

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 10 SEPTEMBRE 2013**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 10 DECEMBRE 2013**

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et de la vice-présidente de la CME (*P^r Loïc CAPRON, D^r Anne GERVAIS*)
2. Plan stratégique 2015-2019 : contribution des CME centrale et locales à la conception du projet médical (*M^{me} Sibyle VEIL*)
3. Réforme de la biologie et programme d'accréditation des laboratoires de biologie médicale (*P^r Catherine BOILEAU*)
4. Créances irrécouvrables de l'AP-HP (*M. Christian THALAMY, directeur spécialisé des finances publiques de l'AP-HP*)
5. Prévention des fugues chez les patients hospitalisés atteints de troubles cognitifs : propositions du groupe de travail (*P^r Yves DE PROST*)
6. Agenda et méthode pour la révision des effectifs 2014 des praticiens hospitaliers (*P^r Thierry BÉGUÉ, M. Jérôme HUBIN*)
7. Mise en place d'un groupe de travail ad hoc sur la charte informatique de l'AP-HP (*P^r Michel ZÉRAH*)
8. Adoption du compte-rendu de la réunion du 11 juin 2013
9. Questions diverses

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOÎT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le D^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHERON
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M. le D^r Cyril DAUZAC
- M. le P^r Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Elisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Jean-Luc DUMAS
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^r Erea Noel GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r GERVAIS HASENKNOPF
- M. le D^r Bruno GOGLY
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le D^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le P^r François HAAB
- M. le P^r Olivier HENRY
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M. le D^r Matthieu LAFAURIE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le D^r Julien LENGLET
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLARD
- M^m le D^r Annie ROUVEL TALLEC
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le P^r Georges SEBBANE
- M. le P^r Alain SIMON
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZÉRAH

- ***avec voix consultative :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
 - M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
 - M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
 - M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - M. le P^r Jean-Luc DUMAS
 - M. le P^r Louis MAMAN
 - M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN
 - M. le P^r Benoît SCHLEMMER
 - M. le P^r Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale
 - M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
 - M^{me} Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur de la direction médico-administrative
 - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M^{me} Françoise ZANTMAN, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Juliette TELLIER, directrice de la communication
 - M. Mario CASTELLAZZI, directeur du système d'information

 - M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
 - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***membres excusés :***
 - M. le P^r René ADAM, M^{me} le D^r Hélène BOUCHER, M. le P^r Pierre CARLI, M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO, M. le P^r Guy LEVERGER, M^{me} le D^r Lucile MUSSET, M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, M. le P^r Guy SEBAG, M. le P^r Dominique VALEYRE

La séance est ouverte à 8 heures 40, sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

Le président prie les membres de la CME de bien vouloir excuser l'absence du P^r René ADAM, de M^{me} Hélène BOUCHER, représentante des internes en pharmacie, du P^r Pierre CARLI, du Dr Nathalie DE CASTRO, du P^r Guy LEVERGER, du D^r Lucile MUSSET, du P^r Jean-Michel SCHERRMANN, du P^r Guy SEBAG et du P^r Dominique VALEYRE.

I. Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME

Le président salue le départ de la CME du P^r Jean-Claude PETIT, l'un des représentants des biologistes, qui a fait valoir ses droits à la retraite. À la suite du désistement des deux premiers suppléants sur la liste des élus à la CME, c'est le P^r Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE, PU de microbiologie à l'hôpital Bichat qui siègera dorénavant; ce qui permettra de conserver une représentation de la microbiologie au sein de l'instance.

Le D^r Anne GERVAIS aborde les sujets traités au sein de la sous-commission *Activité ressources*. Le D^r Guy BENOÎT a mené une réflexion commune avec l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) et la DÉFIP au sujet des facturations et des recouvrements portant sur les dispositifs médicaux implantables (DMI) facturés hors-GHS (groupe homogène de séjour). Sur un total de 300 M€ de DMI, 67 M€ correspondent à des DMI hors-GHS. Or, il semble qu'à la suite de difficultés liées à la fois au logiciel de facturation et à l'absence de certains codes sur les DMI, la somme remboursée par l'assurance maladie s'élève à 60 M€ sur un total de 67 M€. Des mesures vont être prises pour améliorer le procédé de facturation qui devrait permettre de récupérer 3 à 5 M€ auprès de l'assurance maladie.

Par ailleurs, la commission porte sa réflexion sur les populations précaires prises en charge par nos services. Leur arrivée souvent non programmée, et l'absence de prise en charge sociale tend à modifier la prise en charge standardisée de nos patients. La DMS peut s'en trouver allongée, et l'aval ou l'éventuelle prise en charge ambulatoire sont rendus compliqués. L'AP-HP reçoit à elle seule 14 % de la MIG précarité au plan national, soit 21 M€ sur 150 M€. Or, la part de population précaire prise en charge par nos hôpitaux s'élève probablement à plus de 14 % de la population précaire française. Par conséquent, la prise en charge de ces populations nécessite une attention et des moyens supplémentaires. Les praticiens intéressés pour participer à ce groupe de travail, peuvent se faire connaître auprès du D^r Guy BENOÎT.

Le président indique que, lors de la réunion du directoire du 3 septembre, les P^{ts} Bernard NORDINGLER et Jean-Claude PETIT ont fait le point sur l'organisation de la prise en charge du cancer à l'AP-HP et ont proposé la mise en place d'un « comité cancer » prenant le relais du COC (comité opérationnel cancer), afin de préparer le plan stratégique et la mise en œuvre du *Plan cancer 3* à l'AP-HP. Ce sujet donnera lieu à une prochaine présentation en CME.

Le directoire a également reçu le P^r Fabrice PARKER, vice-président de la collégiale de neurochirurgie, le P^r Thierry BÉGUÉ, chirurgien orthopédiste et le P^r Jacques DURANTEAU, réanimateur spécialisé dans la prise en charge des souffrances cérébrales aiguës, pour évoquer le projet de cahier des charges qu'un groupe de travail de l'ARSIF a rédigé en vue de réorganiser la permanence des soins d'adultes en neurochirurgie et en neuroradiologie interventionnelle en Île-de-

France. Ce projet permettrait à de nouveaux établissements d'y participer, tels que l'hôpital Foch ou la fondation ophtalmologique Rothschild et aurait exclu les orthopédistes de la chirurgie urgente des traumatismes rachidiens et des compressions médullaires ou radiculaires.

Cette démarche de l'ARSIF, à laquelle la CME n'a pas participé de manière directe, ne saurait être acceptée sans discussions. Les médecins de l'AP-PH qui se trouvaient présents ne peuvent être considérés comme totalement représentatifs des deux disciplines concernées. La CME souhaite donc une réouverture des discussions avec l'ARSIF.

Enfin, le directoire a discuté des conséquences et enjeux pour l'AP-HP de la transposition en droit français des nouvelles règles européennes relatives aux produits de thérapie cellulaire, de thérapie génique et d'ingénierie tissulaire, regroupés sous le nom de médicaments de thérapie innovante (MTI). Ces médicaments devront désormais être produits par un établissement pharmaceutique. Les modes de fonctionnement actuels des trois sites de l'AP-HP impliqués dans le développement de ces produits (Necker, Pitié-Salpêtrière, Saint-Louis) sont donc remis en cause.

Deux solutions sont envisageables. Soit externaliser la production, soit la confier à notre établissement pharmaceutique, en réfléchissant alors à sa réorganisation. Les praticiens travaillant sur ces thérapies innovantes souhaitent conserver la maîtrise de leur production. Cette problématique devra être abordée en CME. L'enjeu médico-scientifique et réglementaire se double d'un enjeu financier.

S'agissant de l'Hôtel-Dieu, les enjeux se sont singulièrement politisés depuis la réunion de la CME du 9 juillet. En effet, la ministre en charge de la Santé a pris la décision, sans aucune concertation avec la présidence de la CME, de décaler la date de la fermeture de l'Hôtel-Dieu, annoncée par la directrice générale en mai, et alors fixée au 4 novembre. Le 8 juillet, la directrice générale et le président de la CME avaient rencontré les conseillers de l'Élysée.

Des échanges ont eu lieu avec la ministre le 10 juillet lors de l'inauguration du bâtiment Laennec à l'hôpital Necker-Enfants malades.

Ces éléments d'information ont été repris dans un message, adressé le 11 juillet par le président aux membres de la CME. Au début du mois d'août, dans un communiqué de presse, le président de la CME a mis en avant les responsabilités majeures de l'instance représentative de la communauté médicale de l'AP-HP en matière de qualité et de sécurité des soins et de conditions d'accueil, et de prise en charge des usagers. Le communiqué insistait sur la nécessité de fermer le service d'accueil des urgences de l'Hôtel-Dieu, cet hôpital ne possédant plus l'environnement adéquat pour soigner correctement les malades. Telle est la ligne définie par le vote de la CME du 13 novembre 2012.

Le bureau de la CME locale du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Centre (HUPC) s'est réuni le 2 septembre, en présence du P^f CAPRON, avec vote à l'unanimité d'une motion.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE précise que ce bureau comprend l'ensemble des responsables de pôle, les présidents des sous-commissions, ainsi que le président et le vice-président de la CME. Il donne ensuite lecture de la motion :

« Le comité médical de l'Hôtel-Dieu Cochin s'inquiète de la dégradation des conditions de prise en charge des malades sur le site de l'Hôtel-Dieu. Les responsables médicaux d'un comité médical de l'Hôtel-Dieu Cochin se sont réunis au cours d'un bureau extraordinaire le 2 septembre 2013.

Après avoir écoutés les responsables médicaux exerçant sur le site de l'Hôtel-Dieu, ils constatent la dégradation accélérée des conditions de prise en charge des patients, au point que la qualité et la sécurité des soins sur le site de l'Hôtel-Dieu n'est plus assurée de façon satisfaisante.

Ils s'inquiètent de la démoralisation croissante des soignants médicaux et non-médicaux, à la suite de prise de décisions contradictoires sur l'évolution de l'Hôtel-Dieu.

Ils souhaitent vivement que la qualité et la sécurité des soins soient les seuls critères pris en considération dans les arbitrages les concernant.

Par conséquent, ils demandent à l'unanimité la fermeture des services d'urgence à la date initialement prévue depuis de nombreux mois (le 4 novembre 2013, en concertation avec les différents hôpitaux proches de l'Hôtel-Dieu et la collégiale des urgentistes) et le transfert accéléré des services cliniques restant sur le site de l'Hôtel-Dieu à l'hôpital Cochin. »

Ce texte ayant donné lieu à plusieurs versions, la première d'entre elles exprimait l'accord de l'ensemble de la communauté pour l'ouverture rapide d'une consultation sans rendez-vous lors de la fermeture du service d'accueil des urgences (SAU).

Le président souligne que la CME construit la politique médicale de l'établissement en lien avec la directrice générale. Il s'agit de son rôle politique au sens le plus noble. Cependant, les politiques municipales, régionales et nationales interfèrent parfois avec les avis que la communauté médicale peut être amenée à rendre.

