>). Pour les opérations qualité, chaque site doit travailler à partir de son propre diagnostic.

**Mme VIDAL-TRECAN** observe que le seul moyen de repérer les améliorations est de suivre ces indicateurs, qui existent depuis longtemps et sont de plus en plus détaillés.

**Le Directeur de la politique médicale** souligne que les résultats des indicateurs sont obtenus à partir de calculs statistiques de haut niveau. Par ailleurs, la somme des données à relever impacte les pratiques de soins. L'opérationnel chargé de la prescription et de la prise en charge des malades tend à être submergé par une multitude d'outils de mesure dont le bien-fondé est réel, mais que l'absence d'articulation rend pénible. Il reste du travail à accomplir pour parvenir à rendre cet ensemble « prêt à l'emploi » pour les équipes opérationnelles. C'est pourquoi la DPM est en train de rédiger un opuscule bref et simple qui devrait permettre au prescripteur de se repérer plus facilement.

**M. REMY** s'étonne des mauvais résultats des SSR pour la dénutrition, puisque le critère du poids doit être noté dans le dossier, et demande s'ils traduisent des difficultés sur le terrain.

**Mme GASQUET** répond qu'il arrive effectivement que le poids ne soit pas noté parce que le patient n'est pas pesé.

**M. SEBBANE** estime que le problème provient davantage d'une erreur ou d'une absence de notation.

## **VI. Avis sur le bilan d'expérimentation des chambres individuelles**

**M. SAUVAGE** indique que l'expérimentation des chambres individuelles a été menée sur un périmètre progressivement étendu. Le retour sur la gestion du dispositif est établi sur la base d'enquêtes auprès des personnels et de visites dans les sites. La mise en place du dispositif, a donné lieu à des formations qui ont été appréciées. La proposition de chambres individuelles se généralise progressivement sur l'ensemble des sites. L'absence de proposition de chambres individuelles aux patients éligibles à la CMU et à l'AME ne pose pas problème au personnel. Le dialogue avec le patient se déroule bien : ces derniers comprennent la proposition. Aucun retour de situations difficiles n'est mis en avant. En revanche, une demande d'information du circuit de collecte est exprimée fortement.

**M. JOSEPH-ANTOINE** indique que le retour sur l'enquête réalisée auprès des patients est en cours d'actualisation. En mars, seuls 10 % des patients déclaraient ne pas avoir de mutuelle et 40 % être couverts en intégralité. Les deux tiers des débiteurs ont des mutuelles. 10 % des patients déclarent préférer être hospitalisés dans une chambre double. Une majorité se déclare satisfaite de se voir proposer le choix. Ces premiers résultats rejoignent les retours des personnels.

**M. SAUVAGE** présente le bilan de la facturation, qui doit être considéré avec prudence car la montée en charge s'est faite progressivement afin que les acteurs du dispositif maîtrisent le processus. Le montant des recettes à fin avril s'élève à 65 000 euros. Les pistes d'amélioration sont l'informatisation du dispositif et l'information des patients et des familles (affichage, documentation).

**M. LYON-CAEN** indique que l'expérimentation est en cours dans son hôpital et manifeste sa désapprobation, partagée par l'ensemble des responsables du pôle qui considèrent cette politique discriminatoire comme inapplicable sur leur site. Les pathologies sont trop lourdes pour introduire la notion de chambres individuelles payantes dans l'organisation. Depuis la mise en place de ce dispositif, aucun patient appartenant à la structure n'a du être contacté. Le plus difficile est de faire passer le message aux personnels envoyant les convocations aux patients et joignant automatiquement l'information. Or la Direction générale a affirmé que la décision finale revenait aux médecins. Ceux-ci se sont prononcés contre l'application du dispositif. **M. LYON-CAEN** demande donc que leur décision soit appliquée par les services administratifs.

**M. CAPRON** s'enquiert du montant de recettes qui pourrait être réalisé sur une année sur l'ensemble de l'AP-HP.

**M. SAUVAGE** répond qu'à ce stade, une telle extrapolation est peu significative.

**La Directrice générale** estime que l'expérimentation s'est déroulée dans de bonnes conditions. L'appréciation des chambres individuelles revient effectivement aux médecins. Différents cas de figure se sont présentés, sans difficultés, et des axes d'amélioration ont été dégagés. Le retour de l'enquête auprès des patients sera disponible en fin de semaine et fera l'objet d'une réunion avec les associations d'usagers. Il sera présenté au Conseil de surveillance. A l'issue de cette présentation, la Directrice générale proposera une généralisation progressive du dispositif.

