

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 11 JANVIER 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 MARS 2011**

## SOMMAIRE

I. Information du président de la CME	5
II. Information de la Directrice générale, présentation des conférences stratégiques et budgétaires	8
III. Bilan social 2009	12
IV. Présentation du nouveau système d'information	17
V. Point d'information sur les dépenses liées à la permanence des soins	22
VI. Présentation des thématiques prioritaires pour 2011	24
VII. Avis sur des contrats d'activité libérale	25
VIII. Approbation du compte rendu de la séance du 16 novembre 2010	25
IX. Questions diverses	25

**ORDRE DU JOUR**  
**de la CME du mardi 11 janvier 2011**  
**(Salle des instances)**

-----

**SEANCE PLENIERE**

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Information de la Directrice générale, présentation des conférences stratégiques et budgétaires (*Mme Faugère*)
- 3- Le bilan social 2009 (*Mme Ricomes - M. Hubin*)
- 4- Présentation du nouveau système d'information (*M. Lepage*)
- 5- Point d'information sur les dépenses liées à la permanence des soins (*Pr Coriat - Pr Cheron*)
- 6- Présentation des thématiques prioritaires pour 2011 (*S. Veil*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 16 novembre 2010
- 9- Questions diverses.

**SEANCE RESTREINTE**

**Composition C**

Avis sur les demandes de nomination en qualité de chefs de pôle à titre provisoire  
Avis sur les demandes de nomination en qualité de chefs de service à titre provisoire  
Avis sur la demande de mutation interne d'un praticien hospitalier.

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- Mme DESOUCHES, médecin de l'Agence Régionale de Santé,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- Mme le Pr AIACH
- M. le Pr BERCHE
- M. le Pr SCHLEMMER

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- M. BURDET, directeur adjoint des Ressources Humaines,
- M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
- M. MORIN, directeur des Affaires Juridiques,
- M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
- Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  
- Mme BLUM BOISGARD, chargée de mission auprès de la directrice générale,
- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,
- M. PINSON, direction de la politique médicale.

• ***membres excusés :***

- M. le Pr DOUARD, M. le Pr SINGLAS.

*La séance est ouverte à 8 heures 40.*

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

**Le Président** présente ses meilleurs vœux à la CME pour l'année 2011. Il rappelle que l'année 2010 a été particulièrement difficile, la CME a pu mesurer d'emblée combien l'objectif de suppression d'emplois fragilisait l'institution et ses projets de restructuration. L'unité de la communauté médicale a permis de limiter les retraits non justifiés médicalement et a permis de défendre l'ensemble des emplois soignants. L'année 2010 est aussi celle de la mise en œuvre du plan stratégique 2010-2014. Fruit d'une large concertation, il présente l'intérêt de prendre en compte une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en lien avec l'université. Le travail de la commission qualité et gestion des risques fait également partie des satisfactions de l'année : la base de données EPP (évaluation des pratiques professionnelles) constitue désormais un acquis. La demande de partenariat de la HAS et l'intérêt des CHU de France expriment tous deux une reconnaissance de la qualité du travail mené.

Pour 2011 il est indispensable de mettre l'AP-HP sur des rails avec des projets médicaux clairement identifiés, dont beaucoup sont déjà lancés. Il faut désormais passer à la modernisation de l'offre de soins. Sans cela, le risque existe d'entrer dans une spirale déflationniste avec des retraits d'emplois non justifiés, imposés par des contraintes économiques, qui impacteraient à la fois la quantité et la qualité des soins. Le second écueil serait de laisser des dettes impossibles à payer et un déficit n'autorisant plus d'investissements. En 2011, les possibilités d'investissement semblent limitées. Le Président rappelle néanmoins que l'AP-HP devrait bénéficier de la deuxième tranche de financement de l'opération Hôpital 2012. La seule solution consiste à mettre en œuvre les restructurations qu'impose la médecine moderne. L'unique référence de la communauté médicale doit être la médecine et l'élaboration d'un projet médical. Ce discours sera celui défendu auprès de l'ARS.

Cette année est la dernière phase de convergence intrasectorielle. Du point de vue du Président, la convergence à rechercher est celle de la structure de soins de l'AP-HP et de la médecine du futur, tournée vers la prise en charge ambulatoire et la création de structures atteignant des masses critiques importantes.

Le Président souhaite donc que l'année 2011 soit celle d'une référence constante au projet médical, en vue d'une modernisation de l'offre de soins. La prise de conscience de la communauté médicale est réelle et son unité plus forte que jamais, à condition que les restructurations soient justifiées médicalement. C'est le seul moyen de dégager des marges de manœuvre pour lancer la modernisation. C'est également une source de légitimité pour la CME face aux pouvoirs publics et à l'ARS. Le Président n'oublie pas que d'autres hôpitaux que l'AP-HP sont confrontés à des problèmes majeurs, mais en raison de sa position de leader, la CME se doit d'être exemplaire. Dans cette optique, il est essentiel d'engager la modernisation de l'offre de soins. En conclusion, le Président souhaite que l'AP-HP puisse jouer son rôle de modèle en 2011.

**M. CAPRON** remercie le Président pour ses vœux et souhaite quant à lui la délivrance d'une information transparente et de qualité à la CME. Des restructurations majeures sont par exemple en préparation à Beaujon et Bicêtre-Béclère, sans être abordées officiellement, alors que les interrogations sont nombreuses. Il demande donc au Président ce qu'il compte faire pour informer

la CME sur les projets élaborés par le Directoire, comme le transfert de l'ORL de Beaujon à la Pitié-Salpêtrière.

**Le Président** répond que l'ordre du jour de la présente CME illustre la transparence de l'information qui lui est délivrée. Il précise que des collègues entreprennent des démarches, à titre personnel, pour obtenir une mutation vers un autre hôpital, non portée par la CME. C'est notamment le cas de l'ORL de l'hôpital Beaujon. Il n'en demeure pas moins que cette démarche interfère avec les positions que doit prendre la CME, mise en demeure par l'ARS d'émettre des propositions de restructurations fortes dans le cadre des activités soumises à autorisation SROS et SIOS, à savoir la chirurgie cardiaque, la cardiologie interventionnelle, la neurochirurgie et la neuroradiologie. Concernant les deux dernières, la prise en charge des malades relevant d'urgences cérébrovasculaires n'est pas conforme aux bonnes pratiques cliniques en raison de l'organisation des grandes gardes. Moins de 50 % des hémorragies méningées ne bénéficient pas de neuroradiologie interventionnelle. L'AP-HP a donc l'obligation éthique de réfléchir aux autorisations des activités soumises au SROS. Cette démarche sera transparente. Elle commence par une lettre de cadrage signée par le président de la CME et la Directrice générale, demandant aux hôpitaux concernés de participer aux réflexions. Le groupe de travail réunit des personnalités incontestables dans ces domaines.

Concernant la neuroradiologie, il a été demandé au précédent Directeur général de l'AP-HP de faire preuve de transparence dans ce domaine et la CME y a été associée. Il est temps d'approfondir le sujet, une lettre de cadrage sera envoyée.

Pour finir, il convient de différencier les demandes individuelles de mutations ne dépendant pas de la CME et les véritables projets de restructuration qui seront présentés aujourd'hui.

**M. FOURNIER** précise que la démarche doit être structurée. Les éléments de restructuration de l'AP-HP, notamment en supra-GH, sont inscrits dans une liste établie et sont mis en œuvre de manière ordonnée à travers des groupes de travail. Deux domaines sont pour l'instant concernés : la pédiatrie spécialisée et les neurosciences. Les groupes de travail dédiés, qu'il anime lui-même, rendront leurs conclusions dans trois mois. Cette démarche est encadrée par des décisions du Directoire, qui a approuvé la méthode choisie.

Par ailleurs, les demandes de mutation sont courantes. La distinction entre les déplacements de structures et de personnes est fondée. Il s'avère que des équipes souhaitent se déplacer à leur propre initiative. Il ne s'agit aucunement de décisions de la DPM. Dans ce cas, l'instruction d'un dossier commence par l'analyse du projet de l'équipe, de la position du GH d'accueil, de l'impact financier du déplacement et sur le site de départ. Il est hors de question d'autoriser de tels mouvements sans avoir répondu à ces questions préalables. Plusieurs dossiers sont en cours d'instruction. Il est difficile de les aborder pour l'instant, d'autant plus que la conclusion peut aussi être négative.

**Le Président** insiste sur le rôle moteur que doit jouer la CME dans les réflexions sur les restructurations, sous peine de voir se multiplier les démarches en provenance des équipes.