Le président et la vice-présidente ont rencontré, à leur demande, la première adjointe au maire de Paris, M^{me} Anne HIDALGO souhaite que l'accent soit mis sur les aspects innovants du projet, dont la consultation sans rendez-vous revêt une grande importance symbolique. Elle souhaite également que l'on évite de parler de fermeture et de citer toute date pour celle-ci .

Le président de la CME estime que cette consultation sans rendez-vous peut devenir la tête de pont de deux progrès substantiels : 1. alléger l'amont des SAU en offrant au public une solution plus légère et moins coûteuse que le SAU traditionnel, encombré par des patients qui ne trouvent pas de consultation médicale en ville ; 2. ouvrir enfin une passerelle entre médecine de ville et médecine hospitalière, indispensable à l'épanouissement de l'hôpital de demain. Ce discours a été tenu par le président de la CME devant les responsables politiques. La direction générale et la présidence du conseil de surveillance partagent ces convictions. Chacun semble souhaiter une métamorphose du SAU de l'Hôtel-Dieu en consultation sans rendez-vous, de façon la plus douce possible sur quelques mois.

Tous ces événements politiques ont été très perturbants, notamment pour les équipes soignantes. Ce changement de cap, lié à une injonction ministérielle, constitue une mise à l'épreuve extrêmement rude à la suite de laquelle mobiliser les équipes se révèle difficile.

Le président propose le vote de la motion suivante :

« La fonction principale des commissions médicales d'établissement et de leurs présidents est de garantir la qualité et la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

Réunie en assemblée plénière le 10 septembre 2013, la CME centrale de l'Assistance Publique–Hôpitaux de Paris :

- confirme la position qu'elle a définie dans son vote du 13 novembre 2012 ;

- soutient le communiqué que la CME locale du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Centre (Cochin, l'Hôtel-Dieu, Broca) a diffusé le 2 septembre 2013 ; – préconise, d'ici le 4 novembre prochain,

- l'ouverture à l'Hôtel-Dieu d'une consultation sans rendez-vous capable de répondre aux avis médicaux urgents sollicités par la population,

- le renforcement des SAU des hôpitaux Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière et Cochin pour accueillir et prendre en charge les patients que les ambulances (pompiers, SAMU, etc.) orientaient précédemment vers l'Hôtel-Dieu. »

Le D^r Julie PELTIER souhaite avoir des détails sur le renforcement des SAU des hôpitaux concernés. Ce renforcement concerne les personnels, les locaux ? Les collégiales ont-elles été interrogées ? Quel est le coût de ces transferts et de l'ouverture de la consultation sans rendez-vous ?

Le président précise qu'une réunion a été organisée avec la collégiale des urgentistes. S'agissant du personnel médical, les recrutements et les transferts de PH ont débuté. En ce qui concerne les personnels non médicaux, un processus similaire est en cours. Des travaux sont prévus dans les quatre SAU. Ces mesures auront bien sûr un coût car toute restructuration nécessite des investissements. Un bilan financier de la restructuration de l'Hôtel-Dieu sera effectué à terme.

, Les médecins appelés à travailler à l'ouverture de la consultation sans rendez-vous proviendront des urgences de Cochin et de l'Hôtel-Dieu. Les généralistes, dont le président souhaite qu'ils participent nombreux à la consultation, viendront dans un second temps. Actuellement, ces personnels, déstabilisés, peinent à se projeter dans cette consultation, c'est la raison pour laquelle la visibilité est moindre à ce jour. Le premier box devrait ouvrir au début du mois d'octobre sur une plage horaire de 8h à 18h.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne les difficultés du contexte pour l'institution et pour les personnels de l'Hôtel-Dieu. Il convient de rappeler leur engagement à l'égard de l'Institution. Depuis près d'un an, face aux incertitudes portant sur les urgences, ils se montrent très volontaires. En même temps, la bascule d'un service d'urgence de l'AP-HP à une consultation sans rendez-vous est mal vécue car ils ont le sentiment d'être dépossédés.

Le président de la CME a souhaité que les ambulances soient orientées vers les autres SAU. Ce processus a déjà débuté alors que les personnels ne voient pas arriver les médecins généralistes.

Il rappelle que certaines activités restent sur le site Hôtel-Dieu : la salle Cusco (gardés à vue), les urgences ophtalmologiques ainsi que les urgences médico-judiciaires. Le maintien du SMUR pour sécuriser les patients hospitalisés suscite un nouveau conflit à l'intérieur des SMUR et des SAMU.

Malgré elle, la CME se trouve engagée dans la politique municipale, régionale et nationale. Elle risque de se trouver prise entre les feux des différents responsables politiques. Il serait préférable que la CME sursoie au vote de la motion tant qu'une solution concrète ne sera pas fournie quant à la consultation de proximité.

Le D^r Patrick PELLOUX apporte enfin le soutien des urgentistes au chef du service des urgences de l'Hôtel-Dieu. Le D^r Patrick PELLOUX s'inquiète des conséquences de l'augmentation d'activité sur des SAU déjà à saturation comme Lariboisière, Cochin et Saint-Antoine.

Le président ne souhaite pas surseoir au vote. Les membres de la CME qui se montrent favorables à ce report pourront s'abstenir ou voter en défaveur de la motion.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que la date du mois de novembre avait été choisie parce qu'elle coïncidait avec le changement des internes, et prenait en compte les transferts d'activité déjà réalisés durant le dernier semestre. Il n'existe plus de réanimation ni de chirurgie sur le site de

l'Hôtel-Dieu. Par conséquent, c'est dans une nécessité de sécurisation que l'option 24 heures sur 24 a été retenue pour le SMUR.

Actuellement, seule une salle de médecine interne subsiste, qui doit fermer le 1^{er} novembre. Au 1^{er} janvier 2014, la cancérologie et la diabétologie seront elles aussi transférées. A l'exception de l'ophtalmologie, de la psychiatrie et de la salle Cusco, l'Hôtel-Dieu n'aura plus de malades hospitalisés la nuit dans ses locaux. Dans ces conditions, la situation devient très difficile.

Par ailleurs, l'aval des deux SAU de l'hôpital Cochin et de l'Hôtel-Dieu n'a pas été modifié alors qu'un certain nombre de patients doivent être accueillis à l'hôpital Saint-Antoine ou à la Pitié-Salpêtrière. En médecine interne, le nombre de lits a été légèrement restreint et 25 lits de gériatrie aigues supplémentaires ont été ouverts, pouvant servir à l'aval des urgences.

En ce qui concerne la consultation sans rendez-vous, des problèmes de gouvernance administrative et médicale se sont posés. Le bureau ne s'est pas prononcé sur le futur projet de l'Hôtel-Dieu. En effet, celui-ci est sorti de la gouvernance du groupe hospitalier et sera administré par la CME centrale. La nouvelle gouvernance du projet pourra se mettre en place et cette consultation sans rendez-vous pourra être rapidement ouverte.

Le doyen Serge UZAN souligne que la position des doyens ne porte pas sur l'évolution du projet dans telle ou telle direction, mais de se saisir de l'opportunité de répondre à une problématique forte.

L'ouverture d'une maison médicale de garde permettra aux étudiants des UFR parisiennes d'avoir accès à une formation en médecine générale, la région étant particulièrement déficitaire sur ce plan.

Concernant la présence des médecins généralistes, certains d'entre eux ne souhaiteront quitter leur cabinet que si le projet est attractif et innovant. La communication doit être particulièrement soignée pour les séduire. D'autres seront intéressés par la possibilité qui leur sera offerte de côtoyer des praticiens hyper-spécialisés.

Au total, ce projet fournit des solutions nouvelles pour la formation des étudiants et l'accueil des patients. Toutefois, l'absence d'échéance contribue à une certaine démotivation. Il convient donc de travailler sur ce projet, lequel constitue une évolution intéressante pour les urgentistes qui demeureront à l'Hôtel-Dieu et qui donneront peut-être l'envie à d'autres acteurs l'envie de les rejoindre.

Ce projet attractif, dont la formation des étudiants en médecine n'est pas le seul objectif, doit impliquer les personnels.

M. Julien LENGLET confirme que les internes se montrent très favorables à cette possibilité de formation en médecine ambulatoire. L'ouverture de cette consultation doit être accompagnée d'une formation universitaire adaptée. Cependant, les stages feront probablement l'objet d'un boycott lors du prochain choix semestriel, compte-tenu des notes d'évaluation et des conditions de travail actuelles, qui retirent tout intérêt à travailler à l'Hôtel-Dieu.

Le D^r Michel DRU rappelle que des maisons médicales existent dans le Val-de-Marne telle celle située face à l'hôpital Henri-Mondor. Toutefois, dans ce département, l'implication du Conseil de l'Ordre des Médecins incite les médecins généralistes à y travailler. En général, ils restent sur les lieux jusqu'à 21 heures, les plus motivés jusqu'à minuit, puis les urgences de l'hôpital Henri-Mondor prennent le relais. Les patients règlent une consultation de nuit au médecin consulté. Quelle sera la tarification à l'Hôtel-Dieu ? Ce point nécessite d'être examiné et réglé pour ce qui reviendra à notre institution.

Aux urgences de l'hôpital Henri-Mondor une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) assure l'accueil des patients à leur arrivée et peut les orienter vers la maison médicale. Quelle structure d'urgences redirigera les patients non graves vers l'Hôtel-Dieu ?

Pourtant si le projet fonctionne, avec l'implication de l'université, il constituera une expérience formidable pour l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER demande des précisions sur l'état actuel de la réflexion quant au projet sur le site, qui comporte 57 000 mètres carrés.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, tient à remercier le président pour la précision et la transparence des éléments de contexte qu'il vient de rappeler. Par ailleurs, elle souligne que, pour les personnels médicaux et non médicaux, cette situation d'incertitudes est délicate. Les propos de la ministre de la Santé, au début du mois de juillet, ont été interprétés, notamment par les organisations syndicales, comme une décision de moratoire. Or, celle-ci a rappelé qu'elle soutenait le projet, qu'elle considère comme innovant et prometteur. Par ailleurs, elle demande qu'une organisation progressive soit mise en place pour les urgences au centre de Paris.

Ces propos ont jeté un trouble considérable dans l'esprit des personnels. C'est la raison pour laquelle la motion proposée par le président de la CME décrit l'avenir, dans le sens d'une consultation sans rendez-vous permettant une mise en œuvre progressive du projet.

S'agissant des autres SAU, la période à venir constituera une transition. Aucun risque ne sera pris quant à la qualité et la sécurité des soins dans les services d'urgence du centre de Paris. Les travaux décrits ont été financés. En matière de personnels médicaux et non médicaux, l'ensemble des autorisations ont été fournies aux chefs de service et aux directeurs des groupes hospitaliers concernés pour les recrutements éventuellement nécessaires.

En ce qui concerne le nouveau projet de l'Hôtel-Dieu, la réflexion doit se poursuivre afin que les règles de gouvernance soient bien clarifiées. Une fois le principe décrit, ces modalités opérationnelles seront précisées, c'est ce qu'il convient de faire dorénavant.

