

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 8 OCTOBRE 2013**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE**

**DU MARDI 14 JANVIER 2014**

## SOMMAIRE

I.	Informations communiquées par le président de la CME	4
II.	Le nouvel Hôtel-Dieu	5
III.	Aval des urgences	9
IV.	La neurochirurgie et la neuro-réanimation	17
V.	Point sur la certification des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH	20
VI.	Schéma d'organisation de l'encadrement	23
VII.	Décret du 20 septembre 2013 relatif à la commission médicale d'établissement	26

## ORDRE DU JOUR

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations communiquées par le président de la CME (*P<sup>r</sup> Loïc CAPRON*)
2. Nouvel Hôtel-Dieu (*P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON*)
3. Aval des urgences
  - a) Propositions du conseil national de l'urgence hospitalière à la ministre en charge de la santé (*P<sup>r</sup> Pierre CARLI*)
  - b) Premières conclusions du cycle de réunions avec les groupes hospitaliers (*D<sup>r</sup> Dominique BRUN-NEY*)
4. Neurochirurgie et neuro-réanimation (*P<sup>rs</sup> Jacques DURANTEAU et Michel ZÉRAH*)
5. Point sur la certification des groupes hospitaliers (GH) et hôpitaux non rattachés à un GH (*D<sup>r</sup> Nicole PERIER*)
6. Schéma d'organisation de l'encadrement (*M. Christian POIMBŒUF*)
7. Décret du 20 septembre 2013 relatif à la commission médicale d'établissement (*M<sup>me</sup> Laure BEDIER*)
8. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2014 (*M. Jérôme HUBIN*)
9. Questions diverses
10. Approbation du compte-rendu de la réunion du 9 juillet 2013

### SEANCE RESTREINTE

#### **Composition C**

Avis sur les premières demandes et demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

#### **Composition B**

Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH de médecine  
Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH de pharmacie au titre de l'année 2013  
Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH d'odontologie

#### **Composition A**

Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH  
Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH de pharmacie au titre de l'année 2013

*La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations communiquées par le président de la CME**

**Le président** présente les excuses des P<sup>rs</sup> Yves AIGRAIN, Stanislas CHAUSSADE, Gérard CHERON, Bertrand GUIDET, et Serge UZAN, ainsi que celles des D<sup>rs</sup> Guy BENOIT, Rémy COUDERC, Patrick DASSIER, Matthieu LAFAURIE et Fabienne LECIEUX.

Il salue l'arrivée au sein du collège des biologistes hospitalo-universitaires de la commission médicale d'établissement (CME) du P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, microbiologiste à l'hôpital Beaujon, qui remplace le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT, appelé à faire valoir ses droits à la retraite. Le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE sera amenée à participer à des groupes de travail.

Le rapport d'activité 2012 de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris est disponible sur le site de la CME. Faisant l'objet jusqu'ici d'une simple information aux membres de la CME, il sera à l'avenir soumis à son vote conformément aux nouvelles dispositions prévues par le décret du 20 septembre 2013 qui fait évoluer les compétences des commissions médicales d'établissement. Le processus de révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2014 a débuté par la réunion du groupe restreint le 7 octobre dernier. Un premier examen des candidatures a eu lieu. Cette année, le groupe restreint convie les présidents des CME locales et les présidents des commissions des effectifs médicaux locales pour un échange sur la proposition de révision établie par leur GH.

**Le président** a demandé à M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur de la direction médico-administrative de l'AP-HP, de transmettre à la CME un relevé des emplois médicaux du Siège qui sera présenté lors de la prochaine réunion de la CME, le 12 novembre.

Le séminaire de la CME, les 20 et 21 septembre derniers, a reçu des échos très favorables. Les enregistrements audio ainsi que les diaporamas sont disponibles sur le site internet de la CME. Ce séminaire a été l'occasion d'une prise de conscience collective sur les enjeux territoriaux auxquels l'AP-HP est confrontée.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) est chargé d'examiner pour les établissements de santé, les investissements et les dettes d'un montant supérieur à 50 M€.

L'AP-HP n'y défend pas elle-même ses projets : c'est l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) qui présente au COPERMO les projets de la région qu'elle considère comme prioritaires. Une information claire sur les projets de l'AP-HP que l'ARSIF soutiendra réellement est indispensable. M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER fera un point détaillé sur ce sujet lors de la prochaine CME.

L'avenir de l'Hôtel-Dieu prend une tournure presque exclusivement politique. Pour la CME, le seul enjeu concerne la politique médicale et la problématique de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

**Le président** a accompagné M<sup>me</sup> la directrice générale, le 2 octobre 2013 à l'Hôtel de Ville, afin d'y défendre le point de vue de l'AP-HP sur l'avenir de l'Hôtel-Dieu. Il s'en est tenu à la

qualité et sécurité des soins, qui ne pourront plus être assurées au service d'accueil des urgences (SAU) après la fermeture prochaine du service de médecine interne.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, précise que plusieurs réunions ont été organisées à l'Hôtel de Ville au sujet du projet de l'Hôtel-Dieu. Elle a pour sa part fait un exposé très factuel sur l'état de ce bâtiment et remis un document de présentation à cette occasion. Depuis 2002, l'AP-HP a participé avec la Préfecture de police à des réunions de travail très approfondies. Un constat a été effectué et des plans d'actions ont été élaborés. La problématique porte sur la capacité de l'AP-HP à maintenir à un niveau parfaitement conforme la sécurité d'un bâtiment aussi complexe que l'Hôtel-Dieu, comportant la particularité de disposer de demi-niveaux.

À défaut d'investissements très importants, des avis défavorables ont été rendus de manière factuelle par la Préfecture de police. Le dernier avis ayant été rendu en 2007, l'AP-HP a procédé à la description des investissements qu'il serait possible d'effectuer à l'Hôtel-Dieu afin d'y maintenir un niveau de sécurité adéquat. Or la Préfecture de police n'a pas rendu un avis favorable, estimant ces investissements répartis sur une période trop longue. De son point de vue, des décisions plus radicales devaient être prises.

Dès 2007, l'AP-HP a engagé des investissements à un niveau nécessaire tout en déclarant qu'un transfert de la chirurgie et la réanimation serait opéré. La situation actuelle a donc fait l'objet d'une annonce voici six ans.

Enfin, **M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE** précise qu'elle s'est rendue à l'hôpital Henri-Mondor en compagnie de M. Jean-Michel DIÉBOLT et des équipes de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP) et de la direction des ressources humaines (DRH), à la demande de M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT et de la directrice M<sup>me</sup> Martine ORIO, afin d'annoncer que des investissements seront effectués sur ce site.

Ceux-ci ne correspondent pas aux investissements présentés dans le cadre du programme « Hôpital 2012 ». En effet, l'ARSIF n'apportera pas son soutien à un grand projet R2B qui ne fera pas l'objet d'une demande d'aide de l'État dans le cadre du COPERMO.

Cependant, les équipes ayant travaillé depuis longtemps sur ce dossier, un projet moins ambitieux sera mis en œuvre, qui ne fera pas l'objet d'une présentation en COPERMO puisque les investissements sont inférieurs à 50 millions d'euros. Ce projet dénommé RBI se concentrera sur la rénovation de la réanimation, des blocs opératoires et du plateau interventionnel.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** remercie M<sup>me</sup> la directrice générale de porter une partie du projet d'investissement sous la forme d'un autofinancement. Celui-ci est capital pour le développement des trois projets DHU obtenus par le groupe hospitalier Henri-Mondor en vue d'assurer le maintien de l'activité et de favoriser plus amplement l'ancrage territorial du groupe hospitalier.

## **II. Le nouvel Hôtel-Dieu**

**Le président** accueille et remercie le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** propose un état des lieux de la mise en place progressive d'une consultation sans rendez-vous au sein des locaux des urgences de l'Hôtel-Dieu qui vise, à

terme, à relayer l'activité actuelle du service des urgences. Le travail a été mené en collaboration avec le chef des services des urgences Hôtel-Dieu et Cochin et deux praticiens hospitaliers en charge d'organiser cette consultation.

Les missions dévolues à cette consultation correspondent à un certain nombre d'activités internes :

- prendre en charge l'ensemble des patients venus par leurs propres moyens, indépendamment du motif d'arrivée ;
- assurer le fonctionnement des urgences médico-judiciaires 24 heures sur 24 ;
- garantir la continuité des soins, notamment en période de garde, dans des secteurs d'hospitalisation qui restent actuellement ouverts : la médecine interne, l'oncologie et la diabétologie, avant leur transfert vers l'hôpital Cochin ;
- assurer la prise en charge médicale du secteur ophtalmologique jusqu'au départ de cette activité.