Par ailleurs, il précise qu'une rencontre préliminaire s'est tenue le 6 janvier dernier avec l'ARS, préparant la réunion du 14 janvier sur les restructurations et activités soumises à autorisation. Les représentants de l'AP-HP ont affirmé avoir pris en compte l'absolue nécessité de faire des propositions de restructuration des activités soumises à SIOS et SROS. L'ARS a mis en avant la problématique de la chirurgie cardiaque et réitéré sa demande de fermeture d'un des quatre centres de l'AP-HP dans un délai de deux mois. Serait concerné le centre de chirurgie cardiaque de Henri

Mondor, puisqu'il est impossible de fermer les autres dans le délai imparti. Ce centre est actuellement fragilisé par des facteurs conjoncturels, mais son excellence rendrait toute décision hâtive regrettable. C'est pourquoi le Président, le Vice-président de la CME et le Directeur de la politique médicale ont demandé un délai de réflexion de plusieurs mois, en démontrant la non-pertinence de la fermeture d'un centre, auquel l'ARS a opposé une fin de non-recevoir. Il est prévu de discuter à nouveau d'une stratégie alternative avec la direction générale et l'ARS. L'AP-HP ne compte pas se soustraire aux réflexions qui s'imposent sur les activités soumises à autorisation, mais pour la cardiologie, le problème semble essentiellement conjoncturel. Il serait regrettable de prendre une décision de cette nature. La difficulté des restructurations de l'AP-HP consiste à synchroniser une pertinence médicale horizontale (activité) avec un maillage vertical (hôpital). Il n'est pas question de refuser les restructurations, d'autant plus que la démographie médicale l'impose, mais la chirurgie cardiaque n'est pas le bon sujet.

**M. LYON-CAEN** estime que ces propos illustrent une approche négative du problème. Contrairement à ce qu'affirme le Président, la situation n'est pas conjoncturelle. Le problème résulte d'un manque total d'anticipation. Les personnes détenant des responsabilités disciplinaires n'ont pas anticipé l'évolution de leur profession entraînant un retard en matière de progrès et d'évolutions techniques. Le raisonnement est mené en termes de structures, mais ces dernières ne sont là que pour servir la nouveauté. Le métier de la chirurgie cardiaque est appelé à évoluer considérablement dans les prochaines années. Il serait souhaitable de se concentrer sur l'anticipation de l'évolution de cette spécialité pour avancer des propositions.

**M. FOURNIER** précise que les représentants de l'AP-HP ont présenté un dossier montrant que les indicateurs utilisés (nombre de malades mis en circulation extra corporelle) étaient dépassés pour la chirurgie cardiaque, le métier s'étant déplacé rapidement vers la cardiologie interventionnelle et les valvuloplasties percutanées. La DPM a insisté sur la prise en compte de ces évolutions et exprimé une position claire sur ce sujet.

Pour renforcer la participation et l'adhésion, il importe, selon **M. GARABEDIAN**, de fixer un cadre et une méthodologie et de définir des objectifs précis en faisant preuve de transparence sur les moyens disponibles, avant de rencontrer les communautés médicales. Les initiatives individuelles doivent par ailleurs être considérées avec attention, car elles peuvent résulter de rumeurs ou de doutes sur l'avenir des structures médicales.

**Le Président** répond que les structures médicales, auparavant pérennes, ne le sont plus en raison de l'évolution des plateaux techniques. Les hôpitaux et les sites doivent se préoccuper de ce sujet et de la cohérence médicale, afin d'élaborer un projet pertinent. Sans restructuration cohérente, les demandes de déplacement risquent de se multiplier.

**M. REMY** partage le constat de M. LYON-CAEN. Une plus grande anticipation est manifestement nécessaire pour pérenniser le service de cardiologie, dont la remise en cause fragilise également les structures qui lui sont liées. Il convient également de s'interroger sur un projet médical à long terme tenant compte des évolutions démographiques. Or celui-ci n'est pas lisible. On ne sait si le projet d'ensemble privilégie l'intramuros, par exemple, ou le développement de pôles d'excellence extérieurs.

**Le Président** répond que la chirurgie cardiaque et la chirurgie vasculaire de l'hôpital Henri Mondor sont interdépendantes et pèsent fortement sur l'activité de l'AP-HP. En outre, l'excellence de ses équipes et sa position géographique font de ce site un élément stratégique pour l'institution.

C'est pourquoi ses représentants ont insisté sur l'aspect conjoncturel du problème soulevé par l'ARS lors de la réunion préparatoire.

**M. MUSSET** espère que la réflexion dépassera le positionnement des médecins demandeurs. Il est fondamental que la CME et la DPM aient l'initiative pour comparer les projets et analyser leur plus-value par rapport à l'existant. Le transfert d'un service d'un hôpital à l'autre est acceptable à condition qu'il comporte une plus value réelle hospitalière et/ou Universitaire par rapport à l'existant. La réflexion doit également intégrer des alternatives de remplacement cohérentes avec le projet territorial et le ou les projets universitaires défendus par l'hôpital de l'APHP qui perd un service, surtout quand il s'agit du seul hôpital public de son territoire de santé.

En conclusion, **le Président** souligne que la CME a tout intérêt à jouer un rôle moteur dans les restructurations afin de ne pas les subir et de conserver ses collaborateurs.

## **II. Information de la Directrice générale, présentation des conférences stratégiques et budgétaires**

**La Directrice générale** adresse ses meilleurs vœux à l'assemblée pour l'année 2011. Avant d'aborder le second point à l'ordre du jour, elle revient sur le débat précédent. Le constat est souvent posé que l'AP-HP fait preuve d'un manque d'anticipation sur de nombreux sujets. Il faut donc décider collectivement de la méthode à adopter pour aborder les questions actuelles. Il est vrai qu'un cadrage s'impose avant de travailler sur un sujet, mais il doit être préalablement accepté par tous pour obtenir des résultats. Un premier diagnostic médico-économique doit précéder le travail de réflexion annoncé, qui sera mené en toute transparence.

Elle aborde ensuite le sujet de la gériatrie, dont elle souligne l'importance, et propose une présentation des enjeux de cette discipline à la prochaine CME. La loi imposant des coupes PATHOS fréquentes, il convient d'anticiper le traitement du sujet de la gériatrie, de manière aussi offensive que possible, en exprimant clairement la position de l'AP-HP.

**M. SEBBANE** se réjouit de cette intervention. Les représentants de la gériatrie n'ont cessé de souligner que le sujet n'avait pas été abordé pleinement et de manière efficiente. L'enjeu de la gériatrie et de la prise en charge de la personne âgée malade à l'AP-HP est fort. La problématique doit être abordée du point de vue méthodologique, afin de pouvoir proposer une attitude cohérente. La coupe PATHOS l'impose effectivement. Le soin de longue durée fait partie des prises en charges qui se déclinent dans les soins de suite réadaptation et au niveau du MCO. Il faut donc anticiper les difficultés en menant un raisonnement d'ensemble.

**La Directrice générale** aborde ensuite le fonds, la méthode et les enjeux financiers de l'année 2011, en informant la CME sur le cadrage fixé aux groupes hospitaliers. Le calendrier présenté à la dernière CME prévoit des premières séances sur le niveau de prévision d'activité de chaque groupe hospitalier, des pré-conférences budgétaires, un point sur l'avancée des pôles et une dernière séance d'arbitrage. **De** premières réunions ont déjà eu lieu et le processus doit être terminé fin mars. Cet exercice est mené avant que les tutelles n'aient rendu un cadrage économique définitif, puisque les chiffres de la campagne tarifaire sont généralement communiqués en Mars, mais il importe d'anticiper. Le retard pris en 2010 posait des problèmes de management et de qualité d'élaboration budgétaire. Aborder le sujet dès à présent permet de mieux se comprendre sur les chiffres.

La maquette financière associée au plan stratégique prévoyait un déficit identique en 2011 à celui de 2010, sous-tendue par un effort global plus élevé. Pour parvenir au même niveau, un effort de 88 millions d'euros s'imposait en tenant compte du fait qu'il s'agissait de la dernière année de convergence tarifaire. La maquette financière doit être anticipée en fonction des résultats de l'année 2010 et des premières informations des tutelles. L'activité ayant été supérieure aux prévisions au niveau national, l'enveloppe globale a été dépassée, ce qui a un impact l'année suivante.

Le cadrage fixé aux directeurs de groupe comporte finalement les données suivantes :

- un niveau d'activité 2011 globalement proche de celui de 2010 (1%) ;
- une stabilité des tarifs (contre une prévision de +0,5 % dans la maquette financière) ;
- une évolution du PMCT de +0,7 % ;
- une évolution des MIGAC de +1 % au lieu de 1,5%, qui devra être documentée et s'accompagnera, en termes de méthode, d'une répartition de l'enveloppe globale dans l'ensemble des groupes hospitaliers en fonction des données disponibles.