Le D^r Sophie CROZIER estime que les positions exprimées en novembre 2012 et en juillet 2013 par la CME présentent un caractère contradictoire. Il semble difficile d'émettre un vote, faute de connaître l'état actuel du projet. Celui-ci est enthousiasmant mais soulève du scepticisme car les moyens alloués ne sont pas clairs.

La commission des effectifs ne dispose pas de données sur les recrutements. Il n'est pas acquis que les personnels de l'Hôtel-Dieu y seront maintenus pour participer à la consultation sans rendez-vous ou s'ils rejoindront d'autres services d'urgences. L'ouverture de lits d'aval dans d'autres hôpitaux suscite également des questions. Or la date du 4 novembre est proche.

Au total, la mise en place du projet d'ici deux mois entraîne des inquiétudes.

Le président indique que le SAU de l'Hôtel-Dieu a connu une baisse de 9 % d'activité depuis le début de l'année. Parallèlement, celle des autres SAU de l'AP-HP a enregistré globalement une diminution de 2 %, à l'exception de l'hôpital Saint-Antoine avec une hausse de 2 %. Tout cela s'avère plutôt rassurant jusqu'ici.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, annonce qu'elle a proposé à M. Jean-Michel DIÉBOLT de prendre la direction de la direction médico-administrative (DMA). Depuis un mois, celui-ci assurait l'intérim du poste suite au départ du P^r Michel FOURNIER. Par ailleurs, M^{me} Françoise ZANTMAN, ancienne directrice des soins au sein du groupe hospitalier hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, assure le remplacement de M^{me} Roselyne VASSEUR appelée à d'autres responsabilités à la mairie de Paris.

Le président indique qu'il a donné son plein accord pour que M. Jean-Michel DIÉBOLT prenne la tête de la direction médico-administrative (DMA) afin que la nouvelle gouvernance de l'AP-HP puisse être mise en place, en conformité avec la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

La motion proposée par le président de la CME est adoptée à la majorité. 79 membres de la CME ont voix délibérative. 60 votants sont décomptés. 49 voix favorables, 3 voix défavorables, 2 bulletins nuls et 6 bulletins blancs sont comptabilisés.

II. Plan stratégique 2015-2019 : contribution des CME centrale et locales à la conception du projet médical

Le président rappelle qu'un séminaire de la CME sera organisé les 20 et 21 septembre pour engager une réflexion commune sur la position de l'AP-HP en Île-de-France.

M^{me} Sibyle VEIL évoque le futur plan stratégique conçu pour la période 2015-2019. La méthode des travaux de préparation de ce plan a fait l'objet d'une discussion au cours du séminaire organisé par la direction générale au début du mois de juillet. Il comprenait les doyens, les présidents de CME locales, le président de la CME centrale et la direction générale. Il a conclu sur la force de frappe que constitue une AP-HP unie et sur l'enjeu que constitue le financement des projets de l'institution dans le contexte de la réduction des tarifs et des enveloppes budgétaires.

Le futur plan stratégique ne saurait traiter l'ensemble des sujets. Son enjeu est, d'une part, de hiérarchiser les grands axes stratégiques pour l'avenir de l'institution et, d'autre part, de définir leurs conditions de mise en œuvre de ces axes stratégiques. Des feuilles de route seront établies pour chaque groupe hospitalier. La première phase des travaux sera consacrée à la réflexion et sera organisée au niveau de l'AP-HP en y associant l'ensemble des groupes hospitaliers. La deuxième phase des travaux sera davantage centrée sur la préparation par les groupes hospitaliers de leurs projets et de leur feuille de route.

Au niveau de l'institution, la problématique de l'intégration territoriale suscite de fortes attentes. C'est également un sujet priorisé par l'agence régionale de santé. Celle-ci souhaite que l'institution se positionne et joue un rôle moteur dans la coopération avec les autres établissements du territoire, qu'il s'agisse des filières, des réseaux ou du partage des ressources universitaires. Une réflexion sera lancée au cours du prochain séminaire de la CME.

D'autres grands sujets relèvent de la prospective et tiendront compte de l'évolution de l'environnement de l'AP-HP. Ils susciteront la mise en place de groupes de travail dans lesquels des professionnels des groupes hospitaliers ainsi que des référents de la CME apporteront leur contribution.

Ces groupes de travail porteront sur les problématiques suivantes :

- l'intégration territoriale, avec pour référent le D^r Christophe TRIVALLE ;

- le grand Paris, avec pour référent le P^f Béatrice CRICKX ;
- les patients, nouvelles attentes, avec pour référent le P^f Gérard REACH ;
- les relations avec la médecine de ville, avec pour référent le D^f Alain FAYE ;
- le développement des maladies chroniques, avec pour référent le D^f Nathalie DE CASTRO ;
- les plateaux techniques et l'interventionnel, avec pour référent le P^f Guy SEBAG ;
- la biologie, avec pour référent le P^f Jean-Claude ALVAREZ ;
- la télémédecine, avec pour référent le P^f Elisabeth DION ;
- la recherche, avec pour référent le P^f Philippe RUSZNIEWSKI ;
- les grandes restructurations, groupe animé par le président de la CME.

[Le président précise que la constitution de ces groupes de travail a fait l'objet de discussions au sein du dernier bureau.]

Enfin, un dernier ensemble de sujets concerne l'attractivité de l'institution vis-à-vis des patients et des professionnels. Les organisations se situent au cœur de cet enjeu. Plusieurs axes de réflexion sont proposés :

- le séjour des patients hospitalisés, avec pour référent le P^f Dominique VALEYRE ;
- les organisations médicales et paramédicales, avec pour référent le P^f Christian RICHARD ;
- les lits, pour quoi faire, avec pour référent le P^f Olivier HENRY ;
- les systèmes d'information de santé, ce qui comprend le système Orbis et les relations de l'AP-HP avec l'extérieur, avec pour référent le P^f Michel REACH ;
- les professions de santé médicales et paramédicales, avec pour référent le D^f Patrick DASSIER ;
- les fonctions support, logistique et administrative, avec pour référent le D^f Anne GERVAIS.

Une analyse stratégique sera menée dans les différents groupes hospitaliers. Elle portera sur leur intégration dans l'environnement, leur organisation interne et leur performance organisationnelle. Ces questions correspondront à celles que l'agence régionale de santé souhaite aborder dans le cadre du diagnostic relatif au contrat conclu avec l'AP-HP dans l'année à venir.

Ces travaux se dérouleront de la mi-septembre à la mi-décembre. L'objectif consiste à construire une vision sur quinze ans et à cerner de grandes tendances ainsi que les opportunités et les risques pour l'AP-HP. En fonction de cette vision, des axes stratégiques seront hiérarchisés. L'impact concret pour l'Assistance Publique sera précisé, c'est-à-dire :

- les filières de soins ;
- les stratégies de la recherche universitaire ;

- l'évolution des organisations ;
- les volumes d'activité ;
- la gestion des ressources critiques ;

Les modes de gouvernance et de régulation des activités au niveau supérieur aux groupes hospitaliers et entre les groupes hospitaliers eux-mêmes.

Le président indique que le plan stratégique de l'institution pour 2015-2019 doit être rédigé d'ici juin 2014. Il sera soumis à l'avis de la CME. Par ailleurs, un décret relatif aux compétences de la CME est en cours d'élaboration, élargissant ses attributions. La CME sera informée des modifications dès la parution du texte.

La participation de la CME à l'élaboration du plan stratégique sollicite plusieurs de ses membres au sein des groupes de travail. Ceux-ci ne sont ni les présidents ni les décideurs exclusifs de ces groupes mais ils y représenteront la CME. Deux à trois réunions sont prévues d'ici le 15 décembre 2013.

Le plan présente l'avantage d'ouvrir une réflexion collective sur les enjeux de l'institution et d'envisager les grandes lignes directrices. La principale difficulté consiste en son articulation avec les groupes hospitaliers et les CME locales. Plusieurs choix sont possibles : soit un plan par groupe hospitalier, soit concevoir un plan entièrement centralisé, soit, ce qui semble souhaitable, une déclinaison dans les groupes hospitaliers d'une volonté centrale.

En outre, l'ARSIF souhaite prendre place dans la réflexion sur le plan stratégique au travers du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Celle-ci semble plutôt opter jusqu'ici pour une déclinaison du plan par groupe hospitalier.

Le président ajoute qu'il assistera lui-même volontiers aux réunions des groupes hospitaliers portant sur le plan. Au sein du groupe hospitalier Robert-Debré, une réunion de réflexion a déjà été organisée. Par ailleurs, comme l'a indiqué M^{me} Veil, le P^r CAPRON présidera le groupe relatif aux grandes restructurations, auquel participeront les douze présidents des CME locales. Les réactions des membres de la CME et des représentants de collégiales seront recueillies. La réflexion, prioritairement médicale, consistera à dessiner les grandes lignes des restructurations pour les cinq années à venir.

Le D^r Jon Andoni URTIZBEREA rappelle que la fédération du polyhandicap ne doit pas être oubliée dans la réflexion.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que le grand Paris dépasse la dimension de la région et s'étend jusqu'au Havre et Rouen. Il est souhaitable que la question des relations avec les autres CHU soit abordée par les groupes de réflexion.

M^{me} Sibyle VEIL répond que le groupe de travail consacré au grand Paris traitera de cette problématique telle que définie par l'Etat actuellement. Celle-ci recouvre Paris et la première couronne. Toutefois, la vision doit effectivement dépasser l'Ile-de-France et englober la question des relations de l'institution avec les autres CHU. Des moments d'échange avec les autres acteurs d'Île-de-France et les directeurs de CHU seront organisés.

Le président indique être en contact régulier avec ses collègues au sein de la conférence des présidents de CME des CHU de France. Ceux-ci se montrent peu préoccupés par cette problématique.

M. Julien LENGLET regrette que les jeunes professionnels n'aient pas été associés à la réflexion alors que la thématique des recrutements constitue un enjeu important, dans un contexte démographique qui risque de se détériorer pour l'AP-HP et la médecine générale. D'autres entités, comme la Fédération Hospitalière de France, ont été invitées à organiser leur plan stratégique de recrutements. Il serait logique qu'une réflexion commune soit menée.

Dans le cadre de sa stratégie de recrutement, l'AP-HP subit de plein fouet la concurrence indéniable des ESPIC et des centres hospitaliers de masse critique en petite couronne. La représentation des internes n'a pas porté sa réflexion sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins. Il serait intéressant qu'un plan stratégique soit conçu au sujet de cette thématique.

M^{me} Sibyle VEIL précise que les internes de la CME seront conviés à participer à la réflexion menée au sein du groupe de travail consacré aux professionnels de santé.

Le président espère sincèrement que ceux-ci pourront être présents au séminaire de la CME prévu les 20 et 21 septembre.

