

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 10 JUIN 2014**

**APPROUVE LORS DE LA CME**

**DU MARDI 9 SEPTEMBRE 2014**

## SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME	6
II.	Avis sur le projet médical 2015-2019 de l'AP-HP	10
III.	Partage de médecins assistants entre les centres hospitaliers d'Île-de-France et l'AP-HP	11
IV.	Plan urgences de l'AP-HP	15
V.	Rapport du groupe de travail <i>Hospitalité</i> de la CME	19
VI.	Bilan annuel du programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & Capcu)	21
VII.	Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP	23
VIII.	Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2013	24
IX.	Information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP	25
XI.	Questions diverses	
XII.	Approbation du compte rendu de la réunion du 8 avril 2014	27

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

- 1- Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME
- 2 - Avis sur le projet médical 2015-2019 de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)
- 3 - Partage de médecins assistants entre les centres hospitaliers d'Île-de-France et l'AP-HP (D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD, président de la CME [PCME] de l'hôpital André-Mignot au Chesnay, président de la conférence des PCME des centres hospitaliers d'Île-de-France)
- 4 - Plan urgences de l'AP-HP (P<sup>r</sup> Pierre CARLI)
- 5 - Rapport du groupe de travail *Hospitalité* de la CME (P<sup>r</sup> Gérard REACH)
- 6 - Bilan annuel du programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU ; P<sup>r</sup> Christian RICHARD, D<sup>r</sup> Marie-Laure PIBAROT)
- 7 - Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP (M. Marc DUPONT)
- 8 - Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2013 (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
- 9 - Information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
- 10 - Questions diverses
- 11 - Approbation du compte rendu de la réunion du 8 avril 2014

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition C**

- Avis sur cinq premières demandes et deux demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens
- Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux spécialistes au 1<sup>er</sup> novembre 2014

#### **Composition B**

- Avis sur la titularisation de MCU-PH des disciplines médicales nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2013
- Avis sur la titularisation de MCU-PH d'odontologie nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2013
- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques offert à la mutation (révision des effectifs HU 2014)

#### **Composition A**

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines pharmaceutiques offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2014)

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P<sup>f</sup> Philippe ARNAUD
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry BEGUE
- M. le D<sup>r</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne Reine BUISINE
- M. le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>f</sup> Bruno CARBONNE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>f</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>f</sup> Gérard CHERON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry CHINET
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le P<sup>f</sup> Marc DELPECH
- M. le P<sup>f</sup> François DESGRANDCHAMPS
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. Mickaël FORTUN
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>f</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOFF
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Louise GOUYET
- M. le P<sup>f</sup> Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P<sup>f</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Cécile HVOSTOFF
- M. Valentin JOSTE
- M. le D<sup>r</sup> Matthieu LAFAURIE
- M. le P<sup>f</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>f</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>f</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>f</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>f</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>f</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P<sup>f</sup> Guy SEBAG
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>f</sup> Dominique VALEYRE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>f</sup> Michel ZÉRAH

• ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Benoît SCHLEMMER, président de la conférence des directeurs d'UFR de médecine d'Île-de-France, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis Diderot,
- M. le P<sup>f</sup> Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris Descartes
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris Descartes
- M<sup>me</sup> Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M. Olivier YOUINO, représentant du comité technique d'établissement central
- M<sup>me</sup> Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers

- ***en qualité d'invités permanents :***

- M. le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris Nord
- M. le P<sup>f</sup> Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission centrale des soins infirmiers

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

- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Florence VEBER, déléguée aux relations internationales
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  
- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M<sup>me</sup> Nadia BENZEKRI, cabinet de la présidence de la CME

- ***Représentant de l'ARSIF :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>fs</sup> René ADAM, Jean-Claude ALVAREZ, Yves AIGRAIN, Yves COHEN, Béatrice CRICKX, Michel DRU, Philippe GRENIER, Bertrand GUIDET, Olivier HENRY, Anna LAMBERTI TELLARINI, Jean MANTZ, Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> Laura LECHIEN, M. Matthieu PICCOLI

*La séance s'ouvre à 8 heures 35 sous la présidence du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME**

Le P<sup>r</sup> François DESGRANDCHAMPS, urologue à l'hôpital Saint-Louis, remplace le P<sup>r</sup> François HAAB, urologue à l'hôpital Tenon démissionnaire après son élection au Conseil de Paris.

M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN, sage-femme à l'hôpital Louis-Mourier, est la seconde sage-femme élue de la CME. M<sup>me</sup> Caroline PRADINES, qui occupait le premier siège depuis les élections de 2011, vient de quitter l'AP-HP et sera remplacée prochainement.

Le D<sup>r</sup> Paul AVILLACH, représentant des personnels non titulaires hospitalo-universitaires, a démissionné de l'AP-HP et quitte lui aussi la CME. Il doit également être remplacé.

Un représentant des étudiants en maïeutique devrait être désigné prochainement.

M<sup>me</sup> Monique RICOMES a été nommée directrice générale de l'Agence régionale de santé (ARS) de Basse-Normandie. M<sup>me</sup> Amélie VERDIER lui succède au secrétariat général de l'AP-HP.

Enfin, M. Gérard COTELLON est nommé directeur de cabinet du directeur général.

La direction du service au patient, qui incluait la communication et les affaires internationales, a été dissoute et ses missions ont été réparties dans trois directions de taille plus modeste. La direction des patients, usagers et associations est confiée à M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, la direction de la communication à M. Patrick CHANSON et la délégation aux relations internationales, rattachée à la direction générale, reste confiée au D<sup>r</sup> Florence VEBER.

Au conseil de surveillance, M<sup>me</sup> Anne Hidalgo, maire de Paris, et le D<sup>r</sup> Bernard JOMIER, son adjoint à la mairie chargé de la santé et des relations avec l'AP-HP, remplacent M. Jean-Louis MISSIKA et M. Jean-Marie LE GUEN, nommé secrétaire d'État aux relations avec le Parlement. Le D<sup>r</sup> Dominique VUILLAUME, médecin généraliste, directeur du centre de santé d'Aubervilliers, devient conseiller de la maire pour la santé. Le nouveau président du conseil de surveillance sera élu lors de la séance du 19 juin. Les voix des deux représentants de la CME, le P<sup>r</sup> Christian RICHARD et le D<sup>r</sup> Alain FAYE, seront importantes.

L'accueil d'un riche patient étranger dans le service d'orthopédie d'Ambroise-Paré, largement médiatisé, a amené le président de la CME à rappeler qu'il n'existe pas de consensus de la communauté médicale pour ce type de prise en charge exceptionnelle. Néanmoins, la CME accepte que les malades étrangers viennent se faire soigner sans conditions particulières de soins et d'hébergement dans les hôpitaux de l'AP-HP au tarif de la sécurité sociale majoré de 30 %.

**Le président** informe la CME que les journées portes ouvertes de l'AP-HP se tiendront le 14 juin et invite chacun à contribuer à leur succès.

**Le président** indique que le directeur général a évoqué le sujet de l'Hôtel-Dieu lors du directoire du 3 juin et qu'un exposé sur ce projet, à la fois médical et financier, est prévu lors de la CME de juillet. Dans l'immédiat, le problème porte sur le devenir des trois structures

(biologie, anatomie-pathologique et médecine nucléaire) encore présentes sur le site et qui doivent être transférées à Cochin, à une date qui n'a pas encore été fixée.

**Le président** informe la CME de la constitution d'un groupe de travail *ad hoc* sur les transplantations. Les P<sup>TS</sup> François DESGRANDCHAMPS et René ADAM y représenteront la CME et le D<sup>J</sup> Sophie COHEN la DOMU. La composition du groupe est ouverte aux volontaires qui souhaiteraient s'associer à la réflexion, dont les enjeux sont les suivants :

- la création d'une liste commune de prélèvement ;
- la précision des règles d'attribution des greffons rénaux ;
- la question du pancréas ;
- la question du nombre souhaitable de services devant assurer ces opérations.

**Le directeur général, M. Martin HIRSCH**, souligne qu'il est important dans le contexte économique difficile de veiller à l'unité de l'AP-HP. Ce sujet est cher au président et à toute la CME, dont le rôle délibératif est fondamental pour l'unité de l'AP-HP.

L'unité de l'AP-HP doit d'abord s'entendre vis-à-vis des acteurs politiques. La maire de Paris souhaite siéger elle-même au conseil de surveillance parce qu'un travail en commun est nécessaire entre la ville et le CHU. L'AP-HP a intérêt à ce que la ville s'implique dans son CHU, pas dans ses décisions médicales ou organisationnelles, mais dans les projets, les investissements ou l'urbanisme. Il s'agit durant le second semestre de l'année 2014 de parvenir à une convention globale avec la Ville de Paris, qui puisse être soumise au conseil municipal au début de l'année 2015. Le fait que la maire exerce directement des responsabilités dans le conseil de surveillance constitue un gage important d'implication forte.