Les estimations des tutelles sont moins optimistes. En 2010, lorsque le plan stratégique a été travaillé, une évolution positive des tarifs et des MIGAC restait possible. En 2011, elle est révisée à zéro pour les tarifs et à 1 % pour les MIGAC. Il faudra donc fournir des efforts supplémentaires. L'effort, estimé entre 106 et 110 millions d'euros, est réparti dans chaque groupe par une méthode identique à celle de 2010 (résultats, ratios, etc.), en sachant que les efforts du siège viendront l'alléger. Les démarches seront menées en parallèle.

La méthode de l'année 2011 a été revue pour tenir compte des critiques. Le ratio de 20/80 est maintenu comme un élément d'analyse, mais les groupes hospitaliers ont la liberté de choisir leurs leviers d'actions pour obtenir des résultats. Il est possible de se battre sur l'activité, le codage et le recouvrement des factures. Au niveau des charges, il est possible de mettre en œuvre des restructurations à l'intérieur des groupes hospitaliers, supra-groupes hospitaliers, de poursuivre les restructurations initiées en 2010 et d'en lancer en 2011. Il convient également de fournir des efforts sur les 16 projets prioritaires définis par la direction générale. Enfin, les efforts en euros (processus d'achats, économies, etc.) s'adjoindront pour atteindre les objectifs.

Ainsi, le cadrage fixé donne à chaque groupe un objectif global et laisse une marge de manœuvre aux groupes hospitaliers pour clôturer les leviers d'action. Une présentation par projet médical est indispensable et les méthodes utilisées pour atteindre les résultats seront présentées clairement. Ce travail médico-économique sera mené par les directions de groupes et la communauté médicale.

**Le Président** note que la Directrice générale a entendu la demande de la CME promouvant des restructurations validées médicalement. Il importe que la CME puisse proposer des arbitrages en amont. Les retours des hôpitaux doivent donc être précoces pour ne pas avoir à poser des décisions tardives, qui pourraient aboutir à des retraits d'emplois non justifiés. La chronologie de la mise en œuvre de l'EPRD mérite de la vigilance, pour éviter que les décisions prises ne soient purement économiques.

**M. LYON-CAEN** remercie la Directrice générale pour sa présentation, mais attire son attention sur des points préoccupants. Elle a ainsi évoqué une maquette financière qui place la communauté médicale devant le fait accompli en définissant une politique de réduction drastique sans évoquer les investissements. Ce discours ne contient aucun élément positif : un déficit égal à 2010, des efforts supérieurs à 2010, une activité et des MIGAC redistribués avec parcimonie et au détriment

de l'AP-HP... A ce sujet, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a fait état d'une redistribution financière bénéficiant à l'hospitalisation privée. Les directeurs d'hôpitaux ont déjà reçu leur feuille de route et connaissent le nombre d'emplois qui seront retirés. En conséquence, M. LYON-CAEN souhaite savoir si la Directrice générale avalisera cette politique.

**La Directrice générale** souligne que l'AP-HP doit faire évoluer collectivement l'offre de soins dans un contexte économique fixé par les tutelles. L'année 2011 sera très difficile et il est indispensable de prendre la mesure de l'accélération de la modernisation de l'offre de soins. On constate d'ailleurs que les propositions actuelles sont plus ambitieuses que celle déposées il y a cinq ans. L'action à mener est certes difficile. Toutes les économies en euros pouvant être réalisées seront autant d'économies évitées dans d'autres domaines. Le cadrage prévoit que les opérations nouvelles d'investissement soient réduites aux opérations essentielles et les plus critiques. L'exercice 2011 est un exercice contraint.

**M. CAPRON** s'inquiète du diagnostic financier de la direction générale, puisque le déficit autorisé en 2012 est égal à zéro. Par ailleurs il souhaite annoncer la démission du Professeur CHOUDAT de ses fonctions de chef du service central de médecine du travail, justifiée par l'impossibilité d'assurer son fonctionnement, faute de moyens et par l'absence de réponse du siège de l'AP-HP. M. CAPRON regrette que la CME n'en ait pas été informée officiellement et demande ce qu'il est prévu pour relancer le service de médecine du travail, dont l'importance est primordiale.

**Mme RICOMES** confirme que le Professeur CHOUDAT a adressé une lettre à la Directrice générale et sera reçu très prochainement pour examiner sa demande. Sur le fond, elle rappelle qu'il a travaillé quatre ans à ses côtés sur le service central de médecine du travail de l'AP-HP. Il est inexact d'affirmer que l'AP-HP a abandonné le sujet. Aucune économie n'est réalisée dans ce domaine et tout est mis en œuvre pour recruter des médecins du travail, mais la situation est désastreuse au plan national. A l'AP-HP, il manque 17 ETP sur 65 effectifs théoriques. Mme RICOMES rappelle par ailleurs qu'une opération de réorganisation du service de médecine du travail a été menée avec le Professeur CHOUDAT pour améliorer la répartition des équipes et l'accès du personnel à ce service. Une autre action a consisté à étudier les actes prioritaires pour assurer la continuité du service. Ces actions ont été défendues devant le CHSCT central, y compris devant l'inspecteur du travail. Elle dément l'affirmation selon laquelle l'AP-HP n'aurait pas traité le sujet.

Soulignant l'effort financier considérable demandé à l'AP-HP, **M. GARABEDIAN** rappelle que le but était de se réorganiser pour aboutir à l'effort financier et non l'inverse. Il s'inquiète par ailleurs de la conjonction de plusieurs éléments, dont l'élaboration de la stratégie de l'ARS qui impacte les hôpitaux intramuros et extramuros et l'ouverture de postes d'internes dans le secteur privé. Les conférences nationales des CME privées sont passées à l'offensive sur ce sujet et citent explicitement les MIGAC-MERRI. La volonté politique est-elle de favoriser le secteur libéral ? La réorganisation de l'AP-HP dépend de la réponse à cette question. Il faut être conscient du danger.

**Le Président** répond que cette question doit être posée aux autorités politiques. Les lettres et demandes faites aux hôpitaux en 2011 ne sont pas celles de 2010. Début 2010, les tutelles demandaient un retrait de 1 000 emplois selon une répartition arithmétique. En 2011, est prévu un EPRD par objectif et par projet. Si cette présentation est retenue, qui soumet les rendus d'emplois aux restructurations, la mission de la CME sera remplie. Il importe donc de connaître rapidement les rendus d'emplois médicalement pertinents.

S'agissant de l'ouverture de postes d'internes dans le secteur privé, autorisée par la loi HPST, **M. BERCHE** indique que l'Université Paris-Descartes n'y est pas favorable, les capacités d'accueil étant suffisantes dans le secteur public. Agir autrement risquerait d'affaiblir considérablement le secteur public.

**M. SCHLEMMER** souligne que la loi HPST ouvre une possibilité, mais que la distribution des postes d'internes est gouvernée par le besoin et la capacité de formation. Les doyens d'Île-de-France estiment que le secteur public hospitalo-universitaire et hospitalier suffit à assurer la formation des médecins, biologistes et chirurgiens. En Île-de-France, l'ouverture de postes d'internes dans le secteur privé n'a pas de sens, dès lors que les besoins de formation sont couverts et que les capacités de formation sont suffisantes. Néanmoins, il ne faut pas en rester là. Le secteur privé peut demander des postes d'internes s'il obtient un agrément. Or les commissions d'agrément ne peuvent accorder à certains ce qui serait refusé à d'autres. Les établissements publics universitaires doivent donc être rigoureux dans la définition de leurs projets pédagogiques et dans la prise en charge des internes. Etant de fait en situation de concurrence, il ne faut pas ménager ses efforts pour maintenir et renforcer la qualité de la formation offerte aux internes : celle-ci constitue le meilleur rempart du secteur public contre un risque de délitement.

**Mme GIRARD** souligne que derrière la restructuration médicale, se profile des efforts financiers immédiats. Elle s'avoue par ailleurs surprise par le mail de la FHF affirmant que l'AP-HP a des difficultés à recouvrer ses MIGAC par rapport au secteur privé. Cette position illustre la lenteur de l'évolution de l'AP-HP et la réactivité des structures privées. Le problème de recouvrement des MIGAC n'a pas été anticipé, considérant que l'AP-HP en serait le seul détenteur. Concernant le recouvrement des actes externes, Mme GIRARD s'étonne des horaires d'ouverture et de fermeture des caisses des traitements externes et de la longueur des files d'attente. Aucun hôpital privé ne se permettrait une telle organisation, alors que tous les patients ont une carte vitale et que des bornes pourraient être installées pour recueillir le paiement avant l'acte. Ces efforts seraient à cours terme efficients. Concernant la formation des internes, le problème est réel puisque les spécialités ne seront couvertes que par la capacité d'accueil des internes. Jusqu'à présent, l'AP-HP était l'école des internes de Paris. Désormais, des efforts supplémentaires devront être fournis pour obtenir des agréments, éventuellement avec l'appui technique des structures administratives de l'APHP, pour éviter une fuite des internes dans le secteur privé.