Le doyen Serge UZAN souhaite que soient relancées de nouvelles formes de partenariats entre l'hôpital et les professionnels qui ne souhaitent partir sans quitter totalement l'institution. A une certaine époque, le fonctionnement des services reposait sur sa présence d'une grande majorité d'attachés. Aujourd'hui, la transformation de ces vacations en postes de plein temps a engendré une ligne de séparation entre les jeunes et les professionnels quittant l'AP-HP.

Dans le passé, il était possible, après le clinicat, d'effectuer une période de vacations de trois ans au sein de l'AP-HP. Cette collaboration était extrêmement fructueuse et mérite d'être actualisée avec les futurs professionnels de demain.

Le président rappelle que les praticiens hospitaliers à temps partiel ne sauraient être oubliés. Cette solution est plus séduisante que le système des demi-journées.

Le P^r Noël GARABÉDIAN souligne que l'avenir des jeunes chirurgiens est un sujet qui préoccupe les chirurgiens de la CME. A l'issue de la CME les jeunes collègues internes ainsi que des jeunes chefs sont invités à une réunion portant sur l'attractivité des filières chirurgicales à l'Assistance Publique.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que l'AP-HP est le premier établissement hospitalo-universitaire de France. A cet égard, elle assume des responsabilités importantes au sein de la région. Il sera difficile aux doyens de s'impliquer dans l'ensemble des groupes de travail. Toutefois, il précise que les référents des groupes pourront solliciter les doyens autant que de besoin sur les interrogations qui se poseraient. Lorsque le sujet le nécessite, des positions collectives pourraient être prises.

Le P^r Catherine BOILEAU demande si la réflexion des différents groupes de travail peut faire preuve de créativité pour dégager les meilleures solutions, ou si l'impact financier doit être pris en compte dès le début. La biologie, notamment, constitue un enjeu important.

M^{me} Sibyle VEIL indique que les différents groupes de travail ne seront pas bridés. Les arbitrages qui seront organisés ensuite tiendront compte des impacts financiers.

Le président rappelle qu'un plan d'investissements immobiliers pour les hôpitaux a été présenté par M. Claude ÉVIN devant la CME.

Parmi les enjeux immobiliers, figurent plusieurs projets portés par l'AP-HP. Ces préoccupations seront prises en compte dans le plan.

En revanche, il ne semble pas utile de constituer un groupe de travail sur ce point. Le plan ne devrait pas excéder une trentaine de pages.

III. Réforme de la biologie et programme d'accréditation des laboratoires de biologie médicale

Le P^r Catherine BOILEAU rappelle que la loi portant réforme de la biologie médicale est parue en mai 2013. Elle aura des conséquences extrêmement importantes au sein non seulement des laboratoires, mais aussi des services cliniques et des services support.

La biologie, au sein de l'AP-HP, correspond à une production de 1,9 milliards de B et BHN. Dans 60 % à 70 % des cas de diagnostics réalisés, la biologie médicale est sollicitée, et ceci 24 heures sur 24. L'activité réalisée concerne plus de 4 000 personnes, dont 25 % de personnel médical et 50 % de techniciens de laboratoires.

Les dépenses sont estimées à 342 millions d'euros au regard de recettes assez diversifiées. Les recettes externes, facilement identifiables, sont les actes de biologie réalisés pour les consultations, les hôpitaux hors APHP ou pour des laboratoires extérieurs. Elles sont tarifées au coût de la nomenclature des actes de biologie médicale. Les recettes internes, plus difficiles à individualiser, correspondent à la part de la biologie pour chaque GHS. A ces recettes directement liées à l'activité clinique s'ajoutent les recettes qui résultent des activités de recherche biologique et clinique. Pour mémoire, la biologie produit environ 30 % des points SIGAPS de l'AP-HP. Les innovations et les différentes formes de crédits fléchés constituent d'autres ressources.

La réforme de la biologie, inscrite dans la loi HPST a fait l'objet de nombreux rapports. Cette loi a été publiée en janvier 2010 et a été ratifiée seulement en mai 2013.

Contrairement aux lois précédentes, elle s'applique à l'ensemble des laboratoires, c'est à dire les laboratoires privés et les laboratoires hospitaliers. Elle renforce la médicalisation et la responsabilité du biologiste médical. Elle instaure une organisation territoriale de la biologie au travers du SROS biologie. Elle rend obligatoire la démarche de qualité prouvée : l'accréditation et enfin elle prévoit de lourdes sanctions en cas de manquement.

Selon la loi, un biologiste médical est un médecin ou un pharmacien ayant suivi le cursus de formation du DES de biologie médicale ou bénéficiaire d'une qualification ordinale. Dans le cas du CHU et des disciplines mixtes, le biologiste médical peut être un individu qui, médecin ou pharmacien, n'est pas titulaire du DES de biologie mais qui dispose d'une expertise attestée par trois ans d'exercice dans un laboratoire de biologie médicale. Celle-ci est reconnue par une commission de biologie médicale et entérinée par une décision ministérielle.

La loi vise au renforcement de la responsabilité de biologiste. L'examen de biologie médicale est réalisé sous la responsabilité d'un biologiste médical. La prescription comporte des renseignements cliniques. Une validation biologique nominative et un résultat commenté sont obligatoires pour tout acte, y compris pour la biologie délocalisée et les actes transmis.

Enfin, le laboratoire de biologie médicale doit être dirigé par un « biologiste responsable ». Dans le cas des hôpitaux, les services de biologie sont regroupés ou constituent un pôle. Le biologiste responsable est celui qui dirige le pôle. En ce qui concerne l'AP-HP, la logique de la loi a conduit à regrouper l'ensemble des structures de biologie dans les groupes hospitaliers pour conserver

seulement douze laboratoires de biologie médicale de taille différente, soit mono-sites soit multi-sites. Leurs activités sont assez différentes. Enfin, la loi fait obligation de maintenir la démarche de qualité et notamment l'obligation d'accréditation des laboratoires.

Le D^r Rémy COUDERC confirme qu'un laboratoire de biologie médicale ne peut réaliser des examens qu'à condition d'être accrédité. L'accréditation doit correspondre à la norme ISO 15 189, reconnue au niveau international et adoptée dans la plupart des pays occidentaux. En France, le seul organisme accréditeur est le comité français d'accréditation (COFRAC).

La certification est une attestation de conformité. Selon cette procédure, l'organisme certificateur fournit une assurance écrite de conformité à des exigences par rapport à une norme ou un référentiel. Alors que l'accréditation est une reconnaissance de compétences par le COFRAC. Cette attestation est délivrée par une tierce partie reconnaissant la compétence à réaliser des activités spécifiques d'évaluation de la conformité.

L'accréditation concerne chaque examen rendu par les laboratoires à l'exception des examens innovants. Elle est plus coûteuse que la certification.

Le calendrier est prévu par la loi. L'entrée dans le processus d'accréditation doit être effectuée avant le 1^{er} novembre 2013. L'ensemble des laboratoires des groupes hospitaliers de l'AP-HP ont donc intégré ce processus. 50 % des examens devront être accrédités au 1^{er} novembre 2016, 70 % en 2018 et 100 % en 2020. L'ensemble des familles d'examens sont concernées, de la biochimie à l'hématologie, etc.

Les personnels des laboratoires de biologie sont impliqués dans l'accréditation, qu'il s'agisse des biologistes ou de l'ensemble des personnels de laboratoires. Sont également concernés les personnels des services cliniques, au titre de la phase préclinique et de la biologie délocalisée, c'est-à-dire les médecins, les cadres et les infirmières. S'y ajoute le président de la CME, responsable de la qualité et de la sécurité des soins, le directeur de l'Etablissement qui met à disposition des ressources, ainsi que le personnel des différentes directions.

Au niveau de l'AP-HP, un pilotage de la démarche a été mis en place dès 2010 au niveau central. Un comité de pilotage associant les professionnels de terrain a été créé. De nombreuses actions d'information et de sensibilisation ont été menées. Des audits croisés ont été réalisés. En septembre 2013, cette coordination a été renforcée avec la création d'un comité des responsables d'assurance qualité.

Un retour d'expérience a concerné la portée de l'accréditation, c'est-à-dire le pourcentage d'examens accrédités, les écarts de rapports à la norme et le coût de l'accréditation.

A l'instar des douze groupes hospitaliers, se sont douze laboratoires qui sont entrés dans la démarche. Les laboratoires des groupes hospitaliers hôpitaux universitaires est parisien (HUEP), hôpitaux universitaires paris sud (HUPS) et hôpitaux universitaires paris centre (HUPC) ont déjà reçu la visite du COFRAC. Pour HUEP, l'entrée dans la démarche d'accréditation remonte à plus de trois ans, avec une portée à 45 %, alors que les deux autres groupes hospitaliers viennent d'entrer dans la démarche le groupe hospitalier HUPS avec une portée à 26 % et 70 % pour HUPC.

En ce qui concerne les coûts, des évaluations ont été effectuées, notamment dans le rapport publié en juillet 2013 par la cour des comptes sur la biologie. Les coûts du COFRAC représentent 0,25 % à 0,50 % du chiffre d'affaires annuel. S'y ajoutent les coûts de la mise à niveau par rapport à la norme ISO 15 189 ainsi que des coûts non chiffrés qui correspondent au temps affecté par l'ensemble des acteurs.

L'analyse des coûts montre une concordance entre le rapport de la cour des comptes et le coût annuel porté par les groupes hospitaliers.

En conclusion, l'accréditation des laboratoires de biologie constitue une démarche obligatoire, structurante, transversale, qui fait appel à de nouveaux métiers. Elle est réalisée dans un calendrier contraint.

Il s'agit d'un levier managérial dont les principaux facteurs de réussite sont l'implication des personnels, la mise à disposition d'outils adaptés, en particulier informatique et le partage d'expériences balisé par le pilotage central.

Le D^r Anne GERVAIS constate que cette procédure va affecter fortement le temps médical et non médical, aussi bien dans les laboratoires que dans les services de soins. Le temps passé à remplir des procédures se substitue de plus en plus au temps soignant. Il reste à préciser si le système Orbis pourra être utilisé pour faciliter cette tâche.

Enfin, quel est le statut du COFRAC, s'appuie-t-il sur des consultants privés pour établir les accréditations ? Si oui quel en est le coût financier qui s'ajoute au coût du temps perdu par les personnels à répondre à ces accréditations ?

Le D^r Rémy COUDERC rappelle que cette réforme s'applique à tous. Les différents rapports rédigés sur la biologie ont émis des conclusions sur l'état de la discipline en France. On peut noter que le rattrapage qualité peut se révéler plus important dans certains laboratoires privés de petite taille qu'au sein des grands CHU.

Par ailleurs, les renseignements cliniques relatifs aux examens d'urgence et l'aide à l'interprétation du biologiste ne concernent, dans la pratique, que les examens spécialisés pour lesquels le biologiste spécialisé apporte une plus-value. Pour la prescription connectée l'outil informatique est nécessaire, qu'il y ait ou non une accréditation.