Les journées portes ouvertes de l'AP-HP sont aussi l'occasion de montrer l'unité de l'AP-HP. Sans inclure les hôpitaux du polyhandicap, qui tiennent leur propre agenda, il s'agit de faire en sorte que l'ensemble des hôpitaux de Paris et de région parisienne produise un programme coordonné et ouvre leurs portes. Ce projet vise à montrer la médecine telle qu'elle s'exerce aujourd'hui, telle qu'elle souffre, telle qu'elle est diverse et telle qu'elle essaie de répondre aux besoins des patients. Le programme promet d'être magnifique, avec des conférences passionnantes et diverses, elles peuvent être une opération forte de fierté et d'unité de l'AP-HP. Un relai de communication a été organisé grâce à des partenariats gratuits avec les médias. Il a été fait en sorte de parler de l'AP-HP, de ce qui s'y fait, de ce qu'elle cherche à apporter, dans la diversité de ses missions et de ses établissements.

Le président de la CME a rappelé les interrogations qui ont pu s'exprimer quant aux conditions d'accueil à Ambroise Paré. Là aussi, l'unité de l'AP-HP a consisté à assumer ce qui s'est réalisé, de telle sorte que le débat ne soit pas empêché et qu'il soit possible de revisiter des règles, si nécessaire, pour ne pas s'éloigner des missions de service public. Il est important, de temps en temps, de relever les signes parfois tangibles de la reconnaissance internationale de l'AP-HP et de son attractivité, mais pas dans n'importe quelle condition. Il s'agira notamment de progresser dans le domaine des créances irrécouvrées et de souligner que le montant de ces créances diminue. Ces ressources sont en effet nécessaires pour conduire les projets de l'AP-HP. Dans ce contexte, **le directeur général** a pris l'engagement que des progrès puissent être notés d'ici un an. De telles évolutions ne peuvent s'observer du jour au lendemain, mais il s'agit d'une priorité affirmée.

L'unité de l'AP-HP passera aussi par l'aboutissement du dossier de l'Hôtel-Dieu, sachant que ce sujet a été lancé il y a dix à quinze ans. Quoi qu'il en soit, **le directeur général** reste

confiant, notamment au regard de la manière dont la ville de Paris s'implique auprès de l'AP-HP, et dans la capacité de notre institution à affirmer ses missions à l'hôpital. Il est confiant que l'Hôtel-Dieu ne deviendra pas une source de déficit et ne conduira pas à un engloutissement de ressources nécessaires pour d'autres projets.

Il convient de trouver un nouvel équilibre pour se réappropriier l'Hôtel-Dieu, qui ne sera pas un hôpital comme les autres. Il devra être utile aux missions de l'AP-HP, y compris pour la recherche d'un équilibre financier.

Le **P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** explique que l'objet du courrier qu'il a adressé au président et au directeur général au nom de la communauté hospitalière et des chefs de pôle portait sur les problèmes médicaux et les décisions administratives pour le GH des hôpitaux universitaires Paris centre. La situation économique est tendue.

Il a adressé deux courriers avec le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN, responsable du pôle imagerie, et le P<sup>r</sup> Marc DELPECH, pour le pôle biologie et l'anatomopathologie. Ces courriers visaient à alerter sur les activités qui sont actuellement réalisées dans le groupe hospitalier mais qui restent localisées sur le site de l'Hôtel-Dieu. Elles concernent la biologie, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire. L'anatomopathologie consacre plus de 95 % de son activité à la chirurgie thoracique. Pour mémoire, le service de chirurgie thoracique compte quarante lits et réalise plus de 3 000 interventions par an. Les examens d'extemporanée d'anatomopathologie sont effectués sur le site de Cochin, puis les poumons sont ensuite transférés à l'Hôtel-Dieu, sachant qu'un poumon doit être gonflé avant d'être placé dans le formol, ce qui nécessite beaucoup d'espace. Tel est le fonctionnement depuis un an. À quelques semaines des vacances, la situation promet d'être particulièrement difficile, alors que les travaux d'accueil au service d'anatomopathologie sur Cochin sont terminés. Le **P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** ne comprend pas pourquoi ce transfert d'activité n'a toujours pas eu lieu. Tous les personnels médicaux, non médicaux et de Cochin attendent la décision du transfert.

Le second problème concerne la biologie. La restructuration de la biologie du groupe hospitalier a commencé en 2010, avec le transfert de toutes les activités de biologie de Saint-Vincent-de-Paul suite à la fermeture de ce site. Elle s'est accélérée dans le nouveau bâtiment, quand il a été demandé d'accueillir l'ensemble des activités de biologie de l'Hôtel-Dieu. Un travail conduit par le D<sup>r</sup> Bernard WEIL a permis une restructuration importante, qui a occasionné un effort d'efficience (-70 postes de techniciens, des médecins et des gardes). Une diminution de la surface de chaque service en a également découlé, car la génétique, la cytogénétique et d'autres activités ont pu être accueillies. À ce jour, il reste encore une part d'activité de biologie à l'Hôtel-Dieu destinée aux activités encore présentes sur site. Pour l'heure, ont été transférées à Cochin : la médecine interne, la cancérologie, la diabétologie, la réanimation médicale, la réanimation chirurgicale, la gastroentérologie, la pneumologie, la chirurgie, la chirurgie digestive et la chirurgie thoracique. Il reste à transférer une part d'activité relativement faible de biologie, qui pourrait être reprise par Cochin. À une époque où chaque projet doit faire l'objet d'un retour sur investissement, le **P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** ne comprend pas que cette activité soit maintenue en l'état, avec parfois deux prélèvements conduits la nuit et une garde maintenue sur place.

S'agissant de la médecine nucléaire, les deux services de l'Hôtel-Dieu Cochin ont fusionné en 2013. Il avait été décidé de remonter l'une des deux gamma-caméras, datant de 2007, dans un premier temps sur le site de Cochin. Néanmoins, le service de médecine nucléaire de Cochin se situe au septième étage. Tout changement de machine coûte 500 000 euros. Or deux des

quatre blockhaus militaires accessibles dans le cadre du partenariat avec le Val-de-Grâce sont libres, et le Val-de-Grâce est disposé dans le cadre du GCS à accueillir la gamma-caméra. Cette solution coûtera bien moins cher, car cet endroit se situe en rez-de-chaussée bas. Toutefois, alors que l'activité dépendait en partie de Cochin, avec d'importantes mutualisations, ce transfert reste bloqué. Il s'agit pourtant d'un élément très important du partenariat avec la médecine nucléaire pour le Val-de-Grâce.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** sait fort bien que des médecins passent régulièrement à la télévision pour dénoncer la situation terrible de l'Hôtel-Dieu. Bien qu'ils ne disposent d'aucun mandat, ces personnes sont davantage entendues que la communauté médicale qui s'est acquittée correctement de son travail, qui a fait preuve de patience, mais qui, aujourd'hui, ne comprend plus l'absence de décision.

**Le président** pense que nombre de réponses seront apportées à la CME de juillet.

**Le directeur général** souligne qu'il a indiqué à M. HOUSSEL, directeur du groupe hospitalier, que le milieu du mois de mai n'était pas la meilleure date pour procéder à ces déménagements. Il est toujours favorable à l'accélération des transferts, mais il est préférable au préalable de recueillir l'accord de certains intervenants. Le directeur général tient à résoudre ces difficultés. Il s'est montré à l'écoute de tous les commentaires. Après plusieurs mois difficiles, il convient désormais de trouver des solutions pour régler les problèmes au plus vite et dans l'intérêt de tous. Il espère compter sur le soutien et la mesure des membres de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU**, chef du service de pathologie bi-site Cochin Hôtel-Dieu, fait part des difficultés de fonctionnement en effectifs réduits sur deux sites, durant les deux mois à venir, sachant que le déménagement serait reporté en septembre. Le transfert des prélèvements entre les deux sites fait courir des risques pour leur prise en charge et par là-même pour les patients.

**Le directeur général** cherchera et trouvera une solution. Un déménagement au 12 mai n'était pas envisageable après tous les incidents qui sont survenus. Il ne souhaitait pas que la situation s'envenime.

**Le P<sup>r</sup> Marc DELPECH** estime que le problème de la période estivale se pose aussi pour la biologie. Or la mission efficience prévoyait le passage des techniciens de l'Hôtel-Dieu à la plate-forme de haut débit, mais ce transfert n'a pas eu lieu, ce qui entraîne aussi des perturbations dans le laboratoire de Cochin. La démoralisation du pôle est aujourd'hui complète. Les engagements pris ne sont pas tenus. Par ailleurs, il convient sur le plan réglementaire qu'un laboratoire soit accrédité. Or une visite d'auditeurs entraînerait certainement la fermeture immédiate du laboratoire à réponse rapide de l'Hôtel-Dieu.