En ce qui concerne l'activité enregistrée de juin à septembre 2013, le nombre de patients a atteint 3 000 personnes à 3 400 personnes, soit 100 à 115 personnes par jour. Le nombre de patients venus aux urgences par leurs propres moyens a varié entre 65 personnes et 75 personnes par jour. C'est ce flux que la consultation sans rendez-vous aura pour mission de prendre en charge.

S'agissant de l'évolution de l'organisation, celle-ci comprendra :

- un accueil administratif et une orientation ;
- un sas de déchocage ;
- sept box de consultation ;
- un secteur comprenant une unité de surveillance rapprochée et une unité d'observation.

L'organisation du personnel médical répond actuellement aux activités classiques d'un SAU. Durant la période de transition qui verra l'arrêt progressif des transports, le secteur des urgences prendra en charge les patients arrivant à l'Hôtel-Dieu par des véhicules. A terme, les ressources médicales de la consultation sans rendez-vous seront adaptées au nombre de box ouverts et à la typologie des malades.

En outre, celle-ci pourra assumer d'autres activités, comme les consultations de suivi et post-urgences en médecine ainsi que la petite traumatologie non-chirurgicale. Le centre de soins infirmiers se chargera des pansements.

Les accidents d'exposition au sang constituent un volume d'activité historiquement important dont l'organisation donne entière satisfaction. Cette offre sera renforcée, en lien avec l'équipe d'immunologie infectieuse VIH.

En ce qui concerne les personnes amenées par les forces de l'ordre, et dont certaines se voient délivrées des certificats de non-admission, le lien entre la consultation et l'UMJ sera pérennisé.

Par ailleurs, l'accueil de patients provenant des centres de détention et nécessitant une expertise psychiatrique est actuellement maintenu. Il pourra évoluer au fil du temps.

Les SAU prenant en charge les patients amenés par les pompiers et les SAMU constitueront un partenaire essentiel. Selon un engagement conjoint entre le SMUR, appelé à demeurer au

sein de l'Hôtel-Dieu et le SAU de l'hôpital Cochin, les patients dont l'état le nécessiterait pourront être rapidement transférés vers ce SAU. Un accord a été conclu avec le SAMU de Paris pour suppléer à tout besoin de transfert vers d'autres sites.

Des articulations seront mises en place avec les groupes hospitaliers de l'AP-HP pour l'organisation des consultations spécialisées et des transferts programmés dans des services de spécialité.

Cette consultation sera associée à la pharmacie, dont une antenne est maintenue à l'Hôtel-Dieu, notamment pour la délivrance de médicaments.

Enfin, des engagements ont été pris afin que la sécurité soit assurée dans la consultation sans rendez-vous.

Un comité de suivi médicalisé, comprenant des représentants des SAU concernés par les transferts et des médecins en charge de cette activité à l'Hôtel-Dieu sera institué. Une analyse médicalisée des flux sera effectuée très régulièrement.

Un comité de pilotage composé de représentants du comité de suivi médicalisé, de la CME, de la direction générale, de l'ARSIF, du SAMU et des Pompiers sera mis en place. Au vu de l'activité et des éventuelles difficultés, il sera amené à prendre des décisions comme l'ouverture d'un box de consultation supplémentaire, etc.

La mairie de Paris et le ministère de la Santé ont demandé à être informés régulièrement de la situation.

L'activité de consultation sans rendez-vous est actuellement assurée par des médecins urgentistes de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Cochin, soit 5 ETP au total.

En outre, les accords conclus en début d'année prévoient un renforcement des quatre sites de SAU concernés. Les recrutements ont été en bonne partie réalisés.

Les cinq postes d'interne du SAU ont fait l'objet d'une redistribution. Trois postes d'internes en médecine générale ont été obtenus pour la consultation sans rendez-vous. Ils s'ajouteront aux quatre postes préexistants à l'Hôtel-Dieu.

Enfin, une activité de médecine générale universitaire pourra être mise en place dans les prochains mois. Elle impliquera des chefs de clinique, des universitaires à temps partiel ainsi que des externes et des internes.

**Le président** précise qu'un exposé détaillé sur la structure et l'organisation du nouvel Hôtel-Dieu sera proposé lors de la réunion de décembre et que la CME aura à se prononcer par un vote.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** s'interroge sur le coût du projet. Par ailleurs, la présence 24 heures sur 24 de psychiatres sur le site ne pourra pas se réaliser à effectifs constants, compte-tenu des transferts prévus. La question des recrutements est posée.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** répond que le projet sera moins onéreux, à terme, que le coût actuel du SAU. Par ailleurs, le nombre de postes nécessaires au fonctionnement de la psychiatrie au sein de l'UMJ sera maintenu puisqu'elle est maintenue sur le site de l'Hôtel-Dieu.

**Le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER** précise que des entretiens seront menés entre le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV, le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON et la direction de la Pitié-Salpêtrière pour exprimer une proposition d'organisation.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** estime nécessaire d'évaluer le nombre de patients concernés par le maintien d'une activité de biologie et d'imagerie en nocturne dans le cadre de la consultation sans rendez-vous.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** répond que le maintien actuel d'une activité de SAU 24 heures sur 24 implique le maintien du plateau technique. Par la suite, une évolution rapide pourra être instituée. La mise en place d'une biologie délocalisée est prévue.

**Le président** précise qu'un exposé détaillé sur la structure et l'organisation du nouvel Hôtel-Dieu sera proposé lors de la réunion de décembre sur le projet de l'Hôtel-Dieu et que la CME aura à se prononcer par un vote.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** rappelle que le projet du nouvel Hôtel-Dieu se caractérise par son partenariat avec les universités Paris V, Paris VI, Paris VII et Paris XIII indispensable à l'enseignement de la médecine générale. Le rapport de préfiguration prévoit aussi que l'Hôtel-Dieu devienne un lieu de consultation avancée pour les spécialités et les groupes hospitaliers qui en exprimeront le souhait. Les médecins généralistes ont exprimé fortement le souhait qu'il constitue une porte d'entrée vers des groupes hospitaliers.

Le calendrier prévoit la création du nouvel Hôtel-Dieu en janvier 2014. L'ensemble des instances du groupe hospitalier ainsi que les instances centrales exprimeront un avis d'ici là.

Le pôle santé Hôtel-Dieu sera initialement composé du service de radiologie, du service de pathologies professionnelles environnementales avec le centre du sommeil, du centre de diagnostic incluant la PASS, l'espace santé jeunes et le secteur HTA, de l'UF de thérapeutique en immuno-infectiologie, des UMJ et de la salle Cusco, ainsi que de l'URC Eco.

**Le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER** rappelle que l'ensemble des universités d'Ile-de-France pourront participer au projet. Celui-ci constituera un lieu de formation pour les étudiants de second cycle et les internes de médecine générale. Lorsque les propositions de révision des effectifs pour l'université Paris VII ont été présentées au ministère de la Santé, le souhait a été exprimé de la création d'un emploi de MCU de médecine générale, mais aussi d'un emploi de chef de clinique des universités de médecine générale, qui pourrait être en partie fléché vers l'Hôtel-Dieu. Les effectifs de l'université Paris VII seront portés à quatre chefs de clinique des universités de médecine générale. Ces emplois sont financés et le doyen a bon espoir que le ministère réponde favorablement à ces demandes.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS** se réjouit de l'ouverture interuniversitaire et souligne l'implication de l'université Paris XIII dans ce projet. L'innovation permettra de modéliser un concept émergent. Par la suite, celui-ci pourra être décliné dans d'autres territoires. La médecine générale ne peut plus être cantonnée à des activités classiques de type ambulatoire. Il convient de développer une culture d'interface avec d'autres disciplines et d'autres lieux d'exercice.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** demande si le projet du nouvel Hôtel-Dieu inclura l'unité de santé et de médecine du sport.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** le confirme.



**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** souhaite des précisions sur le devenir de la pharmacie et en particulier de l'activité de dispensation pour les patients ambulatoires. Aucune décision ne saurait être prise sans concertation avec les représentants des pharmaciens de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Yves FAGON** souligne que le *statu quo* est maintenu.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souhaite qu'un représentant des médecins généralistes soit présent à la réunion de la CME en décembre, puisque la médecine générale est au cœur du projet.

**Le président** soutient cette demande. Il mentionne qu'une charte sur l'aval médical des urgences du centre de Paris a été signée entre les cinq hôpitaux touchés par la réorganisation des urgences de l'Hôtel-Dieu. Elle implique les cinq SAU du centre de Paris, leur aval et l'aval du groupe hospitalier Cochin-Broca en vue de faciliter les transferts de patients en fonction de leur adresse de résidence.