Le P^r Catherine BOILEAU confirme une lourdeur des processus d'accréditation au sein des laboratoires avec ce référentiel particulièrement exigeant. Il faut bien comprendre que cela ne concerne pas uniquement les biologistes, mais également les cliniciens, les personnels non médicaux et les directions des hôpitaux. S'il n'y a pas d'accréditation du laboratoire de biologie médicale, l'hôpital ne pourra pas être certifié.

Le P^r Jean-Philippe WOLF souligne que l'objectif de la réforme de la biologie consiste à limiter ses coûts. En France, la politique de santé vise à diminuer le nombre de petits laboratoires. L'augmentation des normes et des contraintes implique nécessairement le regroupement de structures.

Toutefois, la situation administrative devient inextricable. Les accréditations impliquent les COFRAC, des agences spécialisées comme l'agence de la biomédecine et l'agence régionale de santé. Les contrôles sont continuels et chronophages. Le recrutement de qualitatifs au sein des pôles est nécessaire pour répondre à la charge de travail liée au remplissage des formulaires car elles occupent des temps pleins de biologiste au détriment de la prise en charge des patients.

Le président rappelle que l'enveloppe fournie par l'ONDAM à l'AP-HP est fixe et tend même à baisser. Toutefois, il existe un risque certain à bloquer le système en créant des charges supplémentaires sans moyens pour assurer ces nouvelles missions.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ cite l'exemple d'un contrat européen qui a échoué dernièrement avec un industriel anglo-saxon, faute d'accréditation. Celui-ci est revenu à un laboratoire privé.

Le D^r Rémy COUDERC souligne que le COFRAC est un organisme accréditeur français obligatoire. Il ne s'agit pas d'une officine privée à but lucratif même si son statut est privé.

Le P^r Jean-Claude CAREL observe que cette démarche très contraignante s'applique aux structures de petite taille. Pour l'AP-HP, elle constitue un investissement important.

Le D^r Rémy COUDERC répond que l'accréditation deviendra prochainement obligatoire. Elle conditionnera la participation aux essais cliniques. Par ailleurs, cette démarche oblige à une réflexion sur les organisations en termes d'efficience et de qualité. L'expérience montre, pour des laboratoires de CHU déjà accrédités, que de lourds investissements sont nécessaires au démarrage. Toutefois, après deux ou trois ans, le retour s'avère positif, comme en témoigne le nombre de publications. Le temps consacré aux activités de biologie augmente.

Le D^r Martine MARCHAND estime que le regroupement des laboratoires est indispensable à la mutualisation des efforts. L'activité biologique est soumise à l'accréditation. Ce problème se pose à l'ensemble des services biologiques.

Le P^r Jean-Philippe WOLF estime nécessaire que les services de biologie, et notamment le service de biologie de la reproduction de l'hôpital Tenon, soit dénommés comme tels et rejoignent le pôle de biologie comme le stipule la circulaire BALLEREAU. A défaut, leur accréditation ne sera pas possible.

Le P^r Catherine BOILEAU confirme que les regroupements sont indispensables. Elle souhaite par ailleurs le développement de l'informatique afin de faciliter la prescription.

Le P^r Gérard REACH revient sur l'importance du dossier informatisé. Le remplissage manuel de formulaires prend du temps. En outre, il conviendrait d'automatiser la traçabilité des résultats voire même leur interprétation.

Le président s'interroge sur le libre accès des biologistes au dossier médical complet du patient, alors qu'il n'est pas nécessairement docteur en médecine. Cette question relève de préoccupations éthiques et déontologiques. En effet, sur le plan légal, l'accord du patient est nécessaire. L'informatique ne garantit pas entièrement le respect du secret médical et il demandera à la direction des affaires juridiques de se prononcer.

IV. Créances irrécouvrables de l'AP-HP

Le président présente M. Christian THALAMY qui est le directeur spécialisé des finances publiques pour l'AP-HP, et à ce titre relève du ministère en charge du Budget. Il vient faire une présentation sur les créances irrécouvrables qui mettent en jeu des sommes dont le niveau approche celui du déficit annuel de l'AP-HP.

M. Christian THALAMY, précise que la direction spécialisée des finances publiques (DSFP) pour l'AP-HP fait partie du réseau de la direction générale des finances publiques créée en 2008. Cette administration dépend du ministère des finances dont les 115 000 agents sont chargés d'encaisser les recettes de l'État, des collectivités territoriales, de régler leurs dépenses et de tenir leurs comptes.

L'AP-HP est un établissement public de santé régi par l'article R 6145-1 du code de la santé publique et le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. La directrice générale de l'AP-HP et, par délégation les directeurs des groupes hospitaliers, sont les ordonnateurs chargés d'engager les dépenses et d'émettre les titres de recette.

De son côté, le comptable public est chargé de payer les dépenses et d'encaisser les recettes de l'AP-HP. En outre, il doit établir, en lien avec la direction des finances de l'AP-HP, le compte financier soumis au conseil de surveillance, en application de la réglementation.

L'encaissement des recettes constitue une préoccupation majeure du comptable public, compte tenu de la situation financière déficitaire de l'AP-HP. Des marges de progrès importantes existent. Elles doivent être mises à profit pour contribuer aux investissements et, le cas échéant, au recrutement de personnel pour l'AP-HP

L'AP-HP, premier groupe hospitalier français, est quatre fois supérieur en taille aux hospices civils de Lyon. Chaque année, 3, 5 millions de titres de recette sont pris en charge pour encaissement. Quelque 680 000 factures sont réglées, soit 3 000 factures par jour. 10 000 marchés font l'objet d'un suivi. Chaque mois, 100 000 payes sont mises en œuvre. Cette volumétrie, unique, n'est pas sans poser d'énormes problèmes de gestion.

Dans le réseau de la direction générale des finances publiques, l'AP-HP et la DSFP ont la particularité d'utiliser un progiciel de gestion intégrée, intitulé NSI Gestion. Il s'agit du seul exemple en France de logiciel partagé entre le comptable et l'ordonnateur.

Concernant le recouvrement des créances sur particuliers, il s'agit principalement de frais de consultations externes à l'issue desquelles le patient peut effectuer son règlement au comptant à la caisse de l'hôpital .

Si le règlement n'est pas acquitté à l'issue de la dispensation des soins, la créance est transmise au comptable public. A noter que les frais de recouvrement ne sont pas à la charge de l'AP-HP mais de l'État.

L'émission d'un titre de recette effectuée par l'ordonnateur se traduit alors par l'envoi au patient d'un avis de somme à payer. (Volumétrie des ASAP au 1^{er} semestre 2013 : 450 000 traitements externes, 10 000 au titre des frais de séjour et 45 000 pour le forfait journalier). Pour qu'un ASAP ait une valeur juridique, il doit comporter un certain nombre d'informations réglementaires, c'est-à-dire le nom de l'ordonnateur, l'objet de la facturation, le montant à payer.

Si l'intéressé n'acquitte pas sa dette dans un délai de quarante-cinq jours, une lettre de relance est automatiquement adressée. A défaut de réaction du patient, une mise en demeure de payer lui est adressée dans un délai de 2 mois.

En absence de paiement, l'étape suivante : la procédure de recouvrement forcé est utilisée. Il s'agit d'adresser soit auprès de l'organisme bancaire du patient, ou auprès de son employeur, une opposition à tiers détenteur (O.T.D.), afin de saisir tout ou partie de la créance. Actuellement, ces procédures sont mises en œuvre de façon manuelle, l'automatisation de la procédure est en cours.

Dans le cadre de la procédure contentieuse, une saisie vente peut aussi être réalisée par un huissier du Trésor public si l'OTD a été inopérante.

Parmi les difficultés constatées dans le recouvrement des créances, il faut signaler le retour de près de 300 000 courriers non distribués qui sont renvoyés par La Poste. Cette situation tient à la mauvaise qualité des renseignements administratifs concernant le patient, recueillis au moment de l'inscription ou de l'admission à l'hôpital. La détention par le comptable d'informations administratives précises revêt donc une importance cruciale pour un recouvrement rapide.

Je rappelle que l'amélioration de la facturation constitue un programme prioritaire de l'AP-HP.

Par ailleurs, la mauvaise qualité des informations recueillies peut générer des contestations de la part du patient, lorsqu'il reçoit un ASAP. Dans ce cas, il convient de réinterroger l'hôpital concerné pour qu'il refacture au bon débiteur, ce qui suscite des allers retours » chronophages ». S'agissant des sommes inférieures à 30 €, le recouvrement forcé n'est pas admis par la réglementation. La créance devient rapidement irrécouvrable, car son montant ne constitue pas un véritable enjeu et elle doit être admise en non valeur, ce qui est une charge pour l'AP-HP.

La qualité des informations recueillies est donc primordiale pour le recouvrement de ces petites créances qui sont importantes en volume.

Par ailleurs, l'absence de couverture sociale engendre des créances importantes qui ne peuvent être recouvrées, le patient n'étant pas solvable. Il arrive néanmoins que des patients règlent régulièrement, selon un échéancier de paiement, de petites sommes pour des créances de montant très élevé, mais qui ne seront jamais soldées en totalité

Autre difficulté du recouvrement, les créances sur des ressortissants étrangers s'avèrent encore plus difficiles à recouvrer, puisque les pouvoirs de recouvrement du comptable s'arrêtent aux frontières de la République. Très souvent, les sommes - irrécouvrables - sont finalement admises en non-valeur. L'une des possibilités d'éviter ces pertes de recette consiste à effectuer une demande de provisions avant admission du patient. Il serait nécessaire que cette pratique soit généralisée à l'exception de situations d'urgence. Cette politique qui se développe au sein de l'AP-HP s'avère très positive.

Il faut savoir qu'une créance facturée n'est pas une créance recouvrée, ce qui a été dit précédemment l'illustre parfaitement. En 2012, 35 millions € de créances ont été admis en non-valeur (ANV). Il est donc indispensable d'améliorer le recouvrement des créances afin de diminuer le montant des ANV.

Au total, la marge de progrès dans le recouvrement est considérable. Pour y parvenir, il faut une mobilisation de tous les acteurs : les praticiens par un codage exhaustif et rigoureux des actes, un recueil en amont, au moment de l'inscription du patient, d'informations administratives de qualité indispensables pour un recouvrement rapide et un outil de gestion performant.

Le président observe que le travail effectué retentit sur la capacité d'investissement de l'AP-HP. En 2012, 81,5 M€ ont été provisionnés pour des créances douteuses. La même année, 35 M€ ont été inscrits en non-valeur. Des précisions sur ces deux points seraient nécessaires.

M. Christian THALAMY explique que la somme de 35 millions d'euros correspond à des charges. Celles-ci sont quasiment irrécouvrables, le recouvrement sur des créances admises en non valeur existe, mais il reste marginal. Ce montant de créances a été présenté à l'ordonnateur qui a accepté sa sortie des comptes et son admission en non valeur. Dans le cadre de la certification des comptes, les créances admises en non valeur feront l'objet d'une attention particulière de la part du certificateur.

En effet, la sincérité des comptes exige que les créances figurant dans les comptes soient des créances recouvrables. Conserver dans les comptes des créances dont on sait qu'elles ne sont pas ou plus recouvrables, constitue une information financière erronée, qui peut être très préjudiciable à l'EPS.