À ce jour, la circulation des prélèvements dans l'Hôtel-Dieu est plus longue entre le service et le laboratoire qu'entre l'arrivée de l'examen au laboratoire et le départ des résultats. La biologie délocalisée est prête et les appareils sont disponibles. Sa mise en place est néanmoins empêchée, comme la formation des personnels. Si la biologie délocalisée était utilisable, les médecins recevraient leurs résultats en quelques minutes.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** indique que les accords entre la médecine nucléaire et le Val-de-Grâce font partie d'un accord global lié à l'implantation d'une gamma-caméra, avec un second emplacement qui serait réservé pour la demande commune d'un PETscan. Tout ce dispositif

présente un impact considérable sur l'ensemble du plan cancer, dans lequel ce projet s'intègre parfaitement à titre de futur *cluster*. Le transfert de la gamma-caméra de l'Hôtel-Dieu vers le Val-de-Grâce permettra à l'AP-HP de réaliser des économies. Ce transfert a été annoncé depuis le mois d'avril avant d'être reporté *sine die*. Il en découle une relative désillusion des personnels et cette situation suscite également des difficultés vis-à-vis du personnel du Val-de-Grâce, qui tient beaucoup à cet accord. Les démissions du personnel non médical de l'Hôtel-Dieu se multiplient, et ce secteur, qu'il est pourtant fait en sorte de maintenir, risque de devenir totalement ingérable.

**Le directeur général** indique que les échanges avec les militaires sont réguliers afin de maintenir un contrôle de la situation. Tout est mis en œuvre pour avancer aussi vite que possible, mais il est préférable d'éviter de multiplier les problèmes. Il doute que du temps ait été perdu. À son arrivée, les difficultés étaient très nombreuses. Il a conscience en outre qu'une pression croissante s'exercera au mois de juin.

**Le P<sup>r</sup> Thierry CHINET** souhaiterait par ailleurs poser une question diverse sur le recrutement des cadres. Les GH ont soumis des demandes, mais le siège bloquerait les recrutements et seuls six des vingt postes auraient été acceptés. Il s'agirait d'une diminution du personnel d'encadrement qui place certains secteurs en grave difficulté.

**M. Christian POIMBŒUF** propose d'illustrer le propos du directeur général sur l'unicité et l'unité de l'AP-HP. Il a été demandé aux groupes hospitaliers d'établir des schémas d'encadrement et d'attribuer les cadres en sortie d'école sur le critère du nombre de faisant-fonction, notamment dans les établissements hors Paris. Il s'agissait de passer par un processus d'affectation de cadres dans les établissements périphériques, hors Paris, qui soit moins libertaire. À ce jour, l'affectation des cadres est conforme au schéma d'organisation qui a été fourni. Ainsi, six arrivées sont prévues dans le Groupe Hospitalier HUPIFO, notamment pour l'hôpital Sainte-Périne. M. Christian POIMBŒUF rencontrera en outre les étudiants cette semaine. Il s'agit de corriger la situation de pénurie et de rétablir l'équilibre.

Pour **le P<sup>r</sup> Thierry CHINET**, une baisse du nombre d'encadrants s'observe. Le GH a demandé et budgété vingt postes, mais seuls six ont été accordés.

**M. Christian POIMBŒUF** procédera à une vérification.

**Le P<sup>r</sup> Guy SEBAG** confirme que les postes de faisant-fonction sont très nombreux. Il est anormal que les candidats se soient présentés et que les postes ne soient pas parus.

**Le président** souhaite que M. Christian POIMBŒUF fasse un point sur les cadres et leur recrutement lors d'une prochaine CME. Il s'agit d'un sujet d'importance, qui a été inscrit dans le projet médical.

## **II. Avis sur le projet médical 2015-2019 de l'AP-HP**

**Le président** rappelle que le projet a été soumis aux membres de la CME, qui ont été nombreux à faire part de leurs remarques.

Le moment est venu d'exprimer la position de la CME sur ce texte. Auparavant, **le président** interroge l'instance sur ses éventuelles demandes de dernière minute, avant le vote qui scellera de façon quasi définitive la contribution de la CME et de son président au projet d'établissement de l'AP-HP 2015-2019.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** rappelle qu'un travail a été engagé il y a plusieurs années avec la DEFIP pour que l'utilisation de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) dévolue à la psychiatrie soit mieux connue. Il est apparu qu'une part non négligeable de cette dotation, et ce de façon très variable selon les sites, était utilisée à d'autres fins. Il faut que ces moyens soient effectivement affectés à la psychiatrie. Le texte du projet médical mentionnait cette exigence dans un premier temps, puis le président a considéré à juste titre que cet engagement avait davantage sa place dans le plan stratégique.

**Le directeur général** confirme que le projet médical requiert des traductions budgétaires. Il est disposé à rappeler l'importance des soins de psychiatrie et des soins de suite et à rappeler la nécessité de consacrer des dotations à ces deux domaines.

**Le président** rappelle que le projet médical était auparavant rédigé par la direction de la politique médicale. La loi a changé et la politique médicale de l'AP-HP est devenue la principale responsabilité du président de la CME et de la CME qui l'a élu. C'est dans ce contexte que ce projet médical a été écrit. Il est celui de la CME de l'AP-HP. Plus il sera soutenu, plus il sera légitime et fort.

Il s'agit donc ce jour de voter le projet médical, qui est la base du projet d'établissement, sur lequel la CME votera en juillet.

Le vote de ce jour n'est pas inscrit dans la loi, même dans ses réformes récentes, mais **le président** tient à ce qu'un avis officiel et solennel soit rendu.

*Le vote relatif au projet médical 2015-2019 de l'AP-HP a lieu à main levée. Le projet est adopté à l'unanimité et une abstention.*

### **III. Partage de médecins assistants entre les centres hospitaliers d'Île-de-France et l'AP-HP**

**Le président** indique que ce projet revêtira une grande importance au cours des cinq prochaines années. Il a personnellement beaucoup travaillé avec les présidents de CME des centres hospitaliers, établissements dont il a entrepris la visite systématique. Ces échanges sont extrêmement instructifs et permettent de mieux comprendre le paysage sanitaire de l'Île-de-France dans les cinq ans à venir.

**Le D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD** propose d'aborder la structuration renforcée des coopérations entre le CHU francilien et les CH d'Île-de-France. Sans revenir sur le déséquilibre de l'offre de soins qui fragilise la périphérie de notre région, ces coopérations constituent l'une des réponses clés à la démographie médicale en tension et aux contraintes budgétaires (2 milliards d'euros d'économies supplémentaires pour les hôpitaux annoncées pour 2015 et 2016).

En grande couronne (Essonnes, Yvelines, Val-d'Oise et Seine-et-Marne), les activités de recours ont dû se développer dans les grands CH et les établissements privés lucratifs, du fait de l'absence d'établissement MCO de l'APHP. L'élaboration du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP apparaît comme un élément de contexte particulièrement opportun pour faire évoluer la carte sanitaire.

La grande couronne affiche d'autres spécificités. Les activités sont en progression et d'importantes cohortes de patients pour les maladies les plus fréquentes y sont suivies. Le secteur concurrentiel y est par ailleurs fortement implanté. Des coopérations infra-territoriales

se sont mises en place depuis plusieurs années. Il s'agit généralement de coopérations de proximité, amarrant les CH les plus excentrés, de moyenne ou petite taille, mais la télémédecine est également possible sur des distances plus importantes.

Entre 2006 et 2012, les activités de l'AP-HP et du privé lucratif se sont quelque peu tassées, avec toutefois une progression du chiffre d'affaires du privé lucratif, celles des CH ont progressé. Les parts de marché pour la chirurgie continuent d'évoluer : celle de l'AP-HP était de 19 % en 2012, 17.4% en 2013 (données ARS) et celle des CH de 17 %, ce qui pose question.

En Île-de-France, les freins aux coopérations vus par les CH sont multiples. La restructuration interne de l'AP-HP est complexe et longue. Certains craignent une ouverture signant l'éclatement de l'institution. En outre, les interlocuteurs sont multiples (DG, CME, ARS, sept doyens et douze GH). À ce titre, le niveau de délégation aux GH n'est pas encore clairement contractualisé. Enfin, l'expérience de l'AP-HP vis-à-vis du modèle « gagnant-gagnant » reste faible.

Il apparaît en outre des freins aux coopérations CHU-CH en Île-de-France vus par l'AP-HP. La « flottille » de CH est quelque peu dispersée, avec des établissements affichant un fonctionnement peu ou prou autonome. Le rôle de la FHF reste mal connu. La vision des bassins de vie et des hôpitaux demeure largement parisienne. La démarche du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON, qui a entamé des visites sur site de différents CH est à la fois courageuse, visionnaire et stratégique. Les CH en Île-de-France gagnent à être connus.

Au-delà de ces freins se dessinent plusieurs leviers opérationnels :

- le projet médical, en privilégiant les activités structurantes (blocs, imagerie, biologie, PUI, cancer, filières gériatriques, etc.), conçu *intra* et *extra muros* ;
- une culture du réadressage, du CRH rapidement envoyé ;
- une interopérabilité des systèmes d'information ;
- le caractère médicalisé et souple de la gouvernance des structures juridiques portants ces coopérations ;
- des tableaux de bord de suivi trimestriels ;
- la mutualisation des ressources rares et des fonctions support ;
- le développement de la télémédecine ;
- les postes médicaux partagés.