**M. LACAU ST GUILY** constate une multiplication des offensives du secteur privé qui, en matière de formation, rencontre l'opposition des doyens. Il n'en demeure pas moins que leurs moyens sont importants et leurs propositions attractives. Outre le salaire, ils proposent un mode de fonctionnement qui peut intéresser les médecins.

Concernant la présentation de la Directrice générale, il s'inquiète du fait que la pierre angulaire de l'effort financier soit le groupe hospitalier. Celui-ci est capable de créer de nouvelles structures, commissions et strates de gouvernance, sans parvenir pour autant à faire valoir aux activités médicales le bien-fondé des réorganisations pour les activités et les patients. Le problème consiste à faire le lien entre ce que les structures médicales connaissent de leurs capacités et du service qu'elles peuvent rendre et l'intérêt de la gouvernance créée.

**M. VALLEUR** souligne que 80 millions d'euros représentent 1 600 emplois, en sachant que les emplois représentent 70 % du budget des hôpitaux. Il fait donc part de son inquiétude face au discours porté depuis quatre ans sur les restructurations. Les plus importantes menées jusqu'à présent n'ont pas entraîné d'effort d'efficacité majeur. La mise en place de groupe de travail et de

réflexion, quant à elle, pose question en termes de délais. Le retard pris risque de rendre l'année 2011 encore plus difficile que 2010.

**M. LYON-CAEN** appelle les membres médicaux de la CME à faire part de leur refus d'entrer dans un système imposé. La loi HPST, contre laquelle nombreux sont ceux qui se sont battus, les limite à un rôle d'indignation. Il demande que le Directoire, notamment ses membres médicaux, expriment le refus absolu d'entériner la maquette financière présentée par la Directrice générale.

**Le Président** retient des propos de M. VALLEUR l'obligation d'engager des restructurations modernisant l'offre de soins, en recherchant un juste milieu entre leur accélération et une nécessaire concertation. La CME pourra dénoncer légitimement le cadrage financier lorsqu'elle aura mis en perspective l'ensemble des projets médicaux à mener dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins.

**La Directrice générale** note des arguments contradictoires. Elle souscrit à celui de ne pas avancer suffisamment vite, tout en soulignant qu'il faut du temps pour mettre en œuvre un projet médical et obtenir des résultats. Elle fait part de sa volonté de déconcentrer les responsabilités au niveau des groupes hospitaliers, dans la mesure où les directeurs de groupes hospitaliers n'agissent pas seuls puisqu'ils ne peuvent proposer des actions qu'avec l'appui de la communauté médicale. Sur des sujets tels que le codage, elle partage le constat d'un retard et souligne l'importance d'avancer rapidement.

### **III. Bilan social de l'année 2009**

**Mme RICOMES** présente le bilan social de l'année 2009 pour le volet du personnel non médical (PNM) et M. HUBIN pour le personnel médical (PM). La photographie de la structure au 31 décembre de l'année concernée montre 91 % de PNM et 9 % de PM en ETP rémunérés. L'effectif moyen annuel rémunéré diminue. Il recouvre des évolutions hétérogènes. Ainsi, le personnel sur postes permanents diminue légèrement, le personnel contractuel sur mensualités (remplacements) diminue davantage proportionnellement, tandis que les contractuels sur postes permanents augmentent légèrement, en raison du recrutement de chargés de mission pour les grands projets.

#### **1. Bilan social 2009 : PNM**

Le PNM comprend 70 % de personnel soignant. La répartition est stable au regard des années précédentes. Le ratio effectif moyen en ETP par lit est en légère augmentation au niveau global, MCO et en légère baisse sur le SSR et SLD. Par catégorie, l'évolution entre 2007 et 2009 se caractérise par une baisse des catégories C, une légère augmentation des catégories B et une augmentation plus importante des catégories A, en raison du recrutement des chargés de mission. Les comparaisons régionales montrent que la structure catégorielle de l'AP-HP est identique aux autres hôpitaux.

La pyramide des âges, en revanche, pose question. Entre 2002 et 2009, la tranche d'âge la plus jeune diminue tandis que les plus âgées sont en nette augmentation. Cette évolution est notamment liée à celle des régimes de retraite. Il convient de se pencher sur le sujet, qui risque d'être amplifié par la mise en œuvre de la réforme du statut des infirmières. Le droit d'option leur permet en effet de choisir entre la catégorie A et B, le premier choix entraînant un départ à 60 ans, contre 55 ans pour la catégorie B, appelée à disparaître progressivement. L'augmentation de l'âge moyen de la

population infirmière implique de réfléchir à l'employabilité des seniors. Actuellement de 40-41 ans, il augmente dans toutes les catégories professionnelles.

En termes d'organisation du travail, l'effectif est en équipes de jour à plus de 80 %. L'évolution du personnel de jour et de nuit reste stable. Les périodes alternées représentent 4,89 % de l'effectif. La progression est légère, sans qu'on puisse parler d'augmentation réelle. Le temps de travail constitue également un sujet important de l'année 2011. La lettre de cadrage adressée aux hôpitaux leur demande de travailler sur l'organisation du travail et des plannings.

Concernant la mobilité, c'est-à-dire la balance des entrées/sorties, elle est forte pour la catégorie B, soignants et notamment infirmiers, dont le turn over dépasse la moyenne toutes catégories confondues, de l'AP-HP. Il oscille entre 14 et 15 % pour les IDE contre une moyenne de 10 à 11 % à l'AP-HP. Les comparaisons régionales indiquent en revanche une position égale voire plus favorable que les autres hôpitaux. A ce sujet, l'ARS souhaite qu'un travail soit mené sur une plateforme mobilité au sein de la région Île-de-France.

L'absentéisme, qui est une cause importante de perturbation du fonctionnement des services, fait partie des sujets prioritaires pour l'année 2011. Il augmente entre 2007 et 2009 : la moyenne des journées d'absence par agent passe ainsi de 18,29 jours par an à 18,91, le point le plus inquiétant étant la modification de sa structure. Les courtes absences (maladie ordinaire) augmentent davantage que les autres causes d'absence (longue maladie, maternité et adoption). Tous les CHU sont affectés par ce sujet.

Concernant le développement des compétences, le nombre d'agents sortant des écoles de formation de l'AP-HP est en augmentation régulière. Le nombre de diplômés au titre de la promotion professionnelle est lui en légère diminution. En revanche, le nombre des autres diplômés augmente. Le sujet de la promotion professionnelle, important, est régulièrement abordé. Son évolution négative est due à la diminution du nombre de personnes obtenant les diplômes. La politique d'encadrement de la promotion professionnelle en 2010-2011 se basera davantage sur les données de GPEC, c'est-à-dire sur les besoins de recrutement de l'AP-HP et les possibilités de financement de l'AP-HP.

L'accès à la formation continue, toutes actions confondues, est en augmentation de 9 %, mais les séquences de formation sont plus courtes. La diminution du nombre de formations longues s'explique par la difficulté des services à libérer leurs agents pour des formations. En 2010, un comité d'orientation de la formation continue a été mis en place pour faire évoluer les priorités au sein de l'AP-HP. Il comprend des représentants de la formation continue, des médecins, des directeurs de groupes hospitaliers et des représentants RH. Les catégories C sont celles qui bénéficient le moins des formations, ce point fait donc partie des priorités de l'institution. Pour conclure sur ce sujet, la part de la masse salariale consacrée à la formation continue augmente régulièrement et s'établit à 5,22 % en 2009, soit le double de l'obligation réglementaire.

Concernant les risques professionnels et les conditions de travail, le sujet a été abordé en 2009 et se poursuit en 2010-2011 avec le CHSCT central. Un travail a été mené sur la prévention des risques psychosociaux, qui a notamment abouti à l'élaboration d'un guide sur la gestion de crise en cas de suicide au travail. Les autres points traités sont la mise en place des recommandations sur le formol, la poursuite de la mise en œuvre du plan amiante et de la surveillance des agents potentiellement exposés, l'analyse de l'absentéisme, une expertise sur le travail en douze heures et sur la surveillance médicale des étudiants dans les écoles de soins infirmiers.