## VII. Avis sur la charte utilisateurs du système d'information

**Mme RICOMES** présente Monsieur Perret qui est le responsable sécurité du système d'information, élément essentiel du dispositif de sécurité du système d'information de l'AP-HP. L'ensemble des instances représentatives est appelé à se prononcer sur la charte qui va être présentée et sur laquelle elle attire l'attention des membres de la CME.

**M. PERRET** rappelle que la démarche « Sécurité du SI » à l'AP-HP a été engagée depuis septembre 2009. Dans ce cadre, un diagnostic flash des risques majeurs a été réalisé, à partir duquel quatre chantiers prioritaires ont été identifiés :

- mettre en place la gouvernance sécurité ;
- améliorer la continuité informatique ;
- structurer la gestion des identités et des accès ;
- augmenter le niveau de sécurité des réseaux et des systèmes.

En juin 2010, la politique générale de sécurité du SI (PGSSI) a été validée et signée par le Directeur général. La charte utilisateurs du SI constitue l'étape suivante. Son objectif est d'encadrer l'utilisation du SI de l'AP-HP. C'est un code définissant les comportements devant être connus et appliqués par le personnel afin d'assurer la sécurité du SI. Ce cadre structurant poursuit une double vocation : d'une part, sensibiliser et responsabiliser, d'autre part, protéger juridiquement l'organisation.

La charte utilisateurs est un texte du niveau du règlement intérieur qui sera communiqué à l'ensemble des agents. Le plan de la charte s'articule autour de neuf articles :

- Objet ;
- Règles générales d'utilisation et de bon usage ;
- Sécurité des équipements mis à disposition ;
- Droits d'accès et mots de passe ;
- Utilisation d'Internet ;
- Utilisation de la messagerie électronique ;
- Remontée des incidents par les utilisateurs ;
- Surveillance, contrôles et sanctions ;
- Applications de la charte et publicité.

**M. FAIN** demande quel est le logiciel antiviral et sa fréquence de mise à jour. Il s'enquiert également de l'utilisation éventuelle de logiciels de cryptage.

**M. PERRET** répond que le logiciel antiviral est Symantec, leader mondial dans son domaine ; il est actualisé plusieurs fois par jour.

Concernant l'article 6, **M. CAPRON** note que les messages électroniques non signifiés comme personnels sont accessibles à l'administration et s'enquiert de la jurisprudence en la matière.

**M. DUPONT** explique que l'employeur AP-HP met à disposition de ses personnels des outils de travail informatiques, qui sont sa propriété. Il possède un droit d'accès à l'ensemble des éléments qui y figurent, sous réserve des précautions prises par les utilisateurs pour les identifier comme

« personnels ». Cet article correspond à l'état de la jurisprudence qui accorde le droit à l'employeur d'accéder aux outils mis à disposition du personnel. Dans le domaine de la santé, des réserves sont appliquées pour respecter le secret médical.

**M. RYMER** reconnaît l'exactitude de ces propos. Pour autant, il arrive que le règlement intérieur de certaines entreprises spécifie que l'administration ne fera pas usage de son droit de consultation. Il n'est donc pas inéluctable de l'inscrire dans la charte d'utilisation du SI de l'AP-HP.

**Mme VIDAL-TRECAN** observe que les médecins peuvent recevoir des messages de patients qui ne peuvent être repérés à l'avance et relèvent du secret professionnel.

**M. LYON-CAEN** souligne que l'entreprise médicale n'est pas comme les autres, puisqu'elle est tenue au secret professionnel, y compris vis-à-vis de l'administration. Celle-ci n'a aucun droit d'accès aux messages électroniques de la communauté médicale. Il estime que la CME ne peut valider la charte sans préciser un certain nombre de points.

**M. FAYE** confirme qu'un certain nombre d'entreprises ont abandonné leur droit d'accès aux messages électroniques des employés. Parmi les flux d'information, peuvent figurer des informations à caractère médical ou judiciaire qui doivent être couvertes par le secret médical. Il serait donc légitime que l'administration de l'AP-HP abandonne son droit d'accès.

**M. ALVAREZ** indique qu'en tant qu'expert judiciaire, il reçoit régulièrement des dossiers d'instruction soumis au secret, par voie électronique et se déclare choqué par la présence d'un tel article dans la charte.

**Mme MAUGOURD** s'étonne des interventions précédentes. Il lui semble impossible d'imaginer que les messages et les dossiers enregistrés sur un serveur commun puissent avoir un caractère de confidentialité, tant qu'il n'y a pas de possibilité de cryptage. En outre, en l'absence de cryptage les dossiers des patients ne peuvent pas être transmis par mail sous peine de rompre le secret professionnel. L'usage des télécopieurs est toléré, sous réserve qu'ils soient positionnés dans les bureaux médicaux.