### **III. Aval des urgences**

#### **1. Premières conclusions du cycle de réunions avec les groupes hospitaliers**

**Le président** rappelle que ce sujet constitue un point chaud de l'actualité. Les urgentistes français ont lancé une action nationale pour que le ministère en charge de la Santé mette en œuvre d'ici le 15 octobre des solutions aux difficultés rencontrées pour hospitaliser les malades des urgences. En l'absence de réponse satisfaisante à cette date, ils cesseront de chercher eux-mêmes des lits d'aval. Confronté à cet ultimatum, le ministère a demandé au P<sup>r</sup> Pierre CARLI, président du Conseil national de l'urgence hospitalière, de faire des propositions.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** explique que l'objectif consistait à formuler des propositions de recommandations de bonnes pratiques. Le document rendu au ministère de la Santé ne constitue pas un rapport sur la philosophie à adopter à propos des urgences. Il porte plutôt sur la réalisation concrète et le champ opérationnel.

De nombreuses contributions écrites ou orales, y compris issues du président de la CME de l'APHP, ont été apportées à ce rapport destiné aux présidents de CME, aux directeurs généraux à la communauté médicale et aux ARS.

Il serait une erreur de considérer que la saturation d'un service d'urgences résulte d'un dysfonctionnement du service. En outre, il serait une mauvaise idée de charger celui-ci de gérer l'aval des urgences. Enfin, il serait erroné d'affirmer que les urgences sont totalement inorganisable. Il s'agit quasiment du seul flux prévisible au sein d'un hôpital.

Les urgences ne sauraient être opposées au reste de l'hôpital. Les solutions coercitives telles que « l'impôt lits » ne sauraient être efficaces. De même, l'arrêt de la chirurgie en faveur des urgences ne constituerait pas une bonne issue. Enfin, le *bed management* ne saurait suffire à résoudre la problématique de l'organisation des urgences.

C'est la combinaison de plusieurs solutions qui peut s'avérer efficace. Celle-ci est variable suivant les établissements, leur rôle, leur composition et l'implication de leur communauté. Une construction organisée par la gouvernance locale est donc proposée.

Onze propositions ont été formulées :

1. Rendre la commission de l'admission et des soins non programmés de la CME statutaire et obligatoire. Son autorité opérationnelle doit être affirmée par la gouvernance de l'établissement. Elle doit disposer d'un tableau de bord lui permettant d'évaluer l'efficacité des mesures concernant l'aval des urgences.
2. Formaliser et rendre obligatoire à court terme le plan « hôpital en tension » en appui des mesures de gestion des lits. Incrire ces mesures dans la certification de l'établissement.
3. Favoriser l'intégration du service d'urgence et de ses principaux services d'aval dans un même pôle. Incrire la gestion de l'aval des urgences dans les contrats de pôle.
4. Valoriser la participation à l'aval des urgences par des mesures d'intéressement directes ou indirectes.
5. Inciter à la création, au sein du pôle incluant le service d'urgence, d'une unité polyvalente affectée à l'évolution prévisible (saisonnière) de l'aval des urgences.
6. Inciter l'ensemble des établissements disposant d'un service d'urgence à s'engager dans une politique de gestion des lits.
7. Le dimensionnement et le fonctionnement des plateaux techniques, notamment d'imagerie, des établissements disposant d'un service d'urgence doivent être optimisés pour faciliter non seulement la prise en charge des urgences mais aussi celles des patients hospitalisés.
8. Inciter les services d'urgences (et leur pôle) et les services d'aval du pôle et de l'hôpital à développer des filières hors MCO, notamment dans le domaine de la gériatrie et de la psychiatrie.
9. Identifier dans le territoire de santé les établissements susceptibles de participer à l'aval des SAU dans le cadre d'une articulation territoriale de parcours de soins
10. Mobiliser la gouvernance de l'établissement pour qu'elle s'approprie la gestion de l'aval des urgences. La gestion des lits doit être inscrite dans le projet d'établissement.
11. Mettre en place un tableau de bord permettant de suivre dans la durée l'évolution de l'aval des urgences et l'effet des mesures mises en œuvre.

Au ministère de la santé, quelques deux-cents représentants des communautés hospitalières ont assisté à la présentation de ce rapport et soutenu ses objectifs. Le travail sera mené au niveau du terrain avec l'implication de la communauté médicale.

## **2. Premières conclusions du cycle de réunions avec les groupes hospitaliers**

**Le président** explique que dix conférences sur l'organisation de l'aval des urgences dans les 10 groupes hospitaliers accueillant des urgences d'adultes se sont tenues entre le 6 et le 23 septembre. Chaque groupe hospitalier y était représenté par son directeur, son président de CME locale et le ou les chefs de service des urgences. La CME y était représentée par le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX et par son président.

**Le D<sup>r</sup> Dominique BRUN-NEY** précise le contexte spécifique de l'AP-HP, au sein de laquelle 36 % des admissions en hospitalisation complète transitent par les services d'urgence. La difficulté à trouver des lits constitue la principale difficulté. Cette situation de saturation comporte des risques pour les patients.

Un projet prioritaire a été mis en place depuis 2011 par l'AP-HP. Des recommandations en matière de bonne pratique ont été exprimées. Un certain nombre de sites ont bénéficié d'un accompagnement dans la mise en œuvre de projets pilotes. Les solutions identifiées s'inscrivent plutôt dans le long terme. Les tensions connues cet hiver au sein de l'AP-HP et dans toute la France ont incité à l'accélération du dispositif.

Un travail a été mené, en lien avec les urgentistes dans le cadre de la plateforme urgences, afin que des solutions soient mises en œuvre dans chaque GH. La formalisation du plan « Hôpital en tension » a pour but de décliner les mesures engagées sans délai en cas de difficultés ponctuelles.

Une rencontre avec l'ensemble des groupes hospitaliers a permis de dresser un état des lieux. Sur les sites, des avancées et des difficultés sont observées, et de nombreuses solutions peuvent être généralisées. Le travail s'est aussi appuyé sur les propositions des Conférences des Présidents de CME de CHU et des DG des CHRU, parmi lesquelles :

- la gestion globalisée des lits au niveau du pôle ou de l'établissement ;
- la généralisation de la commission des admissions non programmées, prévue depuis 2003 par une circulaire ;
- la mise en place d'unités de médecine polyvalente correctement dimensionnées ;
- l'inclusion de l'organisation des parcours de soins dans les contrats de pôle ;
- la contractualisation de la responsabilité de la prise en charge des patients en dehors de la spécialité.

Le projet de charte proposé sera décliné au sein des groupes hospitaliers afin d'améliorer la gestion de l'aval des urgences. Un certain nombre de principes généraux sont repris. Cette problématique concerne l'ensemble de l'hôpital. L'amélioration des dispositifs d'admission vise simultanément les admissions programmées et les admissions non programmées.

Il convient de mettre l'accent sur le rôle essentiel des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), tout particulièrement en situation de tension. En vertu de dispositions réglementaires, la durée de séjour dans ces unités ne doit pas dépasser vingt-quatre heures. Par ailleurs, l'importance du suivi des indicateurs, qui permettent de détecter des signaux de tension au niveau de chaque site, a été rappelée.

La charte met l'accent sur un certain nombre d'éléments.

Il est ainsi nécessaire, pour les services d'urgence, de disposer d'une connaissance des lits disponibles.

En ce qui concerne les décisions d'hospitalisation, des médecins référents joignables sont indispensables au sein des services d'aval des urgences, et dans les services d'urgences.

Dans le cas où un patient est hospitalisé dans une spécialité qui ne constitue pas la meilleure solution, les règles ont été revues afin de sécuriser le dispositif. Les patients concernés ne doivent pas y demeurer plus de vingt-quatre heures à quarante-huit heures.

S'agissant de la gestion opérationnelle des séjours, l'AP-HP a lancé un projet dont la mise en œuvre est en cours dans les pôles. Ceux-ci doivent être en capacité de trouver une solution d'hospitalisation dans un délai rapide.

Le projet « Hôpital en tension » doit être mis en place de façon plus formelle. En cas de tension dans la gestion des lits en période hivernale, la mise en œuvre d'un plan peut être étendue sur plusieurs semaines. Elle peut aller jusqu'à la déprogrammation de certaines activités, qui doit être prévue.

Le dispositif de pilotage doit être décliné dans les différents groupes hospitaliers. La commission des admissions non programmées doit y jouer un rôle majeur. Des dispositifs de suivi doivent être instaurés au niveau de chaque GH et de l'AP-HP.

**Le président** rappelle qu'il a transmis aux membres de la CME un projet de charte pour l'AP-HP. Son contenu s'inspire de la charte nationale dont les principales recommandations viennent d'être présentées. Un rapport, qu'il avait rédigé en 2002 au sujet de l'aval des urgences, anticipait déjà les axes évoqués.