**Le D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD** propose de développer les postes médicaux partagés. Ils structurent les filières patients selon une logique d'offre graduée. Ils permettent un contournement partiel des effets pervers de la T2A, le médecin se déplaçant plutôt que le patient. Ils ouvrent la voie à de nouveaux modèles économiques. Ils imposent enfin la sanctuarisation de l'enveloppe « prime multisite ».

Ils pourraient engager l'AP-HP sur une réflexion concernant les jeunes médecins qu'elle a très bien formés mais qu'elle ne peut ou ne veut pas titulariser, afin de privilégier le recrutement en CH plutôt que dans le secteur concurrentiel.

Depuis 2009, la DGOS finance annuellement sur des contrats de deux ans 200 postes d'assistants spécialistes partagés (postes dits « Bachelot »), sur trois missions :

- accompagner l'augmentation du *numerus clausus* ;

- compenser les postes de CCA transférés en MG ;
- améliorer la répartition territoriale des médecins (en favorisant l'exercice hors CHU).

L'Île-de-France s'est peu approprié cette nouvelle orientation, avec seulement quinze postes en 2012-2014 (pour un financement des CH à 25 %) et en 2013-2015 douze postes en anesthésie-réanimation, néonatalogie et gynécologie-obstétrique. Nombre de ces postes sont restés vacants.

Le développement du concept d'assistants régionaux viserait à améliorer l'attractivité du recrutement médical. Il pourrait s'agir à terme d'un tremplin pour occuper des postes de PH dans des CH, avec 20 % de temps passés dans l'établissement tête de pont (activités interventionnelles, prise en charge de patients complexes, etc.). Trois avantages apparaissent :

- le renforcement de l'amarrage CH-CH en grande couronne ;
- le renforcement de l'amarrage CH-CHU en petite et grande couronne ;
- la clarification des rôles en matière d'animation territoriale.

Les postes médicaux partagés contribuent à enrayer les phénomènes de désertification (expérience en région Nord/Pas de Calais). L'AP-HP interviendrait de son côté pour structurer les filières patients et consolider les activités soumises à seuil des EPS.

Il apparaît au demeurant une difficulté en CHU en termes de cohabitation CCA-assistants, du fait de l'écart de rémunération et statut.

Comment recruter des assistants régionaux ? Le profil du poste en sortie d'internat ou de clinicat est annoncé dès le recrutement, ce qui assure souplesse et adaptation au contexte local. Le temps partagé pourrait obéir au modèle suivant, pour les candidats en sortie direct d'internat :

- première année : 80 % CH tête de pont ou CHU ;
- deuxième année : 20 % CH tête de pont ou CHU ;
- troisième année : titularisation en CH avec maintien de 20 % du temps dans l'établissement porteur.

Le profil est celui d'un clinicien ayant le sens de l'organisation et un début d'autonomie.

Pour avancer sur ces postes partagés, il faut engager une réflexion commune CH (conférence PCME et FHF) et AP-HP (direction générale et CME) et finir de convaincre l'ARS.

En conclusion, il convient de s'accorder sur l'intérêt à agir, rédiger conjointement les critères d'éligibilité et de priorisation (le premier critère étant le projet médical co-construit entre les deux EPS), et de se mobiliser ensemble rapidement pour obtenir le financement de trente à quarante postes par an.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** indique que le GH Henri-Mondor est engagé dans une politique de partenariat active avec les établissements du territoire. Quatre demandes soumises en 2014 se sont pourtant soldées par un refus, bien que ces postes répondent à une vraie demande bilatérale entre les établissements de l'AP-HP et les établissements territoriaux. Des praticiens se déplacent en outre d'un site à un autre et les demandes de formation du partenaire sont fortes. Elles ne peuvent cependant répondre à l'engagement pris qu'en cas de proximité

physique. **Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** tient à soutenir cet exposé et confirmer qu'il correspond à une réelle demande. Il apparaît déterminant de se mobiliser pour obtenir des financements.

**Le D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD** considère qu'il convient de rendre plus institutionnelle la démarche, qu'elle devienne une filière connue en sortie d'internat ou de clinicat, pour qu'elle rencontre le succès. L'ARSIF est disposée à entendre ces arguments.

**Le président** confirme que l'AP-HP s'unira aux CH pour avancer.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** reconnaît que ce dossier est extrêmement moderne, bien qu'il existe depuis de nombreuses années dans les textes. Ce fonctionnement est également en vigueur aux urgences depuis un certain nombre d'années. Toutefois, l'attitude de l'ARS reste peu claire. Elle appelle de telles collaborations de ses vœux, tout en diminuant les primes multisites.

**Le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER** tient pour sa part à éviter tout angélisme. Les établissements de santé hors CHU ne se ressemblent pas tous et les ouvertures qui se présentent ne bénéficieront pas du même engagement partout. Il faut que la FHF et la communauté du D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD y veillent. Par ailleurs, même s'il tient à souligner l'importance de mener une action entre l'ARS et le CHU d'Île-de-France, le principal verrou reste localisé à la tutelle ministérielle. À l'heure actuelle, l'Île-de-France est considérée comme une région très favorisée. Il faut donc sensibiliser la tutelle sur les besoins de la région, qui rencontre elle aussi des difficultés d'importance.

**Le D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD** estime que le positionnement des CH en Île-de-France demeure volontariste, malgré la grande diversité des établissements. Il faut débiter de manière convaincante là où les critères de succès sont réunis. Les établissements décidés à avancer sont nombreux.

Pour **le président**, il s'agit d'un enjeu stratégique absolument vital. Le développement des coopérations entre le CHU et les CH d'Île-de-France est une réponse à l'augmentation démographique de la grande banlieue, où vivent de plus en plus les malades et où des investissements considérables ont été réalisés ces dernières années, alors que les médecins hospitalo-universitaires se concentrent au sein de l'AP-HP. Si ces coopérations, comme le recours aux assistants partagés, réussissent, les deux parties, l'AP-HP et les CH d'Île-de-France, en sortiront gagnantes ; mais cela doit se faire de manière équilibrée et concertée entre tous les partenaires.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** regrette qu'il manque à l'heure actuelle une structure légale qui permette à des praticiens de pratiquer des actes difficiles de haute technicité dans d'autres sites que ceux de leur affectation. Le problème des assistants partagés semble se mettre en place sans trop de difficultés, mais il faudra auparavant avoir organisé la contractualisation.

**Le D<sup>r</sup> Pierre FOUCAUD** confirme la difficulté de croiser la logique par discipline et la logique par établissements. Les collégiales devraient aussi être impliquées dans la réflexion.

**Le P<sup>r</sup> Serge UZAN** craint que les relations entre CH et GH rentent en l'état. Il vaut mieux réfléchir en termes d'espace conventionnel, pour que chacun trouve des voies qui fonctionnent et qui pourraient varier selon les patients. Par ailleurs, il faudrait développer des plates-formes ouvertes, notamment en termes d'imagerie interventionnelle. Il conviendra en outre de favoriser le droit de suite. Un médecin doit pouvoir accompagner son patient à une

intervention en cas de pathologie lourde. S'agissant du concept de gagnant-gagnant, il faut aussi favoriser les parcours de carrière. À ce titre, il est dommage que le volet HU ait été écarté. Il serait utile d'engager une réflexion hospitalo-universitaire à ce niveau, peut-être via des postes d'assistants partagés ou des postes de chefs de clinique partagés, qui pourraient être mêlés dans des parcours de futurs candidats.

#### **IV. Plan urgences de l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** indique que le temps d'attente est le symbole du non-fonctionnement des urgences et que cela représente un sujet de reproche. Les urgences sont taxées d'impuissance, pourtant elles sont nécessaires et fonctionnent bien. Les progrès des urgences spécialisées ont en outre été considérables avec les années, entraînant une baisse de la mortalité et de la morbidité. Elles assurent également une réelle proximité et permettent aux plus vulnérables d'être pris en charge par un système public abordable. Ces constats se sont tout particulièrement fait ressentir en 2012 et 2013, avec un hiver très tendu et des SAU en difficulté dans l'ensemble du territoire, y compris à l'AP-HP. Il en a découlé une mobilisation nationale sur l'aval.

Au final, malgré l'activité soutenue, celle-ci a été plutôt étalée tout au long de l'hiver. Que faire pour la prochaine période hivernale ? Ne rien faire ou anticiper ? Un changement de doctrine a été décidé, via une réduction significative de l'attente de l'ensemble des patients, y compris pour ceux nécessitant une faible quantité de soins et qui étaient négligés jusqu'à présent, pour se concentrer sur les patients les plus graves. L'information et le ressenti de tous les patients s'amélioreront, tout en renforçant la qualité et la sécurité des soins et l'efficacité.