Ces sommes doivent donc être provisionnées dans un premier temps, car on sait qu'il y a un risque de non recouvrement et ensuite admises en non valeur quand on a la certitude qu'elles sont irrécouvrables, car le débiteur est insolvable ou n'a pas pu être identifié, faute de renseignements administratifs précis.

Le comptable doit être particulièrement vigilant quant au provisionnement de ces sommes, qui est aussi un élément fondamental de la sincérité des comptes. Il s'agit d'un principe comptable de précaution.

En cas d'insincérité des comptes, il pourrait en résulter de graves conséquences pour l'AP-HP, notamment en matière de financement, les marchés financiers pourraient exiger des taux d'intérêt plus élevés.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que l'AP-HP a effectué des progrès considérables depuis quelques années. En ce qui concerne la notion de secret médical, les relances peuvent y porter atteinte. Il peut ainsi arriver qu'une adolescente consulte le planning familial dans un hôpital de manière anonyme et gratuite puis qu'une facture parvienne ensuite par erreur à ses parents pour le règlement de l'examen biologique lié à cette consultation.

Le D^r Anne GERVAIS souhaite connaître la proportion des créances de montant modeste, inférieur à 30 euros, parmi l'ensemble des recouvrements.

M. Christian THALAMY indique que le système d'information ne permet pas actuellement de fournir des données relatives à une répartition des créances en fonction de leur montant. Cependant, les petites créances correspondent à une volumétrie importante, c'est pourquoi le développement du règlement au comptant immédiatement après les soins est indispensable pour ces petites créances.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que l'AP-HP ne peut refuser la prise en charge de patients étrangers. Or dans certains pays, les sommes dues à la France correspondent à des dizaines de millions d'euros. L'AP-HP se trouve dans l'impuissance alors que les sommes non recouvrées sont importantes.

M. Christian THALAMY indique que des contacts sont noués régulièrement avec le Quai d'Orsay au sujet des créances des ambassades. Le ministère intervient alors auprès des ambassades pour leur rappeler leurs dettes.

Par ailleurs, pour éviter d'accumuler des créances difficilement, voire non recouvrables, en dehors des cas d'urgence avérés, il est nécessaire de développer avec les organismes d'assurance étrangers ou les états des conventions incluant le versement de provisions avant admission de patients. Un modèle de convention susceptible d'être signé par des états a ainsi été élaboré en 2013 avec les services de l'AP-HP.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que l'arrivée de migrants sanitaires peut nécessiter des actes immédiats de chirurgie lourde. En cas de décès, les urgences doivent assumer des responsabilités médico-légales. Or le recouvrement des créances se heurte ensuite à une certaine lenteur administrative. Des contacts devraient être pris auprès des ambassades ou avec le système de sécurité sociale des patients. Il semble qu'aucune avancée rapide n'ait lieu alors que les contraintes économiques demandées aux établissements sont importantes.

Le P^r Paul LEGMANN souhaite des précisions sur la dette globale liée aux créances non recouvrables et sur la possibilité éventuelle qu'elles tombent dans l'oubli.

M. Christian THALAMY répond qu'une créance peut être recouvrée dans un délai de quatre ans à condition que le comptable ait effectué l'ensemble des démarches. Celles-ci visent à éviter la prescription de la créance. Néanmoins, ce travail est très lourd quand les informations dont dispose le comptable sont insuffisantes ou de médiocre qualité pour un recouvrement rapide.

Le P^r Bernard GRANGER demande s'il est prévu de développer la possibilité de régler des créances par Internet.

M. Christian THALAMY répond qu'il existe actuellement un encaissement par téléphone à la DSFP-APHP et que l'encaissement par internet est prévu. La direction générale des finances publiques utilise un tel système appliqué aux collectivités locales (TIPI : paiement de titres par internet). Celui-ci permet le règlement par Internet. Toutefois, l'AP-HP possède un autre système d'information que celui qu'utilisent les collectivités locales, ce qui nécessite pour la mise en œuvre de TIPI à l'AP-HP des développements afin d'assurer la liaison entre les 2 logiciels. Ce système permettrait d'améliorer le recouvrement des petites créances. Il devrait être opérationnel en 2014. Il existe tant du côté de l'ordonnateur que du côté du comptable une volonté forte d'aboutir.

Le P^r Béatrice CRICKX demande si, dans le cadre des discussions menées avec les ambassades, il existe des possibilités d'assouplir le système. Lorsqu'une somme est versée à l'hôpital, celle-ci peut uniquement être utilisée pour une hospitalisation alors qu'elle pourrait servir pour les consultations de jour ou le séjour d'un patient dans un hôtel proche de l'établissement hospitalier.

M. Christian THALAMY répond que cette question pourra être étudiée dans le cadre de la signature de conventions.

Le D^r Julie PELTIER regrette que les caisses des traitements externes soient fermées trop tôt ou se trouvent trop éloignées de la consultation et découragent ainsi les patients de payer dès la sortie de consultation. Comme on vient de le voir, le retard de paiement suscite des surcoûts, notamment liés à l'envoi de lettres de relance et à la perte d'adresses. Des progrès pourraient être effectués dans l'encaissement direct de la consultation.

Le P^r Thierry BÉGUÉ demande si les sommes placées en non-valeur restent opposables à la personne et souhaite connaître la part des créances que l'AP-HP ne parvient pas à récupérer de la part de patients étrangers.

M. Christian THALAMY répond que les créances sur ressortissants étrangers admises en non-valeur sont de trois types. Elles comprennent la part des particuliers étrangers, la part des organismes de sécurité sociale étrangers et la part des ambassades.

Dans le cadre des accords bilatéraux de sécurité sociale entre la France et un état étranger ou dans le cadre de l'UE, des remboursements sont prévus entre caisses de sécurité sociale pour les créances sur les organismes de sécurité sociale de l'État lié par un tel accord. Toutefois, il arrive qu'une caisse étrangère fournisse une autorisation pour que des patients puissent bénéficier de soins en France, mais refuse ou conteste ensuite le montant de la prise en charge. Des retards en résultent pour le règlement des créances. Il convient de bien identifier, parmi les créances irrécouvrables, les montants dus par les organismes des montants dus par les particuliers étrangers, le recouvrement sur des organismes étrangers étant plus facile néanmoins que sur les particuliers.

Un groupe de travail a été créé par le ministère des finances, le ministère de la santé et le ministère des affaires étrangères au sujet des créances sur les étrangers. Il tente d'organiser des actions auprès des organismes de sécurité sociale étrangers pour le recouvrement des créances des organismes français.

M. Guy BENOÎT souhaite savoir d'une part si la situation s'améliore ou se dégrade par rapport aux années passées et, d'autre part, si le système NSI Gestion ne facilite pas les démarches de recouvrement dans quel délai l'amélioration pourrait intervenir.

M. Christian THALAMY répond que le développement du système NSI a suscité de nombreuses difficultés au démarrage, mais il pense que cet instrument puissant permettra de nombreuses restitutions et un recouvrement plus rapide des créances. Il n'est toutefois pas encore complètement opérationnel pour le recouvrement. A la fin de l'année, les oppositions à tiers détenteur devraient être automatisées. Leur nombre devrait être ainsi multiplié au moins par dix ou vingt.

La mobilisation des établissements hospitaliers de l'AP-HP est importante. En 2012, les plis non distribuables (PND) étaient d'environ 300 000. Au premier semestre 2013, ceux-ci ont chuté de 47 % par rapport au premier semestre 2012. Des efforts sont réalisés pour la collecte des adresses et des circuits sont mis en place dans les hôpitaux. Si la tendance se confirme au deuxième semestre 2013, un grand pas aura été fait, ce qui facilitera le recouvrement.

Le D^r Martine MARCHAND observe que les erreurs de saisie des données nominatives ont un impact.

M. Christian THALAMY répond que la consultation des fichiers de la sécurité sociale est possible dans les hôpitaux au moyen de l'outil CDR. Cependant, cette possibilité n'est pas toujours utilisée par les hôpitaux, même si des progrès sont effectués par l'AP-HP. Elle permet de savoir si le patient a des droits à la sécurité sociale ouverts et donc de facturer au bon débiteur et d'éviter ainsi des contestations, des échanges administratifs inutiles entre la DSFP-APHP et les hôpitaux.

V. Prévention des fugues chez les patients hospitalisés atteints de troubles cognitifs : propositions du groupe de travail

Le président rappelle le dramatique accident survenu à l'hôpital Sainte-Périne l'hiver dernier. Une patiente âgée de 90 ans, sortie dans le parc vers 20h, s'était égarée et avait été retrouvée morte dans la neige le lendemain. Ce genre d'événement indésirable grave (EIG) doit émouvoir et mobiliser notre communauté médicale, paramédicale, technique et administrative. Une commission de réflexion et d'enquête s'est réunie à propos de cet accident sous la présidence du P^f Yves DE PROST, consultant et ancien président de la CME.

Le P^f Yves DE PROST présente les conclusions et les recommandations du groupe de travail qui s'est réuni à la suite de cet accident. Lors d'une première étape, une médiation avait été instaurée avec la famille. Une enquête a ensuite été réalisée par le service de l'audit de l'AP-HP. La mission confiée au groupe de travail par la secrétaire générale M^{me} Monique RICOMES consistait à étendre la réflexion, au-delà de l'hôpital Sainte-Périne, à d'autres établissements afin de prévenir ces fugues et d'optimiser la recherche de ces patients. Par ailleurs, le général Jean-Michel OLIVIERI assurait la coordination d'un groupe technique.

Le groupe de travail comprenait deux membres de la CME, le P^f Christian RICHARD et le D^r Georges SEBBANE, ainsi que des gériatres, un directeur d'hôpital gériatrique, Philippe LEROUX, et les représentants de diverses commissions.

La notion de fugue prend une importance considérable au sein des hôpitaux et des maisons de retraite. Le ministère de la santé lance actuellement une réflexion à ce sujet. La fugue consiste à quitter une unité d'hospitalisation à l'insu du personnel. Il peut s'agir d'un événement anodin se limitant à la tentative de franchir un portail. Dans ce cas, les patients sont interceptés par le personnel de l'hôpital. Il arrive également que des patients se perdent dans le parc ou les jardins. Par ailleurs, des événements indésirables graves peuvent se produire. Cinq décès liés à des fugues ont été recensés au cours des cinq dernières années.

Les fugues ne concernent pas uniquement les hôpitaux gériatriques, les séjours de longue durée ou les soins de suite et de réadaptation. Sont également concernés l'aval des urgences, les urgences, les services de médecine interne, de rhumatologie ou d'hématologie. Ceux-ci accueillent de plus en plus des personnes très âgées victimes de problèmes de désorientation temporo-spatiale importants.