Le président estime que des mesures incitatives seraient utiles en valorisant la participation des services à l'aval des urgences : par exemple, augmentation de l'effectif soignant pour les services inscrivant l'aval des urgences dans leurs priorités effectives, voire bonus de tarification pour les hospitalisations non programmées. Au sein de l'AP-HP, 38 % des hospitalisations proviennent des services d'urgence. Ils font vivre l'institution.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** remercie le président pour son analyse percutante. Il ne s'agit pas d'opposer les membres de la communauté médicale les uns contre les autres. En outre, la mobilisation ne saurait être uniquement fondée sur la rentabilité des entrées aux urgences pour l'Institution. Celle-ci doit mettre en valeur la qualité des soins et l'accueil des malades.

La fréquentation des urgences, qui fait partie de l'image et de la mission de l'AP-HP, est en augmentation. Outre les urgences destinées aux adultes, il convient de mentionner les urgences pédiatriques.

D'une part, il serait souhaitable de renforcer la présence des assistantes sociales au sein des urgences. Certains services disposent de deux assistantes sociales. Dans d'autres services, leur présence se limite à 0,2 ETP. Le service social est fermé le vendredi à partir de 16 heures et durant le week-end. Alors que certains malades sont aux prises avec des problèmes médico-sociaux complexes, c'est le lundi que le service social est à même d'intervenir. Cette difficulté est d'autant plus manifeste vis-à-vis de patients pour lesquels un maintien à domicile est déjà organisé. En effet, un échange téléphonique pourrait suffire à établir un contact.

D'autre part, le second aval des urgences est indissociable de la problématique des urgences. Les soins de suite et de rééducation reçoivent les malades uniquement certains jours et à certaines heures, y compris lorsque des lits sont disponibles. Or cette situation génère une perte de temps et participe à la « thrombose » des urgences.

En ce qui concerne la psychiatrie, il a été observé au sein de plusieurs services que la sectorisation n'est pas appliquée. Malgré la conclusion d'accords, il arrive que des psychiatres n'y soient plus présents, notamment aux urgences de l'hôpital Ambroise-Paré. Dans certains

services, la présence d'un psychiatre cesse après 22 heures. Des problèmes de recrutement se trouvent posés.

Au sein des urgences de l'hôpital Avicenne, la mortalité a doublé. Ce phénomène croissant est lié au flux de patients en fin de vie, notamment les malades atteints d'un cancer dont l'accueil n'est pas assuré la nuit ou durant le week-end par les grandes structures spécialisées en cancérologie. Des discussions à ce sujet avec l'ARSIF seraient nécessaires.

À la fin de l'année 2012 et au début de l'année 2013, la fermeture de lits avait suscité un sur encombrement des urgences. Or l'anticipation des flux est possible. Des prévisions peuvent être effectuées sur les semaines à venir, concernant les épidémies hivernales.

Dans un certain nombre de sites, la réouverture de lits de médecine polyvalents est nécessaire.

Par ailleurs, l'absence de téléphones DECT dans certains hôpitaux contribue à l'insuffisance du dialogue entre les praticiens. La disparition des salles de garde n'y est pas étrangère non plus.

Enfin, l'attribution de lits ne saurait être gérée selon un système de gestion hôtelier.

**Le président** indique que les D<sup>ts</sup> Anne GERVAIS et Alain FAYE ainsi que les P<sup>ts</sup> Béatrice CRICKX et Bernard GRANGER ont réagi par mail à la proposition de motion.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** précise que son propre mail consistait en une réaction à la charte. En revanche, les présentations effectuées par le P<sup>r</sup> Pierre CARLI et le D<sup>r</sup> Dominique BRUN-NEY par ont suscité une réaction favorable dans le cadre de la réflexion menée.

La souplesse de l'application des mesures proposées dans chaque site constitue un point fondamental. Il convient de respecter les organisations. L'admission directe et programmée de patients peut s'effectuer au détriment des patients qui, issus des urgences, se trouvent en situation précaire et sont atteints de poly-pathologies. Il est donc important de mettre en œuvre un contrat bilatéral entre les urgences et tel ou tel service, selon un système souple.

Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS souhaite que le terme « patient hébergé » ne soit plus employé lorsqu'un patient est hospitalisé dans un autre service que celui de la discipline dont il relève. Cette terminologie tend à déresponsabiliser les services d'accueil.

Enfin, certains sites ont mis en place des consultations d'urgence sans rendez-vous. Ces flux directs viennent s'ajouter aux admissions des patients dans les services d'urgences. Cette activité doit être prise en compte.

**Le président** indique que ces propositions ont été introduites dans la charte. Le paragraphe suivant ne lui semblait pas complètement satisfaisant : « *La nuit, le SAU s'engage à hospitaliser prioritairement les patients en UHCD* ». Par conséquent, le groupe mené par le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS propose d'y adjoindre la mention suivante : « *et à n'hospitaliser dans les services que les patients stables, sauf situation extrême de saturation des urgences, et en respectant les accords passés avec chaque service* ».

**Le président** ajoute qu'à l'époque où il était chef du service de médecine interne de l'hôpital européen Georges-Pompidou, une charte spécifique avait été élaborée, en lien avec les urgences qui interdisait les montées nocturnes et celles du dimanche après-midi dans les services ne disposant pas de permanence des soins.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** considère la charte comme équilibrée dans sa formulation et ses objectifs, elle préserve la notion d'activités programmées. Les chirurgiens sont aujourd'hui pleinement impliqués dans l'aval des urgences, et ont l'habitude de travailler avec les urgentistes, les anesthésistes et les réanimateurs. En effet, suivant les sites, le flux des patients issus du recrutement non programmé et admis dans les services de chirurgie varie de 35 % à 60 %.

Il serait donc souhaitable de préciser dans la charte que les blocs opératoires sont un moyen indispensable pour répondre aux demandes des urgences.

**Le président** propose de modifier le texte comme suit : « *les services composant le plateau médicotechnique (notamment les blocs opératoires et l'imagerie)* ».

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** rappelle qu'il est préférable de privilégier l'hospitalisation des patients chirurgicaux au sein des services de chirurgie.

**Le président** répond que le texte fait mention de cette problématique. Il préconise de « *privilégier l'hospitalisation dans le service approprié au malade* ».

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** estime nécessaire d'identifier une filière chirurgicale dans les établissements au volume d'activité important. La gestion dynamique des malades non programmés garantit l'intégration programmée de patients dans les services.

**Le président** souligne que ce point sera pris en compte dans la réflexion menée au sein des différents groupes hospitaliers. En effet, la filière chirurgicale d'aval est très inégale d'un établissement à l'autre.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** souscrit aux propositions du groupe mené par le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS. Le contrat entre les urgences et les services doit être bipartite. En outre, il serait intéressant que le motif fondant le transfert de patients soit précisé dans le cadre du suivi.

Enfin, les services d'urgence expriment la crainte de ne pas pouvoir disposer d'un second aval. En 2009, au sein de l'hôpital Bichat, quatre-vingt-dix patients se trouvaient chaque jour dans l'attente d'un lit pour des soins de suite et de réadaptation (SSR). S'agissant de séjours supérieurs à trente jours, des solutions peuvent être trouvées au sein de l'AP-HP.

**Le président** rappelle que, dans le rapport de 2002, la question de l'inadéquation des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) était évoquée. Leur proportion se situait autour de 10%, soit un nombre de lits équivalant à la Pitié-Salpêtrière; cette situation a peu évolué.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** estime que la charte ne saurait résoudre l'ensemble des problèmes. Elle met l'accent sur la notion de flux mais ne fait pas état de la notion de qualité des soins. La notion d'hospitalisation évitable est insuffisamment valorisée.

Par ailleurs, il est difficile parfois d'hospitaliser en psychiatrie un patient issu des urgences ou d'une consultation non programmée. En effet, les services de l'AP-HP sont souvent saturés. L'hospitalisation dans une clinique est plus aisée mais plus coûteuse. Toutefois, la sectorisation psychiatrique facilite les démarches. Si le patient doit être hospitalisé dans son propre secteur, la question du refus ne se pose pas. Cette organisation fonctionne alors que plus de 50 % des lits ont été supprimés en psychiatrie depuis les années dix-neuf cent quatre-vingt.

Face à l'inondation des urgences, la réflexion doit être globale, incluant l'amont et de l'aval.

**Le président** annonce que la notion de qualité et de sécurité des soins sera introduite dans le préambule du document.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** rappelle que les personnes âgées irriguent l'ensemble des services. Or la dimension sociale de la précarité rend la prise en charge plus difficile. Par ailleurs, l'organisation des entrées et des sorties le week-end au niveau des unités de gériatrie aigüe (UGA) est nécessaire, bien que l'AP-HP soit confrontée à la problématique de la densité médico-soignante.

Les patients âgés admis aux urgences ne sont pas dirigés vers les SSR mais admis dans des unités de court séjour gériatriques. En la matière, l'AP-HP a réalisé un effort très important en les développant. Il serait souhaitable que leur lien avec le secteur d'aval des urgences soit renforcé.