Pour y parvenir, il faut développer une stratégie globale avec l'ARS, et les différents partenaires (préfecture de Paris, pompiers, etc.).

La mise en place d'une stratégie globale nécessite de traiter la cible amont, le but dans le service et l'objectif en aval. Il faudra en outre communiquer et coordonner les actions. Elles devront être choisies dans un large domaine. Leur faisabilité, leur temps de mise en œuvre, leur impact sur l'attente et la visibilité qu'elles représentent pour les équipes comme pour les patients devront être étudiés.

Quarante actions qui pourraient se développer dans la période du plan stratégique ont été sélectionnées :

##### En amont :

- régulation médicale ;
- organisation de la permanence des soins ambulatoires avec une réponse 24 heures sur 24 dans tous les centres 15 de l'AP-HP ;
- une nouvelle relation entre le 15, le 18, le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur, etc.

##### Dans les services d'urgences :

Une nouvelle approche du parcours de soins et de la relation avec le patient doit se mettre en place. D'autres services autrefois publics ont su s'organiser différemment pour développer un rapport différent auprès de leur public, comme la SNCF par exemple. Les urgences doivent aussi y parvenir.

### En aval :

Les actions engagées devront être intensifiées, comme l'utilisation de la charte de l'aval des urgences.

Des actions transversales sont également prévues. Elles porteront sur l'information, l'explication et l'évaluation. Il faudra rendre des comptes, de manière transparente. L'Hôtel-Dieu aura un rôle à jouer au niveau des urgences, par son aspect central dans Paris, par les services qui existent encore et du fait de son accès par un nœud de communication dense.

La mobilisation de l'assistance publique apparaît désormais comme un élément fondamental. Pour cela, une *task force* a été créée. Il faudra maintenant impliquer la CME et la gouvernance des GH qui appliquera ces éléments, et vérifier les actions engagées par un groupe d'appui qui a été baptisé « La brigade des urgences », car ce dispositif s'intégrera dans le plan stratégique de l'AP-HP.

Les objectifs fixés sont ambitieux :

- réduire le temps d'attente ;
- améliorer la régulation médicale ;
- transformer les conditions d'attente ;
- diversifier les filières de prise en charge ;
- améliorer l'architecture de certains SAU ;
- fluidifier l'aval des urgences.

Certaines de ces actions peuvent être engagées dès l'hiver 2014-2015 et se compléteront tout au long du plan stratégique.

Une véritable dynamique nationale se met en place. Ce plan constitue une opportunité pour l'AP-HP de faire d'une faiblesse un point fort.

**Le président** précise que le directeur général a réuni une conférence de presse pour présenter le plan urgence aux médias à l'issue de cette CME. Il s'y fera l'interprète des membres de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** adhère à la présentation du P<sup>r</sup> Pierre CARLI. Il est important de rappeler que le personnel des urgences se dévoue très fortement. Il est plus simple en outre de gérer l'activité dans les services à programmation froide. Au demeurant, il ne faut pas opposer les patients programmés et les patients urgents et éviter les programmations anarchiques de patients. **Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** souhaite donc que la filière soit organisée, avec des blocs et des consultations dédiés.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** confirme qu'il ne faut pas opposer les urgences et le programmé. Les urgences restent en effet tout à fait prévisibles. Elles sont organisables, d'autant que leur performance est en perpétuelle progression (face à l'arrivée des épidémies, etc.). Les urgences constituent la vitrine de l'hôpital public.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** soutient le projet exposé par le P<sup>r</sup> Pierre CARLI. La société évolue plus vite que les organisations. La science a progressé dans ce domaine aussi. Il faut notamment se prémunir de la déprogrammation et mettre en place une meilleure organisation, par exemple par une filière adaptée d'aval en chirurgie orthopédique. Par ailleurs, il faut que

des assistantes sociales soient présentes tous les jours, pour anticiper l'hospitalisation et surtout la sortie des patients.

Il apparaît ensuite un sérieux problème vis-à-vis des urgences psychiatriques. **Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** exprime à ce sujet son mécontentement vis-à-vis de l'ARS. Des fermetures de CMP en pédopsychiatrie dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement ont été annoncées en novembre dernier, pour un regroupement en un seul CMP. Ce genre de fermeture nuit nécessairement à l'activité des urgences où, d'ailleurs, les psychiatres ne sont pas forcément présents 24 heures sur 24. Il est important dans ce contexte de rendre hommage au personnel des urgences. Gérer un patient en état de crise est en effet extrêmement difficile en l'absence de psychiatres.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS, vice-présidente de la CME**, se félicite de ce plan. Il faut cependant prendre garde à ne pas trop se concentrer sur des indicateurs comme les temps d'attente aux urgences et oublier l'essentiel : la prise en charge des patients. Il semble indispensable de surveiller les taux de retour des patients aux urgences soit sur le site où ils ont consultés initialement, soit dans un autre site ou dans un autre service de l'AP-HP. Notre mission première est de bien prendre en charge les patients, pas de soigner les indicateurs.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** indique qu'il faut pouvoir l'organiser. Certains patients décident de ne pas attendre aux urgences et de repartir. L'AP-HP doit aussi être en mesure d'expliquer pourquoi le patient attend. De plus, les difficultés se multiplient une fois le patient séparé de sa famille et de ses moyens de les contacter, alors que d'autres personnes que des soignants pourraient les prendre en charge, c'est un élément majeur.

Quant au retour à l'analyse qualité, il faut être garant de la satisfaction des patients qui peuvent être traités rapidement et correctement.

**Le président** tient surtout à promouvoir l'amélioration continue de la qualité du service médical rendu, c'est à dire le bon diagnostic et le bon traitement, avec le moins d'erreurs possibles.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** s'interroge de son côté sur l'idée d'accélérer encore le rythme aux urgences. Un bilan biologique et d'imagerie prennent en général quatre jours. La production d'un bilan en quatre, cinq ou six heures dans le cadre des urgences reste donc satisfaisante. D'autre part, l'importance de disposer d'un centre complet a été soulignée. Est-il également prévu de proposer en parallèle un centre plus léger ? Pour **le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN**, un CHU doit rester un centre lourd.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** estime qu'une durée de conduite d'examen complémentaires en quatre à six heures peut encore s'améliorer. Cette durée sera d'autant moins compréhensible qu'un problème sans gravité sera traité en cinq minutes.

La réponse est donc le parcours de soins pluriel, d'autant que les structures permettent des parcours de soins différents. L'urgent et le non programmé ne sont pas équivalents. L'urgence pourrait constituer le seul point d'entrée. Il convient donc d'adapter l'accès au plateau technique, d'entretenir des relations avec la ville et de réfléchir à l'alternative de la venue à l'hôpital.

**Le P<sup>r</sup> Guy SEBAG** confirme que certains temps d'attente sont inacceptables. Il est avéré que 50 % des patients des urgences passent une radio, il faut s'organiser en conséquence. Le

turnover étant élevé parmi les personnels, il est nécessaire que le recrutement des radiologues soit fait en parallèle des autres révisions d'effectifs. En outre, les services de radio doivent assurer le service programmé, la continuité des soins et la permanence des soins. Là aussi, des éléments d'organisation sont nécessaires. L'informatisation reste toutefois encore faible, rendant le pilotage des flux difficile, avec encore un nombre élevé de demandes envoyées par fax. Le premier principe de radioprotection est le passage par une demande informatisée. Il faut en outre tenir compte dans le financement de la part des MIGAC urgence dans les services d'imagerie.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** confirme l'importance de ces remarques, qui ont déjà été listées dans un rapport présenté à la ministre. Il faut donner au plateau technique les moyens d'agir car il constitue le point fort des urgences, en permettant l'orientation des patients les plus complexes.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** rejoint la remarque du D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX s'agissant des urgences psychiatriques. Pour améliorer l'offre de soin en la matière, l'AP-HP a proposé la mise en place de centres renforcés d'urgences psychiatriques, au sein de certains SAU. Ce dispositif a été présenté il y a près d'un an à l'ARS qui n'a toujours pas pris position. Il semble que la tutelle continue à privilégier les établissements de la communauté hospitalière de Paris, hors AP-HP, alors que l'immense majorité des urgences psychiatriques sont prises en charge par les SAU de l'AP-HP. Il espère que le dossier avancera et le soutien des collègues urgentistes sera déterminant.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** indique que ce soutien est explicitement mentionné dans la proposition.

**Le directeur général** estime que se pose ici une question importante : la mission d'urgence fait-elle partie intégrante de la mission de CHU ? La réponse est claire. Un tiers des séjours commencent par les urgences. L'ensemble de l'activité des CHU est donc lié aux urgences. Le bon fonctionnement des urgences assurera un bon fonctionnement institutionnel.

En premier lieu, certaines urgences sont vitales tandis que d'autres le sont bien moins. Le traitement de ces dernières peut alors avoir un retentissement sur des urgences vitales. Il ne s'agit donc pas de faire le choix des unes ou des autres, mais de réfléchir aux deux problématiques. C'est la principale force du projet présenté par **Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI**.