L'état des lieux de ces fugues s'avère très difficile. Le service de recherche des patients hospitalisés, qui dépend du département des droits du patient, a recensé quelque 12 000 cas en 2012. Le système Osiris, pour sa part, a permis de comptabiliser 2 689 cas. Les données sont donc très différentes car le logiciel Osiris comptabilise également les patients qui sortent contre avis médical, il faut donc que ce logiciel évolue.

Une proposition est donc exprimée afin que ces fugues fassent l'objet d'un meilleur recensement. Il est également souhaitable que des fiches standardisées de signalement soient transmises en parallèle à l'actualisation des mémentos destinés à l'administrateur de garde.

La prévention repose notamment sur le diagnostic réalisé en amont auprès de patients qui risquent de fuguer. Il s'agit de personnes pouvant être atteintes d'une désorientation temporo-spatiale, de pathologies comme la maladie d'Alzheimer et les formes apparentées, de syndromes confusionnels liés à une anomalie métabolique, d'hallucinations, de syndromes délirants ou d'une dépression majeure.

Les conditions dans lesquelles un acte de fugue peut être redouté sont :

- des antécédents de fugue à domicile ;
- le caractère récent de l'hospitalisation ;
- la verbalisation évoquant une envie de fugue ;
- les troubles du comportement, comme la déambulation.

La présence d'un seul élément suffit pour que soit mise en place une démarche de prévention. Ces mesures sont variables. Le recueil d'informations doit être le plus efficace possible. Les patients concernés par le risque de fugue doivent être identifiés. Il convient de vérifier que l'unité dans laquelle ils sont accueillis est sécurisée. Toute limitation de déplacement et toute contention doit faire l'objet d'une prescription médicale. Celle-ci doit être associée à une information vis-à-vis des familles. Une lettre-type doit permettre de prévenir celles-ci. Une réévaluation régulière des cas doit être mise en œuvre. Une traçabilité est indispensable.

Les moyens à déployer sont :

- les ressources du service, dans lequel les soignants ont tout leur rôle à jouer ;
- les différents types de contention ;
- le bracelet électronique ;
- des parcours de déambulation quand cela s'avère possible ;
- des dispositifs de surveillance ;
- la sécurisation des accès.

Lorsqu'un patient n'est pas retrouvé dans sa chambre, l'organisation des recherches est très importante. Elle dépend de la configuration de l'hôpital, de la présence ou non d'un parc et des éclairages.

Dans le cas d'une disparition, la responsabilité administrative ou individuelle, celle d'un médecin ou d'un membre du personnel, constitue un enjeu juridique. Il est très rare que les fugues donnent lieu à des réclamations. Au sein du département des affaires juridiques, dix dossiers sont concernés. Trois dossiers ont fait l'objet d'un vaste écho médiatique, tel le cas survenu à l'hôpital Sainte-Périne. La traçabilité des dossiers est un enjeu majeur.

Il serait également nécessaire de revoir la jurisprudence et de s'intéresser à la notion de prévisibilité ainsi qu'à l'organisation matérielle du service.

Sur le plan éthique, le recours à une action de contention suscite des dilemmes. Il convient tout à la fois de garantir la sécurité des patients et de respecter leur liberté. Une réflexion éthique s'impose. Les décisions prises doivent être personnalisées, régulièrement remises à jour et faire l'objet d'une traçabilité. Les familles doivent être averties du processus. Certaines mesures de contention, aussi nécessaires soient-elles, doivent demeurer des mesures d'exception.

L'évaluation et la diffusion constituent des enjeux essentiels. Il est important que les recommandations élaborées au sein du groupe de travail soient transmises à l'ensemble des sites et prises en compte sur le terrain. Les hôpitaux gériatriques ont déjà engagés des démarches et ne sont pas les seuls établissements concernés. Chaque site est incité à constituer un groupe interdisciplinaire comprenant notamment un représentant de la CMEL et des représentants des comités d'éthique locaux. La démarche peut être annuelle.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle qu'en gériatrie, différentes démarches ont été mises en œuvre comme les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) fugue et les EPP contention. Au sein de l'AP-HP, il existe des groupes éthiques consacrés à la maladie d'Alzheimer. Pour certains patients, le risque de fugue est particulièrement élevé. Or les portes sécurisées et l'ajout de grillages dans les jardins coûtent cher. La communication vis-à-vis des familles est fondamentale. Celles-ci sont prévenues que le risque de fugue n'est pas nul.

Le P^r Gérard REACH souligne que certaines fugues sont « à risque ». A l'hôpital Sainte-Perine, c'est une femme âgée qui est décédée durant l'hiver. Une fugue peut avoir des conséquences dramatiques pour certaines personnes. Durant certaines périodes de l'année, la vigilance doit être accrue.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que les patients psychiatriques posent d'importantes difficultés aux services des urgences. Les locaux sont souvent exigus et le manque de lits d'aval pose problème alors qu'au-delà de l'âge de soixante-quinze ans, les patients sont hospitalisés dans 80 % des cas.

Les contentions réalisées avec un système magnétique constituent un système efficace, notamment vis-à-vis des patients présentant un état maniaque ou un état d'ivresse aigu, mais les moyens restent insuffisants. Enfin, le lien avec la police nationale est souvent mis en œuvre avec retard. Les soignants peuvent être enclins à penser que cet appel les dédouane d'une certaine responsabilité médico-légale, ce qui n'est pas exact. Toutefois, les différentes jurisprudences rendues au sujet de cas de fugue montrent que jamais un hôpital n'a été tenu pour responsable. Le principe prévaut qu'un hôpital n'est pas une prison.

Le P^r Yves DE PROST précise que les problèmes psychiatriques restaient hors du champ de la réflexion du groupe de travail. Ce rapport concernait prioritairement les personnes âgées et visait à uniformiser les recommandations émises au sein de l'AP-HP. De fait, la majorité des recommandations ont été cernées grâce à la présence de gériatres au sein du groupe de travail.

Le président demande si ce rapport fera l'objet d'une diffusion hors de l'AP-HP et s'il est souhaitable qu'il soit rendu public.

Le P^r Yves DE PROST répond que ce rapport appartient à l'AP-HP. Le ministère des personnes âgées exprime toute sa préoccupation vis-à-vis de ce problème et incitera peut-être à la diffusion du document.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que les conclusions du travail ont été communiquées au ministère. Lors du lancement de l'enquête à l'hôpital Sainte-Périne, le ministère a souhaité qu'une réflexion globale soit menée sur la sécurité des sites accueillant des personnes âgées. L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris s'est déclarée prête à constituer un site expérimentateur au cas où des initiatives seraient lancées au niveau national.

Le président indique que ce rapport sera placé sur le site internet de la CME.

Le D^r Olivier HENRY estime qu'il ne sera pas possible de faire l'économie des bracelets électroniques, qu'ils soient munis ou non d'un système GPS. L'institution doit constituer un site expérimentateur au cas où des initiatives seraient lancées au niveau national.

Par ailleurs, il arrive que des fugues se produisent à l'intérieur de l'hôpital. L'année dernière, deux accidents ont eu lieu dans des locaux techniques, les patients ayant ingéré des produits toxiques.

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que le risque se pose également en pédiatrie, vis-à-vis des patients les plus jeunes mais aussi des enfants atteints de troubles cognitifs et des adolescents.

VI. Agenda et méthode pour la révision des effectifs 2014 des praticiens hospitaliers (PH)

Le président rappelle que la révision des effectifs de PH se déroule chaque année à l'automne au sein de la CME centrale. Cette révision sera orchestrée par la direction médico-administrative représentée par M. Jérôme HUBIN et par la CME, représentée par la sous-commission du temps et des effectifs médicaux (sCTEM), dont le président est le P^r Thierry BÉGUÉ et dont la vice-présidente est le D^r Sophie CROZIER.

M. Jérôme HUBIN rappelle que la méthode de travail consiste à analyser l'ensemble des demandes de PH reçues. L'analyse est conduite en fonction de trois grandes séquences.

Une analyse très fine est réalisée pour chaque demande par un groupe restreint, entre la fin du mois de septembre et le début du mois de novembre. Cette année, les présidents de CME locales et les présidents des CTEM locales sont conviés aux réunions de travail en groupe restreint. Celles-ci permettent un pré-classement.

Par la suite, deux réunions du bureau de la CME, élargi aux membres de la CTEM, sont prévues en novembre. L'objectif consiste à établir un pré-classement définitif.

Dans un troisième temps, un classement définitif des demandes retenues ou écartées est opéré durant la réunion de la CME de décembre.

À l'heure actuelle, 424 demandes de postes de PH ont été reçues contre 348 demandes l'an passé. L'augmentation majeure porte sur les demandes de maintien de postes de PH à temps plein. Cette situation est principalement due à une augmentation des départs à la retraite. Du fait des prolongations d'activité, le pic des départs liés au papy-boom subit un léger décalage. En outre, le nombre de départs du fait de mutations, de démissions ou de détachements a augmenté aussi entraînant du même coup une augmentation des demandes de maintien de postes de PH à temps plein.

Il est proposé que la discipline anesthésie-réanimation fasse l'objet d'une réflexion parallèle. En effet, une importante partie des demandes, dans ce domaine, concerne des maintiens de postes. Or, du fait d'une situation démographique très défavorable, beaucoup de postes ne trouvent pas de

candidats. Depuis plusieurs années et afin de protéger ces postes de PH, une analyse particulière des demandes de postes faites pour l'anesthésie-réanimation est menée directement avec la collégiale. Les résultats de cette analyse seront présentés au bureau élargi de la CME et à la CME de décembre

Les critères spécifiques figurant dans la note de cadrage concernant l'analyse des postes et la situation globale du groupe hospitalier demandeur.

Le président rappelle que la procédure adoptée reste similaire à celle qui avait été mise en place l'an dernier. Toutefois, le groupe restreint aura un échange direct avec les groupes hospitaliers, représentés par les présidents de CME locales et les présidents des s-CTEM locales.

Les demandes exprimées à l'issue de la promotion hospitalo-universitaire d'un PH et la question de l'ancienneté soulèvent le plus de difficultés.

Le P^r Thierry BÉGUÉ indique que des modes de fonctionnement ont été mis au point en collaboration avec les présidents de CME locales. Toutes les demandes seront examinées. La hiérarchie tiendra compte des files actives de patients. Le principe consiste à conserver au minimum, pour un poste de PH, deux ans de fonctions en responsabilité. Les arguments des présidents de CMEL seront également entendus. La promotion à l'extérieur de l'institution, notamment en province, sera considérée avec bienveillance.

Le président rappelle que la révision est fortement contrainte ; donnant lieu chaque année à une contribution à l'efficacité de l'AP-HP.

Le P^r Thierry BÉGUÉ répond que le siège a sollicité les collégiales d'une double manière. D'une part, celles-ci ont été informées en avril-mai de la nécessité d'un rapprochement avec les groupes hospitaliers pour l'étude des demandes relatives à leur discipline, avant leur transmission au siège. D'autre part, des rencontres sont à nouveau organisées avec les présidents de collégiale en septembre. Il s'agit de recueillir leurs positions quant aux demandes de postes.