Enfin, la notion d'équipe pluridisciplinaire médico-soignante constitue une donnée importante. Elle contribue à la qualité et à la sécurité des soins aux urgences, au sein des unités de court séjour gériatriques et des SSR.

**Le président** prend en compte les observations du groupe mené par le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS à propos du paragraphe consacré à l'unité de court séjour gériatrique. Par conséquent, la modification suivante est apportée au texte : « *Chaque service, notamment l'unité de gériatrie aigüe, s'organise pour réaliser les admissions et les sorties des patients tous les jours, y compris les samedis, dimanches et jours fériés* ». À cette fin, une certaine densité médicale est nécessaire.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** souligne que l'hospitalisation d'un patient stable dans un service de spécialité doit être possible sans aucune limitation, la nuit comme le week-end. L'UHCD ne saurait devenir la salle d'attente de patients nécessitant une hospitalisation dans les services de soins.

**Le Dr Anne GERVAIS** observe que l'amélioration du dialogue entre les services permet, en journée, d'optimiser l'accompagnement des malades. En revanche, la nuit est la phase de tous les dangers. Même si un patient est stable, son transfert en UHCD est préférable dans l'attente que le référent désigné pour chaque service puisse intervenir dans son orientation.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** revient sur l'organisation de salles dédiées, permettant l'absorption des urgences chirurgicales dès le début de la journée. Dans le paragraphe de la charte consacré aux services médico-techniques, le terme « *prioritairement* » risque d'être opposable aux services. Il pourrait nuire à leur attractivité. Les structures administratives et la commission des admissions non programmées pourraient être ainsi incitées à la déprogrammation d'activités prévues de longue date. En outre, les admissions quotidiennes risqueraient d'être amputées.

Par ailleurs, la charte indique qu'en cas de « *saturation du service de la spécialité dont il relève, le patient peut être accueilli dans un autre service* ». Toutefois, il convient de privilégier l'accueil dans un autre service du même pôle. En effet, le dialogue est beaucoup plus facile.

En outre, la charte ne mentionne pas la structure habilitée à effectuer des arbitrages en cas de non-respect du *modus vivendi*.

Enfin, le taux d'occupation dans les services de chirurgie est censé atteindre 99,9 %. Or la charte ne mentionne aucun élément indicatif permettant d'intégrer le taux d'occupation parmi les critères d'évaluation de la pratique.

**Le président** rappelle que la charte constitue un cadre à partir duquel chaque groupe hospitalier organisera librement sa politique d'aval. Elle incite à créer une commission des admissions et consultations non programmées, dont les missions doivent être élargies à la structuration et au pilotage de l'aval des urgences au niveau des GH.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rappelle que la mission des services, et notamment celle des SAU, doit figurer dans les contrats de pôle. Si le SAU appartient à un pôle proposant diverses spécialités médicochirurgicales, une contractualisation interne doit être mise en œuvre.

En ce qui concerne le plateau médico-technique, le radiologue sénior se trouve confronté la nuit à des demandes urgentes provenant du SAU et des urgences internes qui représentent près de 70 % de l'activité nocturne de radiologie. Parfois, le radiologue n'est pas à même de répondre dans les délais rapides à une demande émanant du SAU.

Un plateau technique réalise couramment 10 000 à 12 000 scanners annuels Il ne saurait être uniquement réservé à 5 000 cas d'urgences provenant du SAU. Les urgences internes constituent donc un enjeu très important.

Par ailleurs, les services d'imagerie ont à répondre à des urgences dites « techniques » afin de désengorger le SAU et de rassurer les familles.

Enfin, un certain nombre de patients issus du SAU sont transférés dans des cliniques privées. Celles-ci demandent que le bilan complet d'imagerie soit effectué au préalable. La clinique bénéficie donc du GHS, alors que le coût des examens complémentaires est assumé par l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** exprime son accord avec la position adoptée par le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN au sujet de l'imagerie.

En ce qui concerne l'amont des urgences, les dix dernières années ont été marquées par l'échec d'une politique visant à enrayer les flux aux urgences. Dans le cadre des enseignements de médecine générale, les étudiants se voient d'ailleurs déconseiller le travail au sein des urgences ou dans les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Des années seront nécessaires pour inverser cette tendance.

S'agissant de la chirurgie, il serait souhaitable que les praticiens contactés par les urgences au sein de spécialités d'aval comme l'orthopédie puissent répondre à leurs attentes en temps et en heure. Dans certains hôpitaux, même le SAMU peine à joindre un spécialiste alors que les urgences et la chirurgie entretiennent un lien indissociable.

**Le président** indique que les amendements évoqués durant la présente réunion seront intégrés à la charte. Le vote portera sur la phrase suivante : « *La CME soutient la charte sur l'aval des urgences à l'AP-HP et encourage sa déclinaison dans les groupes hospitaliers suivant le calendrier qu'elle contient* ».

*L'avis relatif à la charte sur l'aval des urgences à l'AP-HP est adopté à la majorité des suffrages avec 51 voix pour, 5 abstentions et une voix contre.*



#### **IV. La neurochirurgie et la neuro-réanimation**

**Le président** rappelle que l'ARSIF a pris des initiatives au sujet de la réforme de la grande garde de la neurochirurgie. Une discussion a été menée durant la réunion du directoire du 3 septembre.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** indique qu'à la suite de la proposition exprimée par l'ARSIF, des discussions ont eu lieu au sein de l'AP-HP au sujet de la réorganisation de la permanence des soins en neurochirurgie.

La grande garde, qui existe depuis quarante ans, recoupe les cinq services de l'AP-HP associés à l'hôpital Sainte-Anne, à l'exclusion de l'hôpital Foch et de l'hôpital Rothschild. Celle-ci est spécifique à la région Île-de-France et impose une lourde logistique. Son coût reste extrêmement modeste.

L'arrivée du scanner, dans les années 1975, a suscité l'ouverture de la grande garde à la radiologie. Vingt ans plus tard, la radiologie interventionnelle s'y est adjointe. Par la suite, l'hyperspécialisation des urgences neurologiques ont suscité l'indépendance :

- des urgences neuro-vasculaires ;
- de la prise en charge des traumatismes graves, de la poly-traumatologie et des hémorragies méningées ;
- des urgences chirurgicales, à proprement parler ;
- des urgences relatives au rachis neurologiques ;
- des besoins en surveillance neurologique aigu.

Cette garde est efficace, lisible et disponible. Elle fournit une satisfaction au plus grand nombre.

En revanche, des problèmes se posent pour :

- l'accueil téléphonique initial ;
- les transports depuis l'ensemble de la région ;
- l'immobilisation des équipes de SAMU pour ces transports et ceci, dans l'attente d'une réponse du chirurgien ;
- les cas cliniques liés à des hématomes sous-duraux, des contusions cérébrales et des hématomes intracérébraux.

Face à la problématique de la démographie médicale dans les secteurs de la neurochirurgie, de la neuroradiologie et de la réanimation, la grande garde nécessite des moyens accrus. 50 % des patients auront besoin d'une réanimation ou d'une surveillance continue. Or l'offre en lits d'aval suscite des difficultés.

L'ARSIF a donc décidé la réforme de la permanence des soins pour ces urgences. L'ensemble des services autorisés devront être capables d'assumer celle-ci. Une charte édicte les engagements contractuels des structures assumant ces urgences. L'évaluation devrait durer un an. Les personnes polytraumatisées ont été exclues du cahier des charges.

D'une part, une permanence des soins de proximité sera ouverte en journée. A cette fin, des gardes seront transformées en astreinte. Toutefois, des difficultés se poseront pour le plateau technique puisque l'accès prioritaire à un bloc, durant les horaires de permanence, sera

fonction de la gravité des cas. Il en résultera des confrontations avec les urgences des autres spécialités.

D'autre part, une permanence des soins régionale de recours sera instituée. Elle vise à reconduire la grande garde de neurochirurgie et nécessitera des moyens particulièrement lourds.

Cette nouvelle organisation est fondée sur une gouvernance interne et territoriale. Elle sera coordonnée par un sénior. Le principe de la limitation des transferts sans immobilisation des SAMU a été institué. L'ARSIF assurera le financement. Les dotations seront liées à l'engagement de chaque service. Des difficultés sont pointées concernant le plateau technique avec un accès priorisé au bloc opératoire en fonction de la gravité.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** évoque la problématique suscitée par la dissociation entre les patients cérébraux-lésés et les patients polytraumatisés. Par ailleurs, le cahier des charges prend peu en compte l'impact médico-économique de la réorganisation. Des éclaircissements sont nécessaires sur le financement de la grande garde et des astreintes pour les périodes où les sites ne sont pas de grande garde, mais reçoivent malgré tout des polytraumatisés.