S'agissant du taux d'emploi des travailleurs handicapés, il est passé à 3,89 % en 2009, mais l'obligation réglementaire est de 6 %. La contribution de l'AP-HP s'élève donc à 7,4 millions d'euros, versés au fonds d'indemnisation des personnels handicapés. Pour améliorer le taux d'emploi des travailleurs handicapés, l'AP-HP a mis en place des opérations de recensement et un plan d'action pour l'emploi.

En matière de politique sociale, le nombre d'enfants pris en charge dans les crèches a légèrement augmenté, ainsi que le nombre d'enfants accueillis dans les centres de loisirs. La capacité d'accueil dans les crèches est réelle : le nombre de places n'a pas été accru, mais le nombre d'inscriptions a augmenté, les horaires d'ouverture ont été élargis et une politique de zéro refus sur l'AP-HP a été appliquée. La question des tarifs est par ailleurs inscrite à l'agenda social.

En matière de logement, le nombre de logements attribués augmente et l'effort de création et de réhabilitation est maintenu. 2 500 demandes sont déposées annuellement, avec un taux de satisfaction de 25 %. Les demandes concernent essentiellement les personnes seules et les familles monoparentales.

**M. ALVAREZ** demande des précisions sur l'évolution des postes soignants et non-soignants et s'il existe des critères de comparaison pour le personnel non-soignant par rapport aux autres CHU.

**Mme RICOMES** répond que l'évolution par catégorie de personnel figure dans le bilan social détaillé disponible sur le site Internet de la CME. A partir de 2009, les réductions d'effectifs ont essentiellement porté sur les personnels non-soignants, c'est-à-dire administratifs, ouvriers et techniques. Elle propose de compléter cette information par une comparaison avec les autres CHU, tout en soulignant que les structures d'emplois diffèrent.

**M. CAPRON** regrette de ne pas disposer des données de 2010 et espère que ce retard ne reflète pas les performances du NSI Gestion. S'agissant de l'absentéisme, il s'enquiert du nombre d'ETP qu'il représente en 2009.

**Mme RICOMES** cite un taux d'environ de 10 %.

**M. SCHLEMMER** demande si une réflexion est menée sur l'élargissement des plages de fonctionnement de certaines structures (imagerie, par exemple). Une IRM le samedi ne peut être passée que dans le secteur privé. A partir du vendredi 17 heures, il est souvent impossible d'obtenir quoi que ce soit dans le secteur public. Il pose donc la question de l'amélioration du service rendu à la population en suggérant de faire fonctionner les structures de l'AP-HP six jours sur sept. La concurrence avec le secteur privé revêt de multiples facettes. Il convient de défendre plusieurs atouts.

**M. FOURNIER** répond que c'est un thème prioritaire de l'année 2011. La prise de conscience de cette carence existe. PNM et PM sont indissociables dans ce sujet. Il précise néanmoins que certains hôpitaux ont déjà mis en œuvre des horaires de consultation tardifs. Le problème consiste à élargir cette démarche aux plateaux techniques.

**Le Président** estime que la médecine moderne s'accompagne d'un nombre réduit d'infirmières de nuit. Or le bilan social ne laisse pas voir d'évolution dans ce sens.

**Mme RICOMES** répond que les directions d'hôpitaux et de soins adaptent la composition des effectifs à l'activité. Si l'hôpital évolue vers davantage d'ambulatoire, les effectifs de nuit

diminueront en conséquence. En termes de conditions de travail, c'est dans l'intérêt de tous puisque le travail de nuit doit faire l'objet d'une surveillance constante et être aménagé pour le personnel soignant et l'hôpital.

**Mme DEGOS** s'enquiert du nombre d'hôpitaux de jour créés en 2010.

**Le Président** n'a pas le chiffre précis mais il est encore insuffisant.

En réponse à une demande de précision de M. RONDEAU sur les difficultés de vie quotidienne du personnel, **Mme RICOMES** répond que l'effort en matière de logement et de crèches est maintenu voire augmenté chaque année. Il est prévu de le maintenir dans le cadre du plan stratégique, s'agissant d'un facteur de recrutement et de fidélisation important des équipes. Une réflexion sur la politique tarifaire des crèches en lien avec la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) doit être menée.

**M. REMY** demande s'il est possible d'analyser plus précisément le motif des congés « maladies ordinaires » pour repérer les cas d'épuisement et les situations critiques.

**Mme GIRARD** souligne que la présentation du bilan social fait état d'une stabilité des effectifs, qui ne correspond pas au vécu du terrain. Lorsque des infirmières se mettent en retrait d'activité, cela paralyse des hôpitaux. Elle insiste donc sur la souffrance sur le terrain. L'impression générale des services est une réduction des effectifs des soignants. Par ailleurs, le nombre de commissions créées pour régler les problèmes l'inquiète. Elle n'est pas certaine que ce soit une garantie d'efficacité. Les chargés de mission pris en interne ne sont pas à leur travail et pris en externe, coûtent cher. Elle craint également que la vision d'une commission centrale n'apporte rien : les équipes locales savent ce qu'il faut faire pour améliorer le fonctionnement des services.

Mme GIRARD insiste sur le mal-être de l'ensemble du personnel et souligne que le taux de suicide reflète le malaise au travail. L'éviction du travail est la seule solution que trouvent certains pour échapper à la souffrance quotidienne du travail. Les médecins eux-mêmes souffrent d'un nombre heures de travail extrêmement élevé. Cette souffrance, longtemps non déclarée, doit être prise en compte.

De plus, elle fait remarquer que le taux d'emploi de personnes handicapées n'est pas très élevé, et se pose des questions sur leur recensement.

S'agissant des risques psychosociaux, **Mme RICOMES** espère que le système informatique de la médecine du travail permettra d'extraire des informations anonymes pour distinguer les causes d'absentéisme et repérer les burn out. Elle se déclare tout à fait consciente de la nécessité d'étudier la manière dont le personnel exerce ses fonctions, tant d'un point de vue pratique que psychologique. C'est pourquoi un travail sur les risques psychosociaux est en cours.

Ayant insisté sur le fait que les formations ne sont pas toutes adaptées et sur les risques psychosociaux, elle ne partage pas l'avis de Mme GIRARD selon lequel sa présentation est délibérément positive. Elle espère être la plus transparente possible et ne nie pas les difficultés des services. Elle rappelle que la stabilité relative des chiffres des effectifs ne reflète pas le vécu des services, en raison du turn over, des absences, etc. qui impactent leur fonctionnement mais apparaissent dans les effectifs rémunérés. Il convient donc de travailler sur les organisations des services pour pouvoir faire face à leurs besoins de fonctionnement.

Concernant le personnel handicapé, une réflexion est menée sur l'amélioration du recensement, en sachant que la reconnaissance est un choix personnel et volontaire, c'est une démarche complexe. Le taux de travailleurs handicapés augmente, mais d'autres CHU font beaucoup mieux. Il est donc possible de progresser.

**M. DASSIER** demande quelles sont les prévisions 2010-2011 pour la formation des IBODE et des IADE.

**Mme RICOMES** répond que le nombre de personnels pris en charge au titre de la promotion professionnelle est prévu en diminution, les hypothèses étant calculées en fonction des besoins de recrutement et des capacités de financement. En 2010, il n'y a pas de formation professionnelle pour les infirmières anesthésistes. Ces formations reprendront en 2011.

## **2. Bilan social 2009 : personnel médical**

**M. HUBIN** indique que les effectifs médicaux augmentent de 1,88 % mais que cette hausse traduit des situations très différentes entre l'évolution des effectifs seniors et celle des effectifs de médecins en formation. Ainsi les effectifs des médecins en formation et des étudiants croissent de manière importante. En revanche, les effectifs des médecins seniors diminuent très légèrement. Cette baisse des effectifs de médecins seniors reflète elle-même des situations différentes : évolution positive des effectifs titulaires d'une part, poursuite de la baisse des effectifs des contractuels et des attachés d'autre part. La situation de l'AP-HP rejoint l'évolution des autres CHU, à l'exception de celui de Lyon, dont l'ensemble des effectifs diminue.