Le P^r Benoît SCHLEMMER souligne que les doyens ne contestent pas le principe de la remise dans un pot commun des emplois libérés. Ils souhaitent néanmoins attirer l'attention de la CME sur le problème posé par la perte d'un emploi de PH dans un service ayant la chance de voir ses effectifs hospitalo-universitaires s'accroître. En cas de promotion d'un PH, la perte de cet emploi aboutit au renforcement de la stature universitaire du service.

Les propositions des conseils de gestion, conçues en étroite relation avec l'AP-HP et les présidents de CMEL, ont pour objectif d'accroître la dimension universitaire de certaines équipes. Or celles-ci sont immédiatement obérées par la perte d'un emploi PH.

Le groupe de la CME a l'intention d'étudier la situation des nominations de PH de l'AP-HP dans des UFR extérieures à l'Ile-de-France. Ce sujet constitue un véritable enjeu et risque d'opposer les acteurs hospitaliers. Les arguments universitaires exprimés en faveur d'un maintien de postes doivent être entendus. Certaines équipes sont peu étoffées. La nomination universitaire d'un PH risque de les affaiblir, ce qui constituerait une aberration. Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que ce sujet est déterminant pour la stature universitaire des équipes.

Le président rappelle que la révision est contingentée. Elle donne lieu chaque année à une contribution de l'AP-HP.

Le P^r Ariane MALLAT se réjouit que le groupe de travail sur les effectifs médicaux souhaite revoir la politique de suppression systématique des postes de PH libérés par promotion universitaire y compris à l'extérieur de l'institution. Elle revient également sur la diminution de masse salariale

des PH qui a été demandée au GH l'an passé au titre du plan d'efficience de l'AP-HP et demande des précisions sur le niveau de la contribution pour la révision en cours et la méthode adoptée.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, annonce qu'une réunion associera bientôt le président de la CME, les présidents de CMEL, les directeurs de groupes hospitaliers et la direction générale pour fixer la méthodologie qui doit aborder le sujet de manière pluri-annuelle. Des précisions seront fournies sur les modalités du cadrage financier, selon une méthode la plus équitable possible.

Le président rappelle que la contribution de la révision des effectifs à l'efficience a lieu en anticipation de l'EPRD de l'année suivante, selon un exercice difficile. La loi ne concède aucune responsabilité à la CME en matière de révision des effectifs. Tant que la loi n'aura pas évolué, celle-ci relève de la responsabilité de la directrice générale qui accepte de prendre l'avis du président de la CME. Elle en dispose ensuite.

Le D^r Alain FAYE souligne que le syndicat de chirurgiens, chargé de recenser les demandes, y a procédé avec une certaine avance. Dès le second trimestre, celles-ci ont été classées. En ce qui concerne la chirurgie, une diminution de 35 % des demandes de postes de PH à temps plein est observée. Dans certaines spécialités comme l'urologie, aucun poste n'est requis pour l'ensemble de l'AP-HP. Pour les treize spécialités, le seuil reste inférieur à trente demandes. En orthopédie, des MCU et PH à temps plein sollicitent des temps partiels.

Le D^r Martine MARCHAND rappelle que la révision des effectifs sur les postes créés constitue un système de vases communicants. Il est affirmé que les établissements assurent un financement sur fonds propre. Or celui-ci n'existe pas. Il serait souhaitable que les établissements puissent prouver qu'ils recourent à un autofinancement.

M. Jérôme HUBIN répond que le financement proposé fait l'objet d'une vérification auprès des groupes hospitaliers au mois de janvier. Cette vérification porte sur la réalité des gages budgétaires proposés pour financer les postes de PH demandés. Sont ainsi vérifiés : l'inscription et la disponibilité des autorisations de dépenses au TPER du GH proposées en contrepartie de postes de PH ainsi que le respect du TPER.

Le président rappelle que les demi-journées constituent la monnaie d'échange courante à l'AP-HP. Les praticiens attachés en sont les victimes. Le corps médical de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris évolue vers la titularisation.

Le P^r Paul LEGMANN rappelle qu'en cas de promotion hospitalo-universitaire hors de l'AP-HP, la commission considérera avec bienveillance le maintien d'un poste de PH. Cette situation pourrait, dans certains cas, être appliquée aux promotions au sein de l'AP-HP. Dans le cadre d'une promotion universitaire au sein d'un service d'un PH, certaines facultés procèdent également au retrait d'un poste de chef de clinique, ce qui représente un coût élevé au sein d'un même service. Cet élément doit être pris en compte en cas de promotion universitaire, que celle-ci lieu à l'extérieur ou à l'intérieur de l'AP-HP.

Le P^r Gérard REACH estime important de donner du poids aux collégiales. Des membres de la CME ont été élus sur le fondement de leur statut de président d'une collégiale.

Le P^r Noël GARABÉDIAN souligne que l'avenir des jeunes chirurgiens est un sujet qui préoccupe les chirurgiens de la CME. A l'issue de la CME les jeunes collègues internes ainsi que des jeunes chefs sont invités à une réunion portant sur l'attractivité des filières chirurgicales à l'Assistance Publique.

Le D^r Anne GERVAIS souligne qu'un PH n'effectue jamais 24 plages de consultation ou de bloc opératoire en une semaine.

VII. Mise en place d'un groupe CME *ad hoc* sur la charte informatique de l'AP-HP

Le P^r Michel ZÉRAH rappelle que le système informatique est devenu un outil vital, indispensable et sensible. A l'heure actuelle, 15 milliards d'objets connectés sont recensés. Ceux-ci devraient avoisiner le niveau de 80 milliards à l'issue du plan stratégique et plus de 100 milliards d'ici dix ans. Ces appareils sont connectés et communiquent entre eux. En outre, le secret informatique n'existe quasiment plus.

Les entreprises publiques et privées disposent d'une charte informatique. Il ne s'agit pas d'une obligation légale mais d'une recommandation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) « *afin de sensibiliser les salariés aux exigences de sécurité et d'attirer leur attention sur certains comportements susceptibles de porter atteinte à l'intérêt collectif de l'entreprise* », c'est-à-dire l'intérêt des salariés, la sécurité et l'intérêt de l'entreprise.

Le préambule de la charte de l'INSERM constitue un code de bonne pratique. Il a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs en accord avec la législation « *afin d'instaurer un usage correct des ressources informatiques et des services Internet en respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur, avec des règles minimales de courtoisie et de respect d'autrui* ».

A l'opposé, une charte peut être beaucoup plus répressive, telle la charte adoptée par une entreprise de sécurité informatique. Elle vise à « *limiter les responsabilités pénales et civiles des entreprises et certaines obligations légales, en particulier lorsque des données personnelles sont recueillies sur les salariés* ».

La proposition de texte conçue pour l'AP-HP vise à sensibiliser aux responsabilités et à protéger l'organisation.

Au sein de l'AP-HP, des mesures spécifiques sont nécessaires. En effet, les données manipulées sont spécifiques. Les besoins de confidentialité, d'intégrité et de pérennité y sont particulièrement importants. Enfin, des conflits réels peuvent survenir entre l'institution et les impératifs liés au secret médical. Ces dispositions font partie de la loi informatique et liberté.

Le contenu d'un ordinateur, y compris les mails, appartient à l'entreprise à moins que le salarié n'y crée un dossier personnel. Dans ce cas, l'entreprise ne peut y accéder sans l'accord du collaborateur. La charte informatique dépasse le champ d'Internet et le système de messagerie.

Un groupe *ad hoc* sera mis en place, fondé sur une lettre de mission du président. Le texte mis au point sera validé et publié. Restera à savoir si cette charte fera l'objet d'une simple diffusion ou d'une signature de chacun.

Le président rappelle que qu'un projet de charte informatique avait déjà été proposé lors de la mandature précédente. Elle n'avait finalement pas abouti, car la CME s'était élevée contre ce projet qui ne prenait pas correctement en compte les contraintes médicales.

Le P^r Bernard GRANGER estime que le projet de charte proposé voici deux ans était trop restrictif. Il ne respectait pas un certain nombre de principes, comme le secret médical, l'indépendance professionnelle, les libertés syndicales ainsi que la liberté académique des universitaires.

Il était ainsi possible, pour l'AP-HP, d'obtenir qu'une boîte mail soit neutralisée au cas où la sécurité serait mise en cause, ce qui a pu donner lieu à des abus. Par ailleurs, cette charte demandait qu'aucune critique de l'AP-HP ne soit exprimée, ce qui contredit le principe de liberté académique.

Il est nécessaire que le nouveau projet tienne compte de ces spécificités. La charte informatique de l'Université Paris-Descartes, par exemple, est plus courte et respecte les libertés fondamentales.

Le D^r Martine MARCHAND constate que la commission informatique n'a jamais été réunie, elle souhaite savoir si elle se réunira prochainement.

Le P^r Béatrice CRICKX observe que l'accent devrait être mis sur la charte relative au droit à l'image, destinée à assurer la protection de documents tels que les photographies de patients et des clichés de scanner.

Le P^r Michel ZÉRAH répond que cet aspect est inclus.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ constate que le portail de l'AP-HP ne mentionne pas les médecins de l'institution s'ils ne proposent pas de consultations. Ce problème a déjà été signalé et doit être impérativement et rapidement résolu car de nombreux médecins restent inconnus dans notre institution et ne peuvent être contactés de l'extérieur.

Le président convient que cette situation est totalement inacceptable.

VIII. Adoption du compte rendu de la réunion du 11 juin 2013

Le compte rendu de la réunion du 11 juin 2013 est adopté à l'unanimité.

IX. Questions diverses

Le D^r Martine MARCHAND constate qu'elle est la seule représentante de la CME à l'AGOSPAP avec une suppléante. Or il existe deux postes de titulaires.

Le président demande à M. Jean-Michel DIÉBOLT d'examiner cette question.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la violence aux urgences fait la manchette de l'actualité. Il est question de réactiver les conventions lancées en 2004 par le ministre de l'intérieur, entre les forces de police et de gendarmerie et les services d'urgence.

Or le recrutement de vigiles ne constitue pas une solution à un problème aussi complexe. Les services ayant subi des violences en étaient d'ailleurs dotés.

Par ailleurs, l'attribution du marché relatif au logiciel permettant la régulation du SAMU pose question. Le système CARMEN, censé permettre la liaison entre la téléphonie et l'informatique, est inopérant. Il a été dénoncé comme tel par le SAMU 93. La société concernée accepterait la réactualisation du système mais le devis proposé serait important.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES répond que les conventions de 2004 seront réactivées. Cette fois, les protocoles associeront l'hôpital, la police et la justice. Cette question fera l'objet d'une présentation à la CME.

Le logiciel CARMEN fait l'objet d'un audit demandé par l'AP-HP et qui sera présenté à l'agence régionale de santé. L'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) se préoccupe pour sa part d'un système informatique national permettant des régulations sécurisées.

En l'absence de questions diverses supplémentaires, la séance est levée à 12 heures 10.

* *

*

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

mardi 8 octobre 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 25 septembre 2013 à 16 heures 30