En ce qui concerne les pathologies rachidiennes, des discussions plus approfondies avec les orthopédistes et avec l'agence régionale de santé sont indispensables.

Un hôpital de grande garde sera maintenu 24 heures sur 24. Cependant, son fonctionnement sera amené à évoluer. Un hôpital situé hors de la grande garde sera susceptible d'accueillir un cas d'urgence neurochirurgicale. Or, en l'absence de filière privilégiée, un problème d'accessibilité au bloc opératoire ou au plateau de radiologie interventionnelle pourra se poser.

En outre, le calendrier est contraint et la gestion de l'aval doit être organisée.

L'amélioration de la grande garde est préconisée. L'accueil doit être optimisé afin de limiter l'immobilisation des SAMU au sein des services. Une coordination conjointe avec les réanimateurs doit être instituée pour les cas les plus graves. Enfin, une réflexion doit être menée sur la restructuration de la neurochirurgie et l'organisation de l'aval.

Par conséquent, une révision du projet dans sa forme actuelle est proposée, en concertation avec l'AP-HP.

**Le président** s'interroge sur le maintien ou non de la petite garde qui accueillait des cas d'urgences, y compris la nuit, quand la grande garde était saturée.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** confirme que la petite garde existe toujours et participe à la continuité des soins, en répondant aux besoins des urgences de l'hôpital. Depuis les années 70, l'imagerie s'y est adjointe et les panseuses de garde ainsi que les manipulatrices radio de garde ont disparu, entraînant l'impossibilité de réaliser certains gestes après une certaine heure. Enfin, les internes n'exercent plus sur place mais sont d'astreinte.

**M. Jean-Michel DIÉBOLT** indique que les questions et les observations qui viennent d'être présentées ont été transmises à l'agence régionale de santé. Par ailleurs, une nouvelle réunion relative au cahier des charges est prévue d'ici la fin de semaine.

Le processus ne subira aucun retard. La mise en place de la permanence des soins couvrira l'ensemble des disciplines. Face aux inquiétudes suscitées par des partenaires qui ne joueraient pas complètement le jeu, l'agence régionale de santé rappelle que le cahier des charges crée des obligations communes qui feront l'objet de vérifications dans les établissements. Le système de grande garde sera maintenu. Aucun moyen global supplémentaire ne sera alloué.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** estime que les personnels s'inquiètent surtout de la capacité à répondre à ces attentes, en l'absence de toute coordination.

**Le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET** indique que la collégiale d'anesthésie et réanimation considère qu'en l'état, le cahier des charges ne résout pas les problèmes. La grande garde reste quasiment inchangée et le dimensionnement des équipes médicales et paramédicales n'a pas été pris en compte. La vigilance sera de mise.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** estime que le projet de l'ARSIF désorganisera la prise en charge des patients en Ile-de-France. L'accent doit être mis sur l'intégration de l'ensemble des composantes. Le risque existe d'un contournement du cahier des charges. Il convient d'opposer un refus très ferme à ce cahier des charges qui nécessite une révision.

**M. Jean-Michel DIÉBOLT** pense qu'aucun refus ne sera entériné par l'agence régionale de santé.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** rappelle que certains SAMU de la périphérie expriment un vif mécontentement vis-à-vis du fonctionnement actuel de la grande garde de neurochirurgie. Des progrès doivent être effectués. Toutefois, l'agence régionale de santé utilise cette situation en vue de modifier un dispositif dont l'AP-HP avait la totale maîtrise. Les autres établissements pourront toujours se réserver le droit de refuser des patients selon des critères qui ne sont pas précisés dans le cahier des charges.

Par ailleurs, l'AP-HP se trouve à la fois confrontée en interne à une nécessité d'évolution et à la limitation de ses moyens. La solution consiste en amélioration de la qualité des soins rendus aux patients. L'AP-HP constitue le seul acteur susceptible de proposer une prise en charge globale des malades en matière neurochirurgicale.

L'accent doit être mis sur l'admission de l'ensemble des patients sur le site où ils sont pris en charge. L'AP-HP en possède les moyens. Un changement radical de l'organisation doit être instauré et les anesthésistes réanimateurs doivent pouvoir s'y impliquer. Il convient aussi de mieux structurer la réponse téléphonique, confiée actuellement à des étudiants.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** est d'accord sur cette remarque mais insiste sur le fait que les réorganisations qui fonctionnent ont toutes été basées sur une concentration des moyens.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** estime que l'AP-HP doit se montrer capable d'une réorganisation pour répondre aux mécontentements et dysfonctionnement actuels.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** pense que l'AP-HP doit effectivement saisir cette occasion. En ce qui concerne les cas graves de traumatisme crânien, ceux-ci sont directement admis dans les *trauma centers*. Un problème de régulation se pose.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** pense que la réflexion menée quant à l'organisation de la grande garde doit être fondée sur l'examen des besoins des patients. Depuis quelques années, les

malades concernés sont surtout des patients qui suscitent des besoins en matière d'imagerie. Il est important que les neurologues vasculaires soient impliqués dans cette prise en charge. Ceux-ci se montrent volontaires. En outre, il arrive que les patients reçus dans le cadre de la grande garde de neurochirurgie y demeurent dans un délai trop important pour y subir une thrombolyse.

Enfin, il convient de réfléchir à une meilleure prise en charge, au niveau local, des patients examinés dans le cadre de la petite garde et dont la situation s'aggrave.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** souligne qu'il met l'accent depuis vingt ans sur la cohérence générale de ces urgences autour du secteur de la neuro-réanimation. Reste à cerner les moyens d'une telle restructuration.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rappelle que, depuis les années 90, au sein de l'AP-HP voire en Île-de-France, les images d'un patient admis au sein d'un SAU « standard » sont susceptibles d'être transférées vers la grande garde de neurochirurgie ou tout autre service de neurochirurgie.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** confirme que les réseaux doivent effectivement être mis en place à l'AP-HP. De plus, les patients qui s'aggravent dans un site disposant d'un neurochirurgien doivent être opérés sur place.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** pense que la neuro-réanimation institutionnelle constitue un enjeu central. Il est nécessaire que des structures acceptent l'ensemble des patients concernés par des lésions cérébrales de ce type en Île-de-France. Or la réponse demandée par l'agence régionale de santé concerne exclusivement la neurochirurgie.

## **V. Point sur la certification des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un groupe hospitalier**

**Le D<sup>r</sup> Nicole PERIER** souligne que les démarches de certification relatives à la V 2010 sont bien amorcées pour l'AP-HP puisque seuls 3 GH sont en attente de visite : HUPIFO (A.Paré), la Pitié-Salpêtrière et HUPO (HEGP).

A ce stade, les résultats connus relatifs aux gros groupes hospitaliers multi-sites présentent des sursis à la certification. Parmi les quatre groupes hospitaliers qui font l'objet de réserves majeures, deux d'entre eux sont en période de recours gracieux. Le GH Henri-Mondor devrait pouvoir obtenir une réponse favorable.

Les sujets qui suscitent des réserves majeures sont principalement le bloc opératoire et l'endoscopie.

Les problématiques de sécurité sanitaire, notamment celles qui sont liées aux risques d'incendie, sont incluses dans ces résultats. Les problématiques liées aux PUI sont également prises en compte dans le cadre du critère de la prise en charge médicamenteuse.

Les problématiques sont liées à des problèmes de structure (vétusté des locaux et des équipements), d'organisation et de coordination des soins et des démarches qualité ou de bonnes pratiques, notamment en matière d'hygiène, de transfert sur de longues distances ou d'accueil des patients sur les sites par exemple. Les secteurs à risque tels que le bloc opératoire et les endoscopies se trouvent plus facilement impactés.

Le P<sup>f</sup> Christian RICHARD a coordonné début juillet une réunion regroupant les représentants médicaux impliqués dans la certification des groupes hospitaliers. Celle-ci a suscité une réflexion sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. L'accent a été mis sur l'intérêt du travail en équipe pluri-professionnelle et sur le partage d'expériences. Le manque de compréhension quant aux attendus de la HAS a été pointé. Des attentes portent également sur la lisibilité des résultats.

En outre, la lourdeur des démarches est déplorée. Celle-ci entraîne un *turnover* très important des équipes qualité des GH. Il est nécessaire de réexaminer le positionnement, le profil et la composition de ces directions qualité.

En effet, la dynamique de certification tend vers une dynamique continue. Dans le cadre de la nouvelle itération, un suivi régulier est prévu en lien avec la HAS. Des comptes qualité seront rendus par les établissements tous les deux ans. Ceux-ci seront fondés sur leur programme en qualité et gestion des risques. L'analyse sera menée selon une approche processus, qui concerne aussi bien le management, les processus supports que la prise en charge des patients. La nouvelle technique du « patient traceur » permettra d'analyser rétrospectivement la qualité de la prise en charge à toutes les étapes, notamment aux interfaces.