En termes de répartition, les médecins juniors représentent 40 % des effectifs physiques et les médecins seniors 60 %. Parmi les effectifs seniors, les praticiens attachés et contractuels continuent de représenter la part la plus importante, les temps pleins et temps partiels représentant 25 % des effectifs et les hospitalo-universitaires, 25 %. Par rapport aux autres CHU, l'AP-HP se caractérise par une plus forte proportion de médecins seniors. A Bordeaux, par exemple, seulement 38 % des effectifs sont constitués de médecins seniors et 62 % sont juniors. L'AP-HP présente également un profil atypique en termes de médecins contractuels (44 % contre 28,9 % en moyenne) rapportés aux autres catégories de personnels. Elle présente une sous représentation des PH temps plein et temps partiel par rapport aux autres CHU (-5 points par rapport à la moyenne de l'échantillon de 10 CHU retenus). En ETP, la part des contractuels fond, peu de contractuels travaillant à temps plein. La structure de l'emploi médical de l'AP-HP, du fait de la révision des effectifs, aurait tendance à se rigidifier, mais elle conserve de la marge par rapport aux autres CHU (sous représentation des titulaires).

Concernant les personnels hospitalo-universitaires, la situation de l'AP-HP est comparable à celle des autres CHU, à l'exception de Toulouse, dont le personnel diminue de manière significative. Quant aux PH, l'effectif continue de croître, conformément à une tendance générale. Parmi les praticiens attachés, seuls 15 % travaillent à temps plein, à raison de quatre demi-journées en moyenne. Au niveau des internes, la hausse des effectifs est modérée et comparable à celle des CHU de Toulouse, Amiens et Saint-Etienne.

La répartition des effectifs par âge montre un vieillissement des effectifs seniors médicaux : la part des 41-55 ans diminue de deux points entre 2007 et 2009 tandis que celle des médecins de plus de 55 ans croît de deux points. La tendance est particulièrement marquée pour les praticiens attachés.

Le mouvement de féminisation se poursuit de manière générale.

En conclusion, la masse salariale annuelle a diminué de 0,45 % entre 2008 et 2009, en raison d'effets volumes et d'effets prix. Les tendances sont très différentes d'un CHU à l'autre.

**M. DASSIER** note que plusieurs points ne sont pas abordés pour le personnel médical, à savoir le niveau d'accessibilité aux crèches, aux formations, le suivi des PH par la médecine du travail et le niveau d'absentéisme. Il importe de développer ces informations.

Pour les crèches, **Mme RICOMES** répond que 10 % des enfants accueillis sont ceux du personnel médical. Mais que le sujet doit effectivement être travaillé, associé à d'autres problématiques de gestion des ressources humaines.

**M. REMY** demande des précisions sur l'évolution du personnel administratif. Il souhaite notamment connaître l'impact de la création de deux nouvelles directions sur les effectifs.

**Mme RICOMES** répond que la création des deux directions est très récente et ne peut figurer dans le bilan social 2009. L'objectif d'efficience sur le personnel administratif, notamment au Siège, sera exemplaire.

#### **IV. Présentation du nouveau système d'information patient**

**M. LEPAGE** rappelle que le système d'information (SI) hospitalier actuel comporte 37 systèmes d'information locaux, des applications métiers principalement locales, avec une couverture fonctionnelle partielle, non intégrées et au mieux interfacées. Le partage d'informations entre les hôpitaux ou les services est donc réduit, voire inexistant. Les évolutions des principales applications du SI Patient sont nombreuses, ce qui rend sa maintenance difficile.

L'objectif du projet SI Patient est le partage de l'information. Il s'agit de doter l'AP-HP d'un SI partagé, ouvert vers l'extérieur et intégré, qui permette d'accéder à l'ensemble des processus à partir d'un seul outil. C'est aussi un outil d'aide à l'optimisation de l'activité médicale et au service d'une stratégie de santé (mise en place des groupes hospitaliers, création des territoires de santé, échanges avec la ville).

##### **1. Le Système d'Information Patient (SI) : les applications du domaine médico-technique**

Les applications du domaine médico-technique sont les suivantes :

- **Accès à l'image :**

Actuellement déployé dans les services de radiologie, l'accès à l'image permet de partager des images sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP. L'objectif est de poursuivre le déploiement dans les services cliniques, avec une intégration au dossier patient (Mediweb puis Orbis). Le pré-requis est la mise à niveau des postes de travail. L'accès à l'image du patient hospitalisé à l'AP-HP est également possible à partir de n'importe quel hôpital à condition de respecter les règles de confidentialité. Il est prévu d'étendre le déploiement de l'application à l'ensemble des services cliniques, aux autres sources d'image et d'étendre l'échange avec les hôpitaux de la région.

- **Système de Gestion des Laboratoires (SGL) :**

Suite à la refonte du système informatique des laboratoires de l'AP-HP, le SGL doit permettre l'accréditation des laboratoires, en sachant qu'aujourd'hui, les laboratoires ne répondent pas aux critères. Il doit aussi répondre aux évolutions techniques et organisationnelles. Actuellement, 21 laboratoires sont équipés et 35 autres le seront d'ici la fin de l'année. Il restera à équiper les groupes Bécclère-Bicêtre-Brousse, Robert Debré, Bichat-Louis Mourier, HEGP, Saint Antoine. Sur la durée du plan stratégique 2010-2014, il est prévu de finaliser le déploiement sur l'ensemble des groupes hospitaliers, d'adapter les déploiements aux contraintes organisationnelles et techniques, de poursuivre le processus d'accréditation et d'intégrer le SI des laboratoires au SI clinique.

- **Système d'Information Clinique (SIC) :**

L'objectif est un dossier Patient intégré, partagé et ouvert vers l'extérieur, qui permette d'identifier le patient sur l'ensemble de son parcours clinique, avec une complétude de fonctionnalités disponibles pour tous les sites de l'AP-HP. Le SIC permettra d'accompagner les enjeux stratégiques de l'AP-HP, de répondre aux priorités nationales. Ce projet est similaire à ceux menés par les autres CHU. L'AP-HP collabore ainsi avec les CHU de Montpellier et Toulouse. Un groupe utilisateurs a été mis en place pour les urgences.

Des applications transitoires ont été mises en place dans l'attente du déploiement du SIC :

- **Mediweb :**

Mediweb est un dossier médical de base intégrant les diagnostics et actes issus du PMSI, les comptes-rendus, l'accès aux images, l'envoi vers l'extérieur par messagerie sécurisée. L'ensemble de ces données seront reprises dans Orbis.

- **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :**

RCP est un dossier de cancérologie unique AP-HP, auquel peut être associé un plan personnalisé de soins. L'AP-HP collabore à ce sujet avec l'Agence des Systèmes d'Information Partagées (ASIP).

- **Gestion blocs opératoires :**

Ce système est opérationnel dans tous les GH excepté Bichat, Paul Brousse et HEGP. A aussi été développé un tableau de bord mensuel de suivi de l'activité des blocs opératoires.

- **Applications «Prescriptions unités de soins» :**

Ces applications sont déployées dans plus de 50 % des unités de soins court séjour et 100% des SSR. L'application chimio a été déployée sur l'ensemble des hôpitaux.

En 2010, plus de 780 000 comptes rendus d'hospitalisation ont été intégrés à Mediweb. De même, 135 RCP sont mis en place sur les 167 déclarés à l'AP-HP et plus de 40 000 fiches RCP ont été recensées en 2010. Des évolutions devront être mises en place entre 2010-2014 sur les applications transitoires pour répondre aux contraintes réglementaires et pour assurer les évolutions.

## 2- Le SI Clinique : le projet Orbis

La bascule B1, qui correspond à la gestion des identités et des mouvements administratifs, a été réalisée et déployée sur le site pilote A. Paré. L'objectif est un identifiant unique au niveau de l'AP-HP, avec intégration de l'identifiant national.

La bascule B2-B3 correspondant à l'unité de soins et au plateau médico-technique. Elle est divisée en deux paliers et un complément. La première étape (palier 1) concerne le dossier patient paramétrable basé sur la trajectoire de soins, les demandes/résultats d'examen intégrant l'image et le circuit médico-économique (diagnostics). La seconde étape (palier 2) comprend le circuit du médicament de la prescription à l'administration, la gestion optimisée des rendez-vous et ressources et le circuit médico-économique. Enfin, la dernière étape de la bascule B2-B2 comprend trois parties principales : urgences et réanimation, système d'aide à la décision intégré et outil de pilotage et d'aide à l'enseignement et à la recherche. Le déploiement sera réalisé par unité de soins.

La conduite du projet associe experts métiers et informaticiens. Une phase de conception/réalisation a été menée avec des experts métiers des hôpitaux. Un travail est en cours avec des collégiales de spécialité. Une collaboration est en place avec le SI Gestion et l'Agence Technique Informatique (ATI), ainsi qu'avec les CHU de Montpellier. Enfin, un travail est en place avec l'ASIP.

Le palier 1 sera mis en œuvre dès avril 2011 à Ambroise Paré et le palier 2 début 2012. D'ici un an, le système sera opérationnel dans un hôpital, ce qui permettra d'en évaluer l'intérêt.