D'autre part, ce sujet ne concerne pas que l'AP-HP. La ville de Paris a apporté un premier financement et en apportera encore. La brigade des sapeurs-pompiers et les services de police ont également conscience de l'importance de travailler ensemble, tout comme l'ARS et le ministère. Il faut pour cela afficher des objectifs clairs, pour permettre à ces partenariats de fonctionner.

Enfin, **le directeur général** est convaincu qu'il faudra débloquer des renforts. Des engagements ont été pris dans ce sens, pour la durée du plan stratégique, pour améliorer certains indicateurs, autour d'une contractualisation avec les GH. Des moyens devront être débloqués dès lors qu'une démarche d'amélioration des indicateurs aura été définie, pour permettre un raccourcissement des délais, ainsi qu'une amélioration de la qualité et du service.

**Le président** rappelle que, depuis vingt ans, d'importants moyens ont été accordés aux urgences. Une réflexion sur les organisations et une contractualisation avec les GH

permettant d'évaluer l'efficacité des moyens alloués sont les bases d'une véritable politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

## V. Rapport du groupe de travail *Hospitalité de la CME*

Le P<sup>r</sup> Gérard REACH a lu le livre *L'hôpital : un monde sans pitié*, écrit par des représentants des usagers de l'hôpital public. Une partie du contenu de ce livre est vraie. Il révèle en tout cas une double incompréhension. Au fond, les soignants font très bien leur mission, mais les soignés en attendent davantage.

Les responsabilités des CME sont triples. Elles portent sur la qualité, la sécurité et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (CAPCU). Le concept d'hospitalité n'en fait pas partie. Un groupe de travail s'est alors réuni pendant dix-huit mois pour en débattre. Ce groupe réunissait de nombreux représentants de la direction de l'AP-HP, des médecins et non-médecins, des paramédicaux et les auteurs du livre évoqués précédemment.

Le groupe avait pour but de définir le concept d'hospitalité, défini à partir d'une analyse des contraintes limitant la pratique de l'hospitalité et des nouvelles attentes des patients.

L'hospitalité fait bien évidemment face aux contraintes économiques. La première est celle du temps (le paradigme de la DMS). La seconde est liée au personnel (le ratio infirmière/patient). La dernière est une contrainte d'espace, car chaque mètre carré compte.

D'autres contraintes limitent la pratique de l'hospitalité. Il apparaît tout d'abord une contradiction au niveau de la logique du soin. Les progrès majeurs des trente dernières années ont été réalisés dans le cadre d'un modèle biomédical, plus que biopsychosocial. Il apparaît en outre une tension entre une nécessaire gestion des flux et le suivi individualisé des personnes. Un patient est désormais soigné par une équipe, plus seulement par un docteur, l'hôpital ayant été restructuré. Dans ce contexte, la proximité s'est éloignée.

Parallèlement, de nouvelles attentes des patients se font jour dont certaines sont communes avec les soignants. Il s'agit en premier lieu de bénéficier de l'excellence, de la qualité et de la sécurité, qui sont les principes hippocratiques de bienfaisance et de non-malfaisance. L'éthique contemporaine ne se limite toutefois pas à ces principes, s'y ajoutent un principe de justice, pour que chacun ait accès au soin, et de respect de l'autonomie du patient, qui demande à être reconnu en tant que personne. Il s'agit d'envisager l'accueil à l'hôpital avec un souci de compréhension global et de sollicitude, qui crée l'hospitalité. Cette exigence ne relève pas de la technique.

Le travail a abouti à une réflexion sur la définition de l'hospitalité. La posture contrainte de patient place la personne malade en situation de « pré-carité ». Dès lors s'impose aux professionnels une exigence de *caritas*, expression de leur hospitalité.

Pour institutionnaliser l'hospitalité il faut apprendre à se sentir concerné et apprendre à savoir voir, parfois au niveau du détail. Plusieurs points d'impact, relationnels et matériels, ont été listés.

Au bout du compte, il paraîtrait utile que chaque GH institutionnalise, un comité de liaison de l'hospitalité (CLHOSP), pour ne pas se contenter de la médiation. La formation des personnels doit également être placée dans cet axe.

Le principe de l'hospitalité est un droit revendiqué par les patients et une valeur reconnue par nombre de soignants. Il apparaît comme une exigence forte pour l'institution. Ce principe doit être officialisé, au même titre que la qualité et la sécurité.

**Le président** interroge la CME sur l'opportunité de créer des CLHOSP.

**Le P<sup>r</sup> Bruno CARBONNE** indique que les éléments qui viennent d'être décrits ne sont pas innés. Il faudrait que les programmes de formation universitaire les incluent.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** rejoint cette remarque. La gentillesse n'est pas simplette. Elle est essentielle. Il est important de le rappeler, alors que la mentalité médicale, bien malgré elle, a été vissée sur l'économie de santé et la logique de comptabilité. Ce n'est pas s'éloigner des problématiques de santé que d'en tenir compte.

**Le P<sup>r</sup> Guy SEBAG** rappelle que tous les médecins ont prêté serment sur les valeurs hippocratiques de non-malfaisance, de bienfaisance, de transmission des savoirs et d'autonomie des patients. Or les médecins manquent de temps. Il faut donc consacrer du temps au développement de cette approche. Il convient aussi de prévoir un espace d'intimité pour transmettre les annonces aux patients.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** précise que la notion de service a disparu. Il était bien plus facile par le passé d'accueillir les patients. La disparition des cadres de proximité a également contribué à la perte d'hospitalité. Il apparaît en outre un problème de communication. Les patients accueillis sont coupés de leurs proches, car les téléphones ne passent pas et ils n'ont pas accès au WiFi. Il s'agit d'une contrainte majeure.

**Le président** souhaite modérer quelques interventions. L'hospitalité existe tout de même dans les hôpitaux, et ce depuis la nuit des temps.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** souhaite revenir sur la création des CLHosp. Entre logique comptable et logique hospitalière, il lui semble important de renforcer la logique médicale. Les logiques comptables de process industriel ont un objectif de rentabilité, peuvent être utiles pour certains aspects de la sécurité des soins, mais ne correspondent pas à une prise en charge de qualité. Elles débouchent même parfois sur la réification des malades, on en perd la vision de la « bienveillance ». Le CLHOSP pourrait être un recours, un lieu de discussion et d'arbitrage.

**Le président** invite le groupe de travail à définir plus précisément le CLHOSP et ses missions, en sondant les présidents de CME locales.

**Le directeur général** tient à ne pas trop multiplier les commissions. La commission des usagers pourrait être impliquée dans la réflexion.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** confirme que les soignants et les soignés doivent commencer par échanger, dans une déclinaison locale, par GH. Il faut ensuite qu'une structure centrale définisse la politique. Au demeurant, une redéfinition de cette structure, qui réunira des soignants, des non-soignants et des usagers, semble louable. Il apparaît en tout cas tout à fait bénéfique que le terme d'hospitalité soit ajouté à son titre.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO** souligne ensuite la nécessité de proposer des chambres seules pour tous les patients. Peut-être est-ce désormais davantage envisageable au regard des suppressions de lits envisagées avec le développement de l'activité ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rappelle qu'il existe déjà une commission des usagers. Même s'il pourrait être intéressant de la renforcer, ses actions ont déjà été nombreuses. De nombreux travaux ont été faits.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** confirme que des progrès ont été faits, cependant, il tient à éviter tout positionnement de déni. Le CLHOSP aurait pour finalité de s'interroger sur le fonctionnement en vue de l'améliorer, ce qui s'apparenterait à une évaluation des pratiques professionnelles.

## **VI. Bilan annuel du programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** souligne que les réglementations, les commissions, et les éléments de langage se sont multipliés ces dernières années dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ainsi il suggère que la notion d'hospitalité présentée par le P<sup>r</sup> Gérard REACH ne  *fasse pas l'objet de* la création d'une commission spécifique, mais plutôt  *de sa déclinaison*  dans chacune des commissions abordant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** constate que la CME de l'AP-HP, à l'initiative de son président le Pr Loic CAPRON s'est énormément investie dans la gestion de la qualité et de la sécurité des soins. Des programmes importants ont été lancés depuis 18 mois. En partenariat avec la DOMU ces questions sont aujourd'hui considérées comme prioritaires. Enfin, le sujet de la qualité et de la sécurité des soins est un axe majeur du projet médical du projet stratégique.

Sans entrer dans le détail du suivi des axes prioritaires définis pour les années 2013 et 2014, il convient cependant de faire le point sur quelques-uns d'entre eux :

**Une charte relative aux événements indésirables graves (ÉIG) associés aux soins** a fait l'objet d'une note conjointe cosignée par le directeur général et le président de la CME. Cette note rappelle l'importance du caractère non sanctionnant de la démarche et l'importance d'une prise en charge partagée entre les professionnels, médecins, soignants et usagers.