Dans le cadre de la préparation du plan stratégique, les groupes hospitaliers ont été interrogés sur leur façon d'intégrer la certification au niveau politique et managérial.

**Le P<sup>f</sup> Christian RICHARD** estime qu'une rubrique relative aux urgences neurochirurgicales devrait être prise en compte dans la certification. Par ailleurs, ce sujet n'intéresse pas suffisamment les médecins. Ceux-ci n'en comprennent pas les retombées potentielles. Une réunion impliquant les médecins responsables au niveau des groupes hospitaliers a donc été organisée. La gouvernance s'implique essentiellement lors de la visite de certification. Il est donc nécessaire que cette situation évolue et s'inscrive pour le futur dans un processus quasiment quotidien.

Lorsque des réserves à connotation médicale sont exprimées à l'occasion de la certification, il convient d'exercer des pressions pour que la gouvernance des groupes hospitaliers prenne en compte des sujets sur lesquels les équipes médicales et paramédicales ont attiré l'attention en amont.

Enfin, il convient d'observer que les réserves exprimées reprennent des axes prioritaires du programme élaboré par le président de la CME en matière de sécurité et de qualité des soins, telle la prise en charge de la prescription médicamenteuse et l'analyse des événements indésirables graves.

**Le P<sup>f</sup> Pierre CARLI** rappelle que l'objectif de la certification est l'amélioration de la qualité des soins. Malgré l'aide précieuse apportée sur le terrain par l'équipe du Dr Nicole PERIER, force est de constater que les hôpitaux sont épinglés sur les mêmes sujets. Par conséquent, des questions se posent quant à la valeur de l'outil et à son utilisation. L'institution pourrait se rapprocher de la tutelle pour vérifier que les critères d'évaluation sont adaptés.

Enfin, les coûts de la certification appellent des observations dans un système basé sur la tarification à l'activité. Chaque année, le processus se complexifie et impose l'implication accrue des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs. Ces coûts peuvent-ils être pris en compte et faire l'objet d'un retour aux tutelles ?

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** confirme que les médecins n'ont pas compris l'intérêt de la certification. Celle-ci est chronophage et les indicateurs ne correspondent pas aux réalités du terrain. L'accent n'est pas suffisamment mis sur la qualité des soins. Enfin, aimerait connaître le nombre de personnes mobilisées sur cette activité en transversal, au détriment de l'activité de soins.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** fait part de son expérience sur l'audit de dossier. Elle constate que le remplissage des dossiers infirmiers donne lieu à des contournements puisque chaque item fait l'objet d'une case à cocher. En pratique, les infirmières sont incitées à fournir des réponses positives même si les patients ne sont pas questionnés.

L'un des items, par exemple, concerne l'envie éventuelle d'un patient de se suicider. Bien évidemment, les infirmières ne posent pas cette question. Or, cela induit une mauvaise note pour le site. Concernant cette question, peu d'évolution est prévisible.

Par ailleurs, la certification prend en compte les notions de confidentialité et de dignité du patient alors même que l'AP-HP compte une majorité de chambres doubles.

Enfin, des questions se posent sur la finalité de la certification et sur les répercussions que peuvent entraîner, en cas de réserves majeures, l'absence de réponse des sites.

**Le D<sup>r</sup> Nicole PERIER** répond qu'un suivi peut être institué au GH dans un délai défini par la HAS. Sinon, l'établissement devra présenter un plan d'actions pour les décisions non levées lors de la visite suivante. La certification s'ancre de plus en plus comme un outil de régulation par la qualité, avec des développements en cours tel que le projet d'incitation financière par la qualité (IFAQ).

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, souligne que les résultats globaux des CHU sont moins bons que les ceux des autres établissements alors que les critères d'évaluation sont identiques. Un rendez-vous a été pris avec la gouvernance de la haute autorité de santé à ce sujet. En effet, le regard qu'elle porte sur les résultats obtenus par l'institution semble de plus en plus sévère.

La mesure de la qualité des soins est désormais avérée. Ces indicateurs seront rendus publics, ce qui pourra avoir des incidences sur l'attractivité des services de l'AP-HP. A terme, la sanction pourrait consister en une déqualification progressive de l'institution. Il serait donc une erreur de considérer la certification comme une démarche ayant un caractère de bureaucratie administrative. Cet enjeu, qui relève de l'organisation médicale, doit être pris très au sérieux. Il implique la mise au point de plans d'actions.

**Le président** rappelle son attachement à la certification et souligne que ses résultats doivent désormais être rendus publics. En dépit de ses aspects fastidieux et culpabilisants, la certification est un processus vertueux et une puissante incitation à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions de prise en charge des usagers.

Les conférences stratégiques et budgétaires des groupes hospitaliers devraient comporter un chapitre spécifique relatif à la certification et à la qualité avec une ligne budgétaire identifiée. Cela marquerait de manière concrète l'intérêt porté au processus de certification. Cette suggestion a été évoquée au sein du directoire.

## **VI. Schéma d'organisation de l'encadrement**

**M. Christian POIMBOEUF** rend compte du travail mené depuis le début de l'année 2013 sur le fondement de travaux engagés antérieurement. M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE, avait souhaité que cette année soit particulièrement dédiée à l'encadrement.

Outre le schéma de l'organisation de l'encadrement, un travail a été engagé sur l'accompagnement et la résorption des faisant fonction de cadres, mais également sur la continuité de l'encadrement.

En 2012, il avait été demandé à M. Jean-Louis SANTIAGO, directeur du centre de formation, d'exprimer des propositions concrètes sur l'organisation de l'encadrement au sein de l'Institution, qui compte 2 600 cadres de santé et quelque 300 faisant fonction de cadres. Dans certains sites, ceux-atteignent 40 % à 50 % de l'effectif.

Suite au mouvement intervenu à l'hôpital Saint-Antoine, et ayant fait l'objet d'une assemblée générale, il est apparu important qu'un travail soit engagé avec les organisations syndicales. Cela a donné lieu à la rédaction de deux notes adressées aux groupes hospitaliers en juin dernier qui visent, d'une part, à organiser l'encadrement et d'autre part, à résorber les effectifs de faisant fonction.

L'objectif du schéma d'organisation de l'encadrement consiste à organiser un travail de terrain au niveau de chaque pôle afin de clarifier les modes d'exercice dans le contexte de l'émergence des groupes hospitaliers et la reconstitution dans pôles. Ce travail participatif associera les cadres paramédicaux de pôles et les cadres eux-mêmes.

La démarche consiste à identifier les unités de base et le cadre en responsabilité auxquelles celles-ci correspondent. Une réflexion a été demandée aux groupes hospitaliers sur la répartition des missions entre les cadres de proximité, l'encadrement supérieur assumant le cas échéant des missions transversales pour un ensemble d'établissements, et les cadres paramédicaux de pôles et de détailler les organigrammes.

Les groupes hospitaliers doivent encore transmettre leur schéma d'organisation. Un séminaire, le jeudi 10 octobre, réunira les DRH et les directeurs de soins au sujet de l'adaptation de la situation actuelle à la cible.

Dans les situations les plus critiques, des infirmiers sont placés dans la situation d'assurer une fonction d'encadrement alors qu'ils n'ont pas été nécessairement formés à ces missions. Une contractualisation de leur situation a été élaborée entre la DRH, la direction des soins et des activités paramédicales, le cadre paramédical de pôle et le postulant. Elle vise à préciser le contenu et la durée de leur mission.

En outre, un accompagnement sera mis en place afin que ces soignants puissent assumer un nouveau métier auxquelles ils n'ont pas été préparés. La suite logique consistera en un engagement à passer le concours de l'Institut de formation des cadres de santé (IFCS). Leur fonction d'encadrement sera ainsi officialisée. Des actions doivent leur permettre de préparer ce concours dans de meilleures conditions.

Des dispositions ont été prises pour résorber les effectifs de faisant fonction de cadres, notamment par l'augmentation du nombre de places au sein de l'IFCS de l'AP-HP. En outre, des faisant fonction de cadres ayant réussi des concours dans d'autres IFCS de la région

parisienne pourront bénéficier d'une promotion professionnelle. Alors que 140 prises en charge étaient recensées, toutes filières confondues, 170 prises en charge seront mises en place cette année ainsi qu'une trentaine d'autres prises en charge.

Les stages proposés à l'IFCS seront répartis au prorata du nombre de postes de faisant fonction de cadres au sein des établissements. Au sein des hôpitaux Avicenne et Antoine-Béclère, un taux de 40 % à 50 % de faisant fonction de cadres est observé. Tant que ces établissements ne recevront pas de stagiaires, les chances qu'ils puissent accueillir ensuite des cadres issus d'écoles sont limitées. La présence de ces étudiants cadres sur le terrain a été instituée durant l'année de formation.