Le budget prévisionnel du SI Patient soumis à arbitrage est évalué à 31,6 millions d'euros en 2011, pour un ensemble de 172,3 millions d'euros entre 2010-2014. Le projet bénéficie, dans le cadre de l'opération Hôpital 2012, d'une subvention de 55,7 millions d'euros.

L'objectif est de déployer un SI pérenne pour l'AP-HP. Un certain nombre d'éléments sont d'ores et déjà opérationnels. Il importe désormais de se consacrer à la validation du dossier patient dans le cadre d'un système intégré.

**M. HINGLAIS**, chargé de suivre le projet pour la CME, revient sur les débats entourant le SI. La préférence de la majorité de la communauté médicale pour des logiciels métiers ne résiste pas à la réalité du marché. En effet, les logiciels ne peuvent communiquer entre eux que lorsqu'ils sont édités par la même entreprise. Les logiciels locaux émanent de petits éditeurs, parfois disparus, ou sont rachetés par des éditeurs qui les intègrent à une solution globale. La maintenance du logiciel métier n'est alors plus assurée. Quant au choix d'Orbis, il résulte de la seconde procédure d'appel d'offre, l'AP-HP ayant dû dénoncer le contrat remporté préalablement par Thalès. Concernant le budget prévisionnel, il ne couvre pas tous les aspects, notamment l'investissement en machines et en systèmes garantissant le respect de la confidentialité. Il faut déterminer ce qui relève de l'investissement et du fonctionnement et clarifier l'organisation de l'informatique au sein de l'AP-HP.

**M. DASSIER** souligne l'importance de l'informatisation pour l'hôpital. Bien que l'HEGP dispose d'un système informatique avancé, dans certaines unités, des logiciels sauvages se développent. Ceux-ci sont parfois connectés à DXCare mais complètement déconnectés du dossier unique patient. Cela entraîne des saisies supplémentaires sur écran, donc du gaspillage en temps médical. Dans l'attente d'un système cohérent, il s'enquiert donc des actions à mettre en œuvre pour

résoudre ce problème. Il souligne que dans le secteur libéral et au CHU de Lille, les départements d'anesthésie réanimation sont déjà informatisés.

**M. LEPAGE** répond que le SI spécifique sur la réanimation n'est pas intégré au SI de l'HEGP. Dans ce cadre, les modules sont parallèles. C'est la raison pour laquelle il faut aller vers un système intégré. Le système cohérent est Orbis, qui sera mis en œuvre en avril 2011 à Ambroise Paré, fin 2012 dans deux hôpitaux pilotes, puis déployé en 2013.

Observant que les SI de certains hôpitaux sont intégrés à des hôpitaux moins bien dotés, **Mme DEGOS** demande s'il est judicieux d'opter pour un nivellement par le bas.

**M. LEPAGE** répond que ces remarques confortent la nécessité d'aller vers un SI intégré. Les deux sujets prioritaires sont le financement et la période de transition. Il faut étudier la solution la plus optimale et la moins coûteuse au problème des interfaces.

**M. CAPRON** insiste sur la question financière. Il s'enquiert du budget global précis du NSI et de son poids dans l'EPRD 2010 et 2011, la capacité d'investissement de l'AP-HP semblant asséchée de son fait.

**Le Président** répond que la question du financement ne sera pas éludée, mais propose d'approfondir préalablement les sujets médico-techniques.

**M. LACAU ST GUILY** reconnaît l'intérêt de ces questions, mais souligne que l'aspect financier est central. Les remarques sur l'HEGP et la réponse de M. LEPAGE illustrent la complexité et l'importance du projet, dont le coût est considérable. Sa pertinence n'est pas remise en cause, mais il convient de s'interroger sur le rapport entre les bénéfices et les inconvénients. On ne peut disjoindre les aspects techniques et financiers.

**M. OURY** demande si l'intégration du dossier médical patient sera immédiate ou s'il faudra tout reprendre pour l'intégrer.

**M. LEPAGE** répond que l'intégration du dossier médical patient ne posera pas problème. Il n'y aura pas besoin de tout recommencer. L'ensemble des travaux sont menés en collaboration avec l'ASIP afin, notamment, de pouvoir intervenir auprès des tutelles.

Pour les spécialités ayant besoin de déployer un logiciel en attendant le NSI, **M. REMY** souhaite savoir si les investissements des services peuvent être rentabilisés en transférant les données et en assurant la pérennité des applications qui seront déployées ou s'il faut attendre 2014 pour mettre en place des logiciels.

**M. LEPAGE** répond que les logiciels développés ainsi ne seront pas intégrés. L'exemple du logiciel de chimiothérapie d'une part, et des applications médicamenteuses, d'autre part, l'illustre. En Allemagne, le réanimateur a choisi la solution Orbis parce que le système était déployé dans l'ensemble de l'hôpital et que les offres des autres industriels ne répondaient pas à l'objectif du partage d'information.

**M. REMY** demande si aucun logiciel ne sera compatible avec Orbis.

**M. HINGLAIS** prend l'exemple des urgences, Orbis n'ayant pas de fonctionnalité dédiée. Les urgentistes se sont regroupés pour demander à AGFA de développer un dossier urgence national.

La démarche, initiée il y a deux ans, progresse. Une démarche similaire serait souhaitable pour la dialyse.

**M. DASSIER** s'étonne de la mention d'un système de gestion des blocs opératoires.

**M. LEPAGE** répond qu'hormis les trois hôpitaux possédant un SI propre, IPOP est mis en place dans l'ensemble des hôpitaux et fonctionne.

**M. DASSIER** souligne qu'IPOP n'est pas disponible sur le site de l'HEGP et que le logiciel actuel délivre que des informations *a posteriori* et ne peut être considéré comme un système de gestion des blocs opératoires.

**M. VALLEUR** observe qu'IPOP permet également de gérer l'activité opératoire en temps réel. Il regrette que les anesthésistes participent peu à la gestion du logiciel. Celui-ci rend de réels services aux chirurgiens.

**M. DASSIER** répond que les anesthésistes ne demandent qu'à participer, mais que la gestion tant anticipée qu'en temps réel de l'activité des blocs opératoires est pour l'instant inexistante sur le site de l'HEGP.

**Le Président** souligne qu'IPOP apporte une aide à la programmation utile, sans être un système intégré de prise en charge du malade.

Pour la maternité, **M. OURY** demande si l'historique sera repris.

**M. LEPAGE** répond que la construction du dossier en lien avec les équipes devrait permettre de modéliser les données pour étudier les possibilités de récupération des informations.

A l'issue de ces échanges, **le Président** cède la parole à la Directrice générale pour des précisions sur les aspects budgétaires.

**La Directrice générale** souligne que les hôpitaux dépensent toujours un budget important pour les systèmes d'information, que ce soit en investissement ou en exploitation. Les dépenses liées au SI sont incontournables pour proposer une offre de soins moderne. Par ailleurs, l'AP-HP a cinq à dix ans de retard en matière d'applications informatiques. Déployer un SI de gestion robuste était indispensable. L'appel d'offre a abouti au choix de SAP, dont les dernières bascules sont en cours. On est donc à la fin du déploiement d'un système de gestion important, à un niveau de déploiement avancé pour un système d'image et de laboratoires et au début du déploiement d'un système d'information clinique. Etant au début du projet, les remarques critiques sont nombreuses.

En termes de SI, la demande en crédits de paiement s'élève à 31,6 millions d'euros, avec 8 millions d'euros pour les applications autres. Le renouvellement d'ordinateurs n'est pas compté dans le budget du NSI Patient mais dans le budget de l'ATI, qui nécessite 35,5 millions d'euros. Le NSI Gestion requiert, quant à lui, plus de 35 millions d'euros. Les sommes sont donc similaires pour les parties les plus importantes, gestion, patient et équipement. Les groupes hospitaliers dépensent une dizaine de millions d'euros en informatique. Les demandes totales se chiffrent à environ 110 millions d'euros, auxquelles il faut ajouter les demandes d'investissement en construction, travaux, etc. Chaque année, le montant global des investissements atteint 500 millions d'euros. Il ne faut pas confondre, dans le coût pluriannuel d'un projet, ce qui relève de l'investissement et de

l'exploitation. Les coûts les plus élevés concernent le NSI Gestion et l'homogénéisation du NSI Patient.

**M. LACAU ST GUILY** s'enquiert des critères d'arbitrage et de la place budgétaire accordée aux applications actuellement utiles.

**Le Président** demande s'il est possible de d'arrêter le projet en cours ou s'il faut aller au bout et si la dépense de 110 millions d'euros en informatique est un invariant.