En dépit des efforts faits pour les recenser, seuls **40 ÉIG** ont été déclarés sur les 35 hôpitaux de l'AP-HP et ce malgré la mise en place d'une procédure unifiée pour l'ensemble de l'AP-HP. Il faut par ailleurs en renforcer l'analyse par la pratique des revues de morbi-mortalité (RMM). Les GH sont désormais très impliqués dans cette démarche.

Le développement professionnel continu (DPC) est à ce jour l'objet de nombreuses incertitudes.

S'agissant des infections associées aux soins, le risque croissant lié aux bactéries multirésistantes (BMR) aux antibiotiques qu'il s'agisse des entérobactéries résistantes aux bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) ou des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) est bien établi. Le nombre des alertes à ces BMR a fortement crû, tandis que le nombre d'épidémies déclarées n'a fait que baisser ; ce qui est à mettre sur le compte de la qualité des mesures préventives mises en place par les équipes opérationnelles d'hygiène dont le travail difficile doit être salué. Il faut cependant encore progresser sur la réduction des consommations d'antibiotiques et sur la gestion des excréments.

Le sujet de la prise en charge médicamenteuse nécessite une attention toute particulière, en regard en particulier des décisions de réserves, réserves majeures ou recommandations formulées à l'occasion de la certification. Ce sujet doit être une priorité institutionnelle pour les années à venir. Un travail de suivi des dispositifs médicaux implantables devra également être engagé.

La place et les modalités de la communication avec les représentants des usagers reste un sujet en devenir. La communauté médico-soignante est désormais convaincue de l'importance du partage d'information et de la nécessité de définir avec précision les modalités de ces échanges dans le cadre des exigences législatives.

Enfin pour valoriser au mieux cette politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers une démarche d'évaluation et de recherche clinique doit être favorisée.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur les conséquences des analyses effectuées par les GH à l'occasion de la survenue d'ÉIG. 25 décès ont par exemple été relevés, ainsi que trois fugues avec décès. Quels ont été les retours de ces événements ? Il faut que les informations soient diffusées, mais tel n'est pas toujours le cas au sein même des GH.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** rejoint ce ressenti. L'impact de ces analyses sur l'amélioration de la sécurité des soins reste difficile à déterminer. Il exprime néanmoins un réel optimisme, car la sensibilisation sur le terrain augmente. S'agissant de l'analyse et des retours, il est indispensable de travailler ensemble pour diffuser les recommandations et partager les expériences locales, notamment en gériatrie. Pour cela, un changement de culture et de mentalité est nécessaire. Il convient en effet, à partir de situations individuelles, de parvenir à une culture de santé publique et à l'établissement de recommandations destinées au plus grand nombre.

**Le président** confirme qu'une prise de conscience commence à s'observer.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** espère qu'une étude sur la corrélation entre bactéries hautement résistantes (BHR) et chambres doubles sera conduite dans un futur proche.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** indique que le D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER et le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER ont lancé une étude médico-économique pour déterminer le coût de la prise en charge et des mesures de protection des patients.

**Le président** demande si une étude sera lancée sur le lien entre les chambres simples ou doubles et les infections nosocomiales.

Pour **le P<sup>r</sup> Christian RICHARD**, il s'agit d'une possibilité.

**Le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE** annonce qu'un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) national a été accepté et lancé sur les facteurs associés à un isolat clinique d'entérobactérie résistant aux carbapénèmes et en particulier d'EPC. Les EPC appartiennent aux groupes des BHR émergentes (BHR<sub>e</sub>) qui sont encore plus résistantes que ne le sont les dites BMR. De multiples variables portant sur le mode de vie personnelle, les antécédents médicaux et l'hospitalisation en cours seront étudiées.

**Le président** l'invite à vérifier que le critère des chambres seules en fera partie.

## VII. Avis sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP

**M. Marc DUPONT** indique que le règlement intérieur de l'AP-HP a été rédigé il y a quinze ans et modifié à deux reprises. Des évolutions sont aujourd'hui nécessaires sur des points de gouvernance, et au regard d'évolutions législatives et réglementaires récentes.

Le rôle du président de la CME est précisé : il coordonne la politique médicale, intervient pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Une autre modification vise à entériner la possibilité de désigner dans certains pôles d'activité un praticien adjoint, assistant le chef de pôle (article 11).

Les conditions d'exercice provisoire des fonctions de responsabilité médicale sont également clarifiées (article 14). Les procédures de nomination des chefs de service restent quant à elles inchangées (article 12).

Deux points d'information sont ajoutés : le premier porte sur l'affichage de la liste, de la localisation et des horaires des consultations accessibles sur Internet. Le second concerne l'impact de la loi du 10 août 2011, sur l'information en ligne (sur le site internet de l'AP-HP), ainsi que sur les tarifs et les honoraires des professionnels de santé (article 76 bis).

Par ailleurs, une modification apporte des précisions sur les représentants dans les instances des familles de patients des USLD (article 128 bis).

Enfin, de nombreuses modifications ont été apportées en annexe 9 quant à la composition et aux compétences des instances centrales et locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, qui ont en partie été refondues.

**Le président** précise que la procédure de nomination des chefs de service ne sera pas insérée dans le règlement intérieur quand elle sera adoptée par le directoire. Elle fera l'objet de simples recommandations.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** s'interroge sur la nomination des responsables de structures internes de pôle. Seule la nomination des chefs de service avait fait l'objet d'échanges, pas celle des autres structures. Une nomination pourrait certes intervenir sur proposition du chef de pôle, mais ce n'est pas précisé.

**M. Marc DUPONT** confirme que la proposition du chef de pôle fait partie du texte.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS** évoque ensuite l'article 14, qui encadre la procédure d'exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale. La procédure devient déconcentrée pour la désignation des chefs de service. Il est désormais nécessaire de rédiger une disposition spécifique si le praticien désigné chef de service provisoire n'est pas rattaché au groupe hospitalier dans lequel il va exercer sa fonction provisoire. L'avis du doyen de rattachement à l'UFR d'origine apparaît indispensable et doit être mentionné, à l'instar de l'avis du directeur du GH de rattachement.

**Le président** estime cette demande justifiée pour l'AP-HP, en qualité de CHU.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** considère que les modèles de certificats utilisés en matière de soins sous contrainte pour troubles mentaux et la méthode devraient être placés en annexe, car les textes ont considérablement évolué.

**M. Marc DUPONT** indique que ces formulaires sont accessibles sur le site internet de la direction des affaires juridiques (DAJ) et dans le mémento des administrateurs de garde.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** demande pourquoi la procédure de nomination des chefs de service doit faire partie du règlement intérieur ?

**Le président** explique que le groupe de travail en a décidé ainsi, car cela posait d'importants problèmes juridiques que la DAJ pourra expliquer.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** note que la présence de deux témoins est évoquée pour permettre la sortie contre avis médical du service. Serait-il possible qu'ils soient extérieurs à la structure d'hospitalisation ?

**Le président** remarque que l'article 11 ne précise pas qui décide de la nomination d'un chef de pôle adjoint ni qui le désigne?

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** s'étonne qu'un vote soit prévu, alors que certains articles ont fait l'objet de propositions de modifications et ne peuvent donc pas être présentés dans leur forme définitive.

**Le président** propose de reporter le vote, après accord du directeur général, afin de permettre de prendre en compte les remarques et demandes de précision de la CME.

*Le vote sur la modification du règlement intérieur de l'AP-HP est reporté à une séance ultérieure.*

## **VIII. Avis sur le compte financier et l'affectation des résultats 2013**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** indique que les comptes ont été clos dans les délais réglementés. Ils seront approuvés le 30 juin au conseil de surveillance. Les travaux de fiabilisation des comptes et des écritures ont été réalisés en 2013, mais restent à poursuivre. L'échéance de la certification des comptes de l'AP-HP porte sur ses comptes clos 2016.

L'exercice a été clos avec un résultat consolidé en amélioration, malgré une projection d'activité limitée. Les recettes sur exercices antérieurs (lambdas) ont été élevées (70 millions d'euros). Des points de vigilance apparaissent par ailleurs quant à la marge brute et la capacité d'autofinancement 2013. Les projets de facturation de codage ont par ailleurs pleinement rendu leurs effets. L'année 2013 a en outre été une année de reprise des investissements courants, après une période de livraison des grands bâtiments. Enfin, 53 millions d'euros de produits de cession contribuent au financement de l'exercice.

Le compte de résultat principal s'est établi à -61 M€ et à -7,4 M€ tous comptes confondus. Le compte de résultat annexe de la dotation non affectée (DNA) affiche un excédent de 60 M€. Le compte annexe des unités de soins de longue durée (USLD) est pour sa part déficitaire de 4,8 M€. Il est toutefois mutualisé avec le compte des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le compte de résultat annexe des écoles est lui aussi en déficit. Une négociation doit être réinitialisée avec le conseil régional sur la subvention allouée à l'AP-HP.