En ce qui concerne le malaise des cadres, ceux-ci ont fréquemment le sentiment d'accomplir un travail qui n'est pas reconnu, avec une disponibilité très importante. Les cadres sont des salariés qui ont majoritairement choisi un travail au forfait. Pour autant, ils n'ont pas à être disponibles à toute heure. La problématique de la continuité de l'encadrement a donc été abordée.

**Le président** souligne que la différence de salaire entre une infirmière IDE et un cadre est peu incitative pour le personnel soignant.

**M. Christian POIMBOEUF** rappelle qu'il existe une différence significative entre le salaire médian d'une infirmière et le salaire médian d'un cadre de santé. Les deux catégories professionnelles ont fait l'objet d'une revalorisation salariale. Cependant, il convient de tenir compte des variables de paie, et notamment des indemnités liées au travail de nuit, les jours fériés et le week-end. Les écarts de rémunération médians deviennent alors inférieurs à 200 euros.

Enfin, le combat relatif aux rémunérations est mené au niveau national. Or la seconde étape du reclassement aura lieu en 2015. L'état des finances publiques ne permet pas une revalorisation salariale majeure.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** constate que les organigrammes internes aux pôles suscitent des difficultés. Le personnel médical et les infirmières ne savent pas à quel interlocuteur s'adresser dans le contexte des restructurations ou des réintégrations. Il est souhaitable qu'un organigramme de l'encadrement 24 heures sur 24 soit mis en place.

**M. Christian POIMBOEUF** rappelle que c'est précisément le travail demandé aux groupes hospitaliers qui ont pour mission d'élaborer un schéma d'organisation par pôle. Il s'agit nécessairement d'un travail de terrain.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** demande quels moyens l'institution compte accorder à la fidélisation des cadres de santé de proximité. En effet, certains cadres, une fois formés, rejoignent des hôpitaux hors de l'AP-HP. Par ailleurs, les cadres se trouvent confrontés à un glissement des tâches et sont parfois amenés, lorsque les effectifs soignants sont restreints, à reprendre un rôle d'infirmière, voire d'aide-soignant.

**M. Christian POIMBOEUF** rappelle qu'un cadre bénéficiant d'une promotion professionnelle n'assume pas un engagement de service à l'égard d'un établissement mais à l'égard de l'ensemble de la fonction publique hospitalière. Un cadre formé a toute possibilité de rejoindre un autre établissement public de santé.



Le débat relatif à la fidélisation des cadres porte essentiellement sur l'organisation et les conditions de travail. L'accent est mis sur le schéma d'organisation. La souffrance des personnels est moins liée au glissement des tâches vers leur cœur de métier qu'à la nécessité d'accomplir des tâches de logistique ou de rechercher des lits.

Un travail est donc en cours pour que le cadre de santé puisse se concentrer sur son cœur de métier. Celui-ci consiste, en lien avec les médecins, à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Ce schéma d'organisation suscite une impulsion très forte.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** estime que le manque d'attractivité du métier de cadre ne se résume pas à un problème d'incitation financière. Les infirmières ressentent un manque de lien vis-à-vis de leur cadre. Les plus jeunes cadres ont une vision différente de leur métier. Ils estiment qu'ils n'ont pas à collaborer avec les médecins ni à remplacer un soignant en cas de problème. Le lien entre les cadres et leurs équipes soignantes doit donc être revalorisé. Fréquemment, c'est le médecin qui joue actuellement ce rôle de liaison.

**M. Christian POIMBOEUF** souligne que l'objectif, pour un cadre de proximité, consiste à animer son équipe, en lien avec l'équipe médicale, notamment le médecin responsable de l'unité.

**Le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER** demande s'il appartient au cadre de proximité de remplir les tableaux de service. Cette tâche, qui pèse sur l'attractivité de la profession, pourrait plutôt être confiée aux ressources humaines.

**M. Christian POIMBOEUF** répond qu'il revient aux équipes de prendre leur planning en charge. La seule mission du cadre est de contrôler ce planning. Même si les ressources humaines sont à même de remplir cette tâche, la réactivité dans ce domaine doit être immédiate.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** estime que le glissement de tâches s'opère aussi vers des tâches liées à la production d'indicateurs dans le contexte de la certification. Les cadres ne s'y retrouvent pas et sont déconnectés de leurs équipes.

Par ailleurs, ceux-ci souhaitent un lien plus fort vis-à-vis du personnel médical. Les présidents de CME locales et les chefs de pôles doivent se sentir responsables de l'encadrement.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** estime que cette situation résulte peut-être d'une organisation en pôles quelque peu abstraite. Au niveau des équipes d'infirmières, les cadres de proximité ont disparu. Ce vide a été rempli par des faisant fonction de cadres.

**Le président** rappelle que les cadres de proximité avaient disparu bien avant la création des pôles. Ils n'étaient plus présents lors d'un moment symbolique comme la visite de service. Depuis une trentaine d'années, un glissement est observé des tâches de soins vers les tâches administratives.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON** estime que les cadres ont pris de la distance vis-à-vis des équipes médicales et paramédicales au point de méconnaître le fonctionnement technique des services.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** pense nécessaire de réévaluer le discours tenu au sein de l'école des cadres.

**M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN** souligne qu'un travail est mené au sein de la DRH de l'AP-HP pour favoriser l'attractivité de ces postes. Les cadres sont très impliqués dans leurs missions. Toutefois, l'absentéisme du personnel ne facilite pas la gestion quotidienne des équipes.

## **VII. Décret du 20 septembre 2013 relatif à la commission médicale d'établissement**

**M<sup>me</sup> Laure BÉDIER** indique que le décret relatif à la commission médicale d'établissement est applicable depuis le 24 septembre. La partie du texte liée aux compétences de la CME est d'ores et déjà entrée en vigueur. La partie relative à sa composition sera mise en place à partir de mars 2014.

Ce texte renforce les compétences de la CME qui fournira désormais un avis sur les matières suivantes :

- les orientations stratégiques de l'AP-HP et son programme global de financement pluriannuel (PGFP) ;
- le plan de redressement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- la participation de l'AP-HP à une communauté hospitalière de territoire ou la fusion avec un autre établissement de santé ;
- les conventions conclues entre l'AP-HP et les membres de son directoire ou les membres de son conseil de surveillance ;
- la politique en matière de coopération territoriale ;
- la politique de recherche clinique ;
- la politique de formation des étudiants et des internes.

En outre, la CME pourra fournir un avis sur des sujets pour lesquels une simple information était jusqu'à présent mise en œuvre :

- l'organisation interne de l'AP-HP ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'AP-HP ;
- le compte financier et l'affectation des résultats.

La CME conservera son rôle de consultation sur le plan stratégique, les conventions hospitalo universitaires, le statut des fondations hospitalières, le projet médical, les modifications des missions de service public, le plan de développement professionnel continu, les modalités de la politique d'intéressement, le programme d'investissement concernant les équipements médicaux et le règlement intérieur. Une information restera effectuée sur les contrats de pôles, le tableau de service, le projet de soins et la programmation des travaux. Le décret ne modifie pas les possibilités de délégation de la CME aux CME locales.

En ce qui concerne la composition de la CME, la représentation des sages-femmes est augmentée et des représentants et des étudiants hospitaliers en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique seront désignés par la direction générale, tout comme les représentants des internes.

. Un référent pour l'antibiothérapie sera désigné.

**Le président** souligne les nouvelles compétences de la CME en matière de budget, de structures et de recrutement. Un groupe de travail sera consacré à l'analyse et à la traduction concrète du décret. Ses travaux s'achèveront à la fin de cette année. Il sera composé :

- du côté de la CME, par le président de la CME, le D<sup>f</sup> Anne GERVAIS vice-présidente, et par les P<sup>TS</sup> Jacques DURANTEAU, Alain SIMON et Béatrice CRICKX ;
- du côté de l'administration, par M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, M. Jean-Michel DIÉBOLT, M. Jérôme HUBIN pour la direction médico-administrative, M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER pour la direction des finances, M<sup>me</sup> LUX pour la direction des ressources humaines, M<sup>me</sup> Laure BÉDIER et M. Marc DUPONT pour la direction des affaires juridiques.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** estime que ce décret rétablit un meilleur équilibre dans la gouvernance entre le corps médical et l'administration.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** s'interroge sur les conséquences d'un vote négatif de la CME au sujet du budget de l'APHP.

**Le président** rappelle que la CME joue un rôle consultatif. La direction générale est décisionnaire. Celle-ci peut prendre une décision avec l'appui de la CME ou contraire à son avis. Le cas échéant, l'ARSIF devra tenir compte du fait que le budget de l'AP-HP a été adopté sans l'approbation du corps médical.

*La séance est levée à 12 heures 35.*

\*                    \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 12 novembre 2013 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 30 octobre 2013 à 16 heures 30**