A l'issue de ces échanges, **M. DUPONT** recommande de distinguer le secret professionnel, qui s'applique à tous dans les hôpitaux et doit être garanti par des précautions spécifiques, de la jurisprudence qui s'applique à toute entreprise, y compris médicale. Il convient de rédiger un document limitant les abus et maîtrisant les flux de message en veillant à préserver le secret médical et professionnel. L'équilibre à trouver n'est pas simple.

**Le Président** comprend cette difficulté. Toutefois, la CME ne peut rendre un avis positif en l'état actuel du texte sur un point aussi sensible. D'autres points de la charte méritent un avis favorable. En conséquence, il suggère de réunir une commission tripartite pour réfléchir à une formulation garantissant le secret médical et la fonctionnalité du SI.

**M. DUPONT** observe que la charte ne pourra être opérationnelle qu'à condition d'être comprise et acceptée par tous.

**M. FAYE** ajoute que la charte doit être soumise au conseil de surveillance et complète le règlement intérieur. Il est donc important de réfléchir à une formulation faisant consensus.

**La Secrétaire générale** fait part de son accord pour compléter la charte utilisateurs.

A l'issue des échanges, **le Président** invite M. CAPRON, M. ALVAREZ et M. FAYE à s'investir dans une réflexion sur le sujet avec des représentants des directions informatique et juridique.

### **VIII. Avis sur les contrats d'amélioration des conditions de travail 2010-2013**

**Mme CASTAGNO** présente l'appel d'offre régional des contrats d'amélioration des conditions de travail 2010-2013. Ce dispositif a été instauré par le décret du 21 décembre 2001 sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés qui contient des crédits dédiés. L'appel d'offre représente 1,95 million d'euros au niveau régional. De 2008 à 2010, une précédente opération a octroyé à l'AP-HP un crédit d'1,2 million d'euros.

L'appel à projets se caractérise par la distribution de crédits dédiés à des opérations transversales auxquelles les sites sont invités à candidater sur la base d'un questionnaire en ligne sur le site de l'ARS et de six thèmes prioritaires régionaux :

- Pilotage de la démarche de prévention des risques professionnels : un ou deux établissements de l'AP-HP volontaires pour identifier les difficultés et les besoins ;
- Prévention des risques psychosociaux : ateliers d'une journée pour deux personnes ;
- Prévention des troubles musculo-squelettiques : formation d'animateurs formateurs, organisation d'une mise en concurrence pour l'achat de matériel de prévention des TMS par la centrale d'achat Île-de-France et contribution des hôpitaux sur expériences ergonomiques et choix de matériel ;
- Prévention et prise en charge de la violence à l'hôpital : pratiques transférables ;
- Amélioration des rythmes de travail : établissements volontaires (travail sur les roulements, cycles et planning) ;
- Prévention des risques chimiques : application transférable, base de données, etc.

Les instances locales et centrales sont consultées. Les thématiques doivent être envoyées à l'ARS au mois de juin pour un retour en septembre-octobre 2011. A ce stade, 28 % des hôpitaux proposent un projet sur les TMS, 25 % sur les risques psychosociaux, 19 % sur la violence, 6 % sur les rythmes de travail, 13 % sur les risques chimiques et 9 % sur les risques professionnels.

**M. CAPRON** s'enquiert de la participation des médecins du travail de l'AP-HP dans l'appel à projets et propose que la démarche de prévention de la santé au travail soit l'occasion d'un point d'information sur la coordination de la médecine du travail à l'AP-HP dans une prochaine séance.

**Mme CASTAGNO** explique que l'appel à projets est avant tout local. En tant que tel, il prévoit l'information et la consultation des médecins du travail qui entretiennent des relations privilégiées avec leur site. Ce sont des acteurs importants. Concernant la coordination, le recensement n'est pas encore effectif. Les coordinateurs ne sont pas nécessairement membres de la CME.

**M. CAPRON** rappelle qu'ils peuvent siéger à la CME au titre d'invités.

**Le Président** souligne la difficulté à recruter des médecins du travail.

**La Secrétaire générale** affirme que le sujet du service médical de la santé au travail fait l'objet d'un travail rigoureux de la part de la DRH et propose de faire un point en CME. La pénurie de médecins du travail est réelle au niveau national. Les pouvoirs publics commencent à se mobiliser, faiblement pour l'instant. Des actions de recrutement et de fidélisation ont été mises en place, en sachant qu'aucune mesure d'économie n'est appliquée à ces postes. Au niveau de l'organisation du service de santé au travail, la Direction Générale doit faire des propositions qu'il serait souhaitable de présenter à la CME.

*La CME approuve à l'unanimité les contrats d'amélioration des conditions de travail 2010-2013.*

## **IX. Avis sur les contrats d'activité libérale**

**M. HUBIN** soumet à l'avis de la CME deux nouveaux contrats d'activité libérale, ainsi que trois renouvellements et 3 avenants. Ces dossiers ont tous reçu un avis favorable de la CTEM.