La CME devra également rendre un avis sur l'affectation du résultat. Le report principal qui est proposé s'effectuerait sur le compte de report à nouveau qui est déficitaire, les exercices du compte principal étant déficitaires depuis plusieurs années. La DNA serait pour sa part affectée sur le compte d'investissement. Les autres éléments sont des reports à nouveau, considérés au passif de l'exercice.

Pour information, il apparaît une bonne nouvelle au niveau de la capacité d'autofinancement, qui s'améliore légèrement, à 329 M€. Pour rappel, 304 M€ d'investissement ont été financés, ce qui a permis d'équilibrer le profil de financement 2013. Le fonds de roulement pourra donc être légèrement abondé, à hauteur de 18 M€.

Le résultat net consolidé de l'exercice s'améliore depuis 2010, mais reste déficitaire sur toute la période. Il est passé de -102,9 M€ en 2010 à -7,4 M€ en 2013. De son côté, la marge brute au sens comptable atteint 400 M€, soit 5,9 % en 2013. Il s'agit d'un niveau similaire à celui atteint en 2011. Elle est en dégradation par rapport à 2012, du fait de la mesure fiscale dont l'AP-HP a bénéficié en 2012, mais aussi de la baisse de 25 M€ du résultat structurel entre 2012 et 2013. Quant à la capacité d'autofinancement, elle a atteint 329 M€. Enfin, la dette de long terme s'est établie à 2,24 Md€. L'AP-HP s'inscrit dans une perspective de désendettement, après une explosion entre 2006 et 2011, du fait des investissements dans les bâtiments.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT**, en qualité de président de la sous-commission activités / recherche, n'a guère de commentaires à formuler. Il n'apparaît aucune raison de ne pas approuver les comptes. Il demeure que la baisse de la capacité d'autofinancement est inquiétante, d'autant qu'elle continuera en 2014. Il tient ensuite à évoquer le personnel médical. Une augmentation de 35 postes de PH et de 110 postes de praticiens attachés est évoquée. Ce point est étonnant, mais n'est pas l'objet du vote.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur les raisons du déficit du SLD.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** indique que c'est le résultat de la convergence tarifaire. L'ARS a compensé par des investissements, mais la trajectoire d'exploitation reste compliquée. Elle précise qu'il faut mutualiser EHPAD et USLD car certains reports ne se font pas.

*Le vote relatif au compte financier et à l'affectation des résultats 2013 a lieu à bulletins secrets. Le compte financier et l'affectation des résultats 2013 sont par 43 voix pour, 4 voix contre et 4 abstentions.*

## **IX. Information sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2014 de l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** Le contexte est défavorable, avec une baisse des tarifs de -0,4 % à partir du 1<sup>er</sup> mars (avec le coefficient prudentiel), ce qui génère un effet prix total de 13,9 M€. L'ARSIF a consenti à un effort particulier pour éviter l'impact du gel de la DAF qui ne nous touche pas. Une baisse des tarifs de l'aide médicale d'État (AME) interviendra également, à hauteur de 11,5 M€.

L'EPRD 2014 traduit une légère amélioration du résultat comptable (-52 M€) et une stabilisation du résultat consolidé (-9 M€). L'investissement courant sur les bâtiments, les équipements et le système d'information a repris depuis 2013, avec une enveloppe de 315 M€ en crédits de paiement.

La prévision d'activité s'établissait pour 2014 à +1,66 % en hospitalisation complète et +2,8 % en hospitalisation partielle. Sur les trois premiers mois de l'année la réalisation a respectivement été de +1,2 % et +2,5 %. La prévision doit au final, générer une progression des recettes d'activité de 2,37 %, soit 62,7 M€.

Une stabilisation de l'enveloppe des MIGAC et des FIR a pu être obtenue pour la première fois en trois ans. Dans le même temps, certaines dotations sont susceptibles d'être fortement revues à la baisse (avec notamment une baisse de 6 M€ sur les MERRI modulables), mais certaines missions qui semblent avoir été correctement valorisées pourraient compenser cette perte de MIGAC.

Une hypothèse d'augmentation de 0,57 % est par ailleurs prévue en ce qui concerne les dotations DAF (SSR et psychiatrie), avec des notifications de deux mesures nouvelles. La baisse substantielle des LAMBDA s'observe par ailleurs au niveau des produits.

S'agissant des recettes de titre 2 et 3, le principal point d'attention porte sur la baisse des prix en matière d'AME. La négociation d'une AC est prévue pour compenser cette baisse de tarif qui impacte l'Île-de-France et le CHU d'Île-de-France (-12 millions d'euros).

Les prévisions d'augmentation des recettes s'établissent à 1,97 % (133 M€), pour un total de 6,8 milliards d'euros de produits.

S'agissant des charges, les seuls effets prix conduisaient à une hausse de 100 M€ de la masse salariale. Ce total a pu être réduit pour n'atteindre que 88 M€ (+2,1 %), ce qui recouvre de l'efficacité brute pour 25 M€, des rendus de postes, de la réallocation de postes autour de mesures nouvelles, d'une stabilisation en volume du personnel non médical et une progression réfrénée du personnel médical.

La progression prévisionnelle des charges médicales en 2014 s'établit de son côté à 2,2 %.

Enfin, la hausse prévisionnelle des charges hôtelières et générales (hors ANV) atteint 1,4 %.

L'efficacité achat devrait pour sa part permettre des économies de 20 M€.

Il est prévu de dépenser 6,9 Md€ en 2014, soit 124 M€ de plus qu'en 2013 (+1,82 %). Il en découle une prévision du résultat de 52 M€ (budget principal), ce qui équivaut à une amélioration de 9 M€ par rapport à 2013, avec des comptes clos devant s'établir à -9,6 M€. La DNA non affectée devrait atteindre 49 M€, pour des produits de cession prévus en 2014 de 40 M€.

La capacité d'autofinancement devrait se dégrader et atteindre 253 M€, malgré la maîtrise des charges. S'y ajoutent une possible levée d'emprunts de 150 M€, des dotations et subventions de 43 M€ et des cessions d'immobilisations de 40 M€, pour financer 395 M€ d'investissement. 193 M€ de dettes seront remboursés, dont une part de remboursement anticipé réalisé en avril.

Il devrait en découler un prélèvement sur le fonds de roulement de 102 M€.

**Le président** s'étonne de découvrir, comme les années précédentes, que le personnel médical a augmenté, alors que la CME et les GH ont fait un long et lourd travail pour participer à l'effort d'efficacité demandé lors de la révision des effectifs. Cela donne l'impression que l'on peut court-circuiter les directives vertueuses de la CME.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** tient à distinguer les personnels médicaux juniors et seniors. L'augmentation régulière du nombre de juniors s'explique par le *numerus clausus*. S'agissant des seniors, la révision des effectifs se traduit effectivement par une baisse. Des recrutements sont ensuite effectués en personnel médical dans le cadre des mesures nouvelles, au moment des conférences stratégiques et budgétaires. Il s'agit d'un sujet de déconnexion, qui n'est pas recevable. Il faudra procéder à un réaligement très explicite entre les efforts de la révision, ce qu'il est possible d'engager au moment des cycles de conférence budgétaire et ce qui se traduit au moment de la révision suivante. Le décalage qui apparaît se traduit notamment par la création de PH.

Pour le **président**, il semble possible de court-circuiter l'effort d'efficience de la CME.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** propose de faire preuve de transparence et surtout de bien expliquer les questions des dépassements, et ce avant le 1<sup>er</sup> juillet.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT** souligne que l'exercice 2014 sera très difficile. 20 M€ de pertes ou de non-recettes nouvelles sont à déplorer. En outre, la réalisation 2013 par rapport à 2012 n'atteste que d'une progression de 24 M€. Or une augmentation de 133 M€ est visée, ce qui semble difficilement atteignable. De plus, l'effet prix se dégrade d'année en année, tout comme la capacité d'autofinancement. Elle atteignait 409 M€ en 2012, 329 M€ en 2013 et s'établira à 253 millions d'euros en 2014. Dans le même temps, les LAMBDA baisseront et les ventes continuent. Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT doute que le contrat puisse être rempli.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** reconnaît que la détérioration du résultat structurel est réelle, malgré les efforts consentis. Au demeurant, 63 M€ de produits d'activité sont tout de même enregistrés. Les résultats à la fin mars 2014 devraient permettre de tenir le contrat d'activité. Il convient de trouver des solutions dans le codage, la facturation, les activités externes ou d'atteindre une nouvelle amélioration de la maîtrise des charges. Il sera impossible d'améliorer la capacité d'autofinancement sans opérations exceptionnelles.

**Le président** propose d'y revenir lors d'une prochaine séance.

## **XI. Approbation du compte rendu de la réunion du 8 avril 2014**

*Le procès-verbal de la réunion du 8 avril 2014 est adopté à l'unanimité.*

*La séance est close à 12 heures 20.*

\*                      \*  
\*  
\*  
\*

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

**mardi 8 juillet 2014 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 25 juin 2014 à 16 heures 30**