**La Directrice générale** répond que rien n'est un invariant. Il est par ailleurs normal de poser des arbitrages. Tous les projets seront discutés précisément (possibilité d'interruption, d'étalement, de réduction du coût, etc.). Arrêter le projet n'empêcherait pas, contractuellement, de devoir régler la prestation. Cette discussion sur les coûts partis est similaire à celle sur les bâtiments. Elle rappelle par ailleurs que l'investissement est maintenu à 500 millions d'euros par an. Enfin, il aurait été souhaitable de développer le NSI Patient avant le NSI Gestion, mais ça n'a pas été possible.

**Le Président** demande que la communauté médicale soit associée aux processus de décision et annonce que le sujet sera repris en CME.

**La Directrice générale** le comprend et réaffirme son souci de transparence.

**Le Président** demande ce qu'attendent les responsables du projet de la communauté médicale.

**M. LEPAGE** souhaite une participation active de la communauté médicale, indispensable pour que le SI corresponde à ses préoccupations.

**M. HINGLAIS** souligne que la mise en place d'Orbis est très proche. Il propose de prévoir des démonstrations d'Orbis dans les groupes hospitaliers, afin que tous prennent conscience du SI avec lequel l'AP-HP travaillera prochainement.

## **V. Point d'information sur les dépenses liées à la permanence des soins**

En préambule, **le Président** rappelle que l'ARS a réitéré sa demande de révision de la permanence des soins (PDS). Les 82 millions d'euros de dépenses reportés au budget de l'AP-HP pourraient ne plus l'être par la suite, les MIGAC faisant l'objet de reprises budgétaires. Il importe donc de moderniser la permanence des soins. Il remercie M. CHERON et Mme BLUM, professeur de santé publique, pour s'être saisis du sujet.

### **1. Bilan 2010**

**M. HUBIN** fait le bilan des dépenses, en soulignant que l'objectif a été tenu à raison de quarante suppressions d'ETPR entre 2009 et 2010. Sur la permanence des soins, l'objectif n'est pas atteint. Fin 2010, les dépenses atteignent 82,8 millions d'euros, soit une diminution de 639 983 euros par rapport à décembre 2009, mais elles sont en dépassement de 3 953 129 euros par rapport à la notification 2010. La masse salariale à fin décembre est égale à 891 568 646 euros. Elle est en dépassement de 9 177 533 euros par rapport à la notification de 882 391 113 euros. Cet écart est lié en partie à l'effet prix (reconstitutions de carrière des praticiens hospitalo-universitaires), à la permanence des soins et à la structure d'emplois.

Les dépenses de la permanence des soins, maîtrisées jusqu'au dernier trimestre, ont dérivé en fin d'année. Les indemnités de sujétion sont en baisse de 1,4 millions d'euros par rapport à 2009. Elles reflètent les indemnités versées aux PH et attachés pour les gardes. Les plages additionnelles sont également en baisse de 66 000 euros mais il était attendu une baisse de 500 000 euros. On observe un renchérissement des gardes, lié à la part des indemnités versées aux hospitalo-universitaires, à des gardes d'internes plus coûteuses et aux gardes d'étudiants. L'économie réalisée à fin décembre est de 640 000 euros contre une prévision de 1,2 millions d'euros faite fin octobre 2010.

La plupart des groupes hospitaliers sont en dépassement par rapport aux mesures d'économie proposées, qui répondaient à des objectifs déclinés par GH. L'écart entre le réalisé et les prévisions peut résulter de décalages dans le temps de la mise en œuvre des mesures d'économies et de l'augmentation des dépenses sur les astreintes transformées en gardes, mais affichées comme astreintes.

**Le Président** note que cela correspond à une modification d'intitulé ne s'accompagnant pas de la réorganisation correspondante.

**M. HUBIN** indique qu'au final, l'économie réalisée est inférieure de 600 000 euros aux prévisions, principalement en raison des plages additionnelles, ce qui pose la question de leur comptabilisation dans les dépenses de la permanence des soins.

**Le Président** demande si les services ayant recours à ces plages ont un tableau de service précis.

**M. HUBIN** cite l'exemple des anesthésistes pédiatriques à Robert Debré, en sous-effectif, dont les dépenses de plages additionnelles augmentent significativement. Tension sur les effectifs et plages additionnelles sont souvent liées.

## 2. Perspectives 2011

**Mme BLUM-BOISGARD** indique que les dépenses de la permanence des soins affectées aux Unités de Gestion (UG) ont donné lieu au regroupement de ces UG par spécialités médicales en s'appuyant sur la classification du CNU (sections, sous sections, options). Une base de données a été créée, qui reprend :

- les dépenses par spécialités médicales et par type de PDS ;
- le poids relatif des disciplines dans la PDS ;
- la part de chaque spécialité à l'intérieur d'une discipline ;
- la répartition des dépenses par GH pour une spécialité donnée.

L'étude de la répartition des dépenses par discipline et type de gardes montre que les dépenses les plus importantes concernent les SAU, la médecine, l'anesthésie et la chirurgie. Elle révèle également le poids des gardes d'obligation réglementaire qui sont des dépenses incompressibles dans l'organisation actuelle. En gériatrie, les gardes et astreintes relèvent davantage de la continuité des soins que de la permanence des soins.

**Mme BLUM-BOISGARD** présente ensuite trois exemples d'utilisation de la base de données :

- l'analyse de la répartition des dépenses de PDS entre spécialités chirurgicales ;

- l'analyse de la répartition des dépenses de PDS d'imagerie par GH ;
- l'analyse des dépenses de PDS par disciplines pour le GH 3BLM+CR.

Une note co signée du DPM, du Président de la CME et du Président de la CCOPS en date du 29 novembre 2010 à l'attention des Directeurs préfigurateurs de GH demandait pour le 5 décembre une justification des dépenses de 2010 et les projets d'économies pour 2011. Seules six réponses ont été reçues à ce jour. Pour 2011, il est proposé d'engager un cycle de réunions par GH avec pour objectif de distinguer les plages additionnelles des gardes et astreintes, d'analyser dans les groupes hospitaliers les dépenses par discipline, par spécialité et par type de gardes et astreintes, d'étudier l'activité au cours des gardes et astreintes et de rapporter les dépenses de garde d'anesthésie et de chirurgie à l'activité des blocs. Il est également proposé d'envisager des audits sur site sur un mois de tests (par exemple) et de mettre en ligne, sur le site de la CME, le fichier des dépenses de PDS par spécialité et par GH.

**Mme MARCHAND** observe que le coût des demi-journées n'est pas intégré. Un temps additionnel implique de retirer deux demi-journées.

**Le Président** répond que ce coût est bien intégré dans l'analyse.

**M. VALLEUR** estime que les résultats sont médiocres comparés aux discours. De réelles économies sur la permanence des soins ne sont envisageables qu'à la condition de fermer des services d'urgences. Les évolutions actuelles laissent craindre que la création des groupes hospitaliers n'aboutisse au même effet que les GHU. M. VALLEUR craint donc une réforme d'affichage non suivie d'effet.

**Le Président** répond que les résultats dépendent de l'implication des sites. Les dépenses sont désormais lisibles. Les groupes hospitaliers vont devoir faire des choix (garde inutile/personnel soignant/investissement).

**Mme DEGOS** suggère de préciser les résultats présentés en indiquant l'activité concernée.

**Le Président** répond que l'audit sur site vise à préciser ces informations et à vérifier le type d'astreinte. Il regrette par ailleurs que les sites n'aillent pas au bout de la démarche.

**M. FAYE** estime qu'il est désormais indispensable de qualifier les pathologies et l'activité des gardes et astreintes. La communauté chirurgicale lance une enquête d'un mois sur le sujet.

**Le Président** souligne la pertinence de cette démarche et recommande de bien séparer la permanence de la continuité des soins.

## **VI. Présentation des thématiques prioritaires pour 2011**

**Le Président** demande le report de ce point à la CME de février 2011, afin de pouvoir y consacrer le temps nécessaire.

## **VII. Avis sur des contrats d'activité libérale**

**M. Hubin** propose au vote de la CME, deux nouveaux contrats et deux renouvellements qui ont tous reçu un avis favorable de la CTEM.

*La CME approuve les nouveaux contrats et renouvellements de contrats d'activité libérale présentés à la majorité moins trois voix défavorables et deux abstentions.*

## **VIII. Approbation du compte rendu de la séance du 16 novembre 2010**

*Le compte rendu de la séance du 16 novembre 2010 est approuvé à l'unanimité.*

*En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 13 heures.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 8 février 2011 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 26 janvier 2010 à 16 heures 30**

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

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