*Les contrats d'activité libérale sont approuvés à la majorité, 23 voix pour, 2 voix contre et 2 abstentions.*

## **X. Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2011**

**M. HUBIN** indique que 39 demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux ont été recensées en 2011, dont 33 sont autofinancées et 3 sont demandées en création par compensation de redéploiements de postes de CCA opérés par les Doyens concernés au profit de la médecine générale. Aussi, ces 3 dernières demandes sont présentées sous réserve de la confirmation d'un financement ministériel. Enfin, 3 postes sont demandés en création au titre d'enveloppes MIGAC. Ces demandes ont toutes été étudiées par la CTEM.

**Le Président** demande si un service ayant un poste d'assistant spécialiste arrivant à échéance doit déposer une nouvelle demande.

**Mme FOURNIER** répond par la négative. Les services ont tous fait état de bilans positifs et demandent le maintien des postes (28 demandes).

**M. LYON-CAEN** souhaite savoir comment les postes dont le maintien est demandé ont été créés, tous n'ayant pas été autofinancés. Il demande également des précisions sur la création de postes d'assistants en chirurgie orthopédique, notamment sur les deux postes de l'hôpital Bichat destinés à améliorer le fonctionnement des urgences. Il souhaite savoir dans quelle mesure ces postes ont modifié le flux des patients aux urgences.

**Mme FOURNIER** répond que la demande de maintien est soutenue par un argumentaire précis.

**M. OURY** explique que la prise en charge des urgences est efficace à l'hôpital Bichat. Il ignore toutefois si cette efficacité est liée aux deux postes octroyés en 2009 ou à la diminution des flux.

**M. RUSZNIEWSKI** fait part d'une nette diminution des transferts des structures privées aux urgences orthopédiques de Bichat depuis un à deux ans.

**Le Directeur de la Politique Médicale** confirme que ces deux postes ont rempli leur mission. Il souligne par ailleurs que l'activité de chirurgie de la main est en difficulté à l'AP-HP. Il n'est pas question de maintenir une situation dans laquelle 90 % des besoins trouvent réponse dans le secteur libéral. Actuellement, le renouvellement des chirurgiens formés n'est plus assuré. Les deux sites dans lesquels subsiste une chirurgie de la main, Saint-Antoine et l'HEGP, ne suffisent pas à répondre aux besoins de l'institution. Il est indispensable de remédier à cette situation.

**Le Président** rappelle que les avis sont préparés par la commission des structures dirigée par M. VALLEUR. Il soumet à l'avis de la CME les propositions d'assistants spécialistes sous réserve qu'ils bénéficient de financements ministériels. A ce propos, le Président s'inquiète de la pérennité des postes créés il y a deux ans avec ce mode de financement.

**M. VALLEUR** confirme que les financements ont été accordés pour une durée de deux ans.

**Mme FOURNIER** précise que 16 postes ont été financés ainsi en 2010, avec un versement intervenant six à huit mois plus tard. A priori, ce financement est renouvelable et pérenne.

**M. CAPRON** demande des précisions sur les postes devant être soumis à l'avis du doyen après consultation de la CME.

**M. HUBIN** explique qu'il s'agit des trois postes demandés en compensation de la suppression des postes de chefs de clinique qui ont été redéployés en médecine générale. Un financement ministériel est requis pour que les services puissent recruter sur ces postes.

**Le Président** rappelle que la CME s'est engagée à ne pas créer de postes d'assistants-spécialistes en compensation d'un poste de chef de clinique si le retrait de ce dernier n'était pas validé, afin d'éviter le maintien de deux postes. Ce point doit être revu avec les doyens.

*Sous réserve de l'octroi d'un financement ministériel, les demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2011 sont approuvées à l'unanimité.*

## **XI. Approbation du compte rendu de la séance du mardi 12 avril 2011**

*Le compte rendu de la séance du mardi 12 avril 2011 est approuvé à l'unanimité.*

## **XII. Questions diverses**

**M. DASSIER** fait part d'un problème de dimensionnement des effectifs de praticiens hospitaliers en réanimation pédiatrique ambulatoire de l'hôpital Raymond Poincaré. Deux contrats de praticiens à titre d'assistant associé parviennent prochainement à échéance sans que leur renouvellement ne soit assuré. Or ils semblent essentiels au maintien de la permanence et de la continuité des soins.

**Le Vice-président** souligne l'importance de cette réanimation qui joue un rôle particulier dans la prise en charge des enfants myopathes.

**Le Président** en prend note et propose d'étudier le sujet avec M. HUBIN.

*L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 12 heures 25.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 5 juillet 2011 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 22 juin 2011 à 16 heures 30**

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.