

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 JUIN 2013**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 SEPTEMBRE 2013**

SOMMAIRE

| | | |
|------|--|----|
| I. | Informations communiquées par le président de la CME | 6 |
| II. | Election du vice-président de la CME | 8 |
| III. | Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques : nouvel état des lieux à l'AP-HP | 10 |
| IV. | Bilan à mi-parcours du plan stratégique 1010-2014 de l'AP-HP | 14 |
| V. | Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), plan global de financement pluriannuel (PGFP) et compte financier 2012 de l'AP-HP | 18 |
| VI. | Rapport annuel 2011 de la commission centrale d'activité libérale (CCAL° de l'AP-HP) | 24 |
| VII. | Travaux de la commission centrale d'organisation de la permanence des soins (CCOPS) | 28 |

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information communiquées par le président de la CME
2. Election du vice-président
3. Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques : nouvel état des lieux à l'AP-HP
4. Bilan à mi-parcours du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP
5. Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2013, plan global de financement pluriannuel (PGFP) et compte financier 2012 de l'AP-HP
6. Rapport annuel 2011 de la commission centrale d'activité libérale (CCAL) de l'AP-HP
7. Travaux de la commission centrale d'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

SEANCES RESTREINTES

Composition C

Avis sur quatre premières demandes et une demande de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

Information sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel (publication du 16 avril 2013)

Information sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers plein temps (procédure article R. 6152-9 du CSP)

Composition B

Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH de pharmacie offert à la mutation (révision des effectifs HU de pharmacie 2013)

Avis sur la titularisation des MCU-PH (disciplines médicales) nommés stagiaires en septembre 2012

Avis sur la titularisation des MCU-PH (disciplines pharmaceutiques) nommés stagiaires en septembre 2012

Avis sur la titularisation des MCU-PH (disciplines odontologiques) nommés stagiaires en septembre 2012

Composition A

Examen des demandes de consultanat 2013-2014

Avis sur des candidatures à des emplois de PU-PH de pharmacie offerts à la mutation (révision des effectifs HU de pharmacie 2013)

Avis sur la mobilité hospitalière d'un PUPH

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M^{me} le D^r Olivia ANSELEM
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^f Thierry BEGUE
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Hélène BOUCHER
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le D^r Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHERON
- M. le P^f Thierry CHINET
- 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^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M^{me} le P^r Elisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Erea Noel GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r GERVAIS HASENKNOPF
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le D^r Bernard GRANGER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le P^f Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le D^r Julien LENGLET
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^f Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M. le P^f Jean-Claude PETIT
- M. le D^r Matthieu PICCOLI
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le P^f Georges SEBBANE
- M. le P^f Alain SIMON
- M^m le D^r Annie ROUVEL TALLEC
- 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^f Dominique VALEYRE
- M. le P^f Jean-Philippe WOLF
- M. le P^f Michel ZERAH

• ***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^f Jean-Luc DUMAS
- M. le P^f Louis MAMAN

- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN
- M. le P^f Benoît SCHLEMMER
- M. le P^f Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Mireille FAUGERE, 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. Michel FOURNIER, directeur de la direction médico-administrative
 - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M^{me} Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - M^{me} Juliette TELLIER, directrice de la communication
 - M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

 - M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
 - M. Jean-Michel DIEBOLT, direction médico-administrative
 - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative

- ***membres excusés :***

M. le P^f René ADAM ; M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ ; M. le P^f Philippe GRENIER ; M. le D^f Matthieu LAFAURIE ; M. le P^f Rémy NIZARD ; M. le D^f Patrick PELLOUX

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

Le président transmet les excuses du P^f Jean-Claude ALVAREZ, du P^f Philippe GRENIER, du P^f Guy LEVERGER, du P^f René ADAM, du D^r Patrick PELLOUX, du P^f Rémy NIZARD et du D^r Matthieu LAFAURIE, absents à la présente réunion.

I. Informations communiquées par le président de la CME

1. Avenir de l'Hôtel-Dieu

Le président indique que lors de la CME du 9 juillet le P^f Jean-Yves Fagon fera un exposé sur la consultation de médecine h24 de l'Hôtel-Dieu, appelée à remplacer le SAU en novembre 2013. En outre, le P^f Richard présentera les conclusions de l'expertise qu'il a réalisée sur la salle Cusco, réservée à l'hospitalisation des personnes gardées à vue. Si c'est opportun, une nouvelle motion sera éventuellement être votée au sujet du projet d'évolution de l'Hôtel-Dieu.

Le 13 novembre 2012, la CME a voté à la quasi-unanimité, au nom de la qualité et sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU), une motion recommandant la fermeture du SAU de l'Hôtel-Dieu, dès lors que l'hôpital aura été vidé de ses activités de court séjour, c'est-à-dire cet automne. La médecine interne quittera l'Hôtel-Dieu à la fin du mois d'octobre ; la diabétologie et la cancérologie (qui n'interviennent guère dans l'aval des urgences) la suivront au début de 2014.

La même motion conditionnait la fermeture du SAU à l'ouverture d'une consultation de médecine h24 appuyée d'un SMUR et d'un plateau technique léger (imagerie et biologie).

Si cette consultation rencontre le succès attendu, elle présentera un double intérêt :

- voir si, contrairement à une idée reçue, l'hôpital peut contribuer à alléger l'amont des urgences en offrant un autre recours à la population ; si tel était le cas, la gestion des urgences ferait un important progrès conceptuel ;
- tester la possibilité d'une authentique coopération entre la médecine hospitalière et la médecine générale, ordinairement considérées comme antagonistes l'une de l'autre, mais de plus en plus communément invitées à se rapprocher.

Le projet du nouvel Hôtel-Dieu est tout entier conditionné par le succès de cette consultation, qui lui confèrera un sens premier. Un premier bilan sera à faire six mois après l'ouverture de la consultation.

2. Conférences hospitalo-universitaires

Le président évoque la préparation des recrutements hospitalo-universitaires pour la campagne 2014 qui se déroule en ce moment. Plusieurs réunions sont organisées en vue d'examiner les propositions des doyens et les confronter aux besoins hospitaliers. Le second tour vient de s'achever. Celui-ci comprenait les doyens de chaque université, les présidents de CME locales concernées, le président de la CME, les directeurs de groupes hospitaliers, la direction médico-administrative ainsi qu'un représentant de l'agence régionale de santé (ARS).

Chaque poste de PU et de MCU fait l'objet d'une discussion. Le cycle a été clos la semaine dernière. Les conseils de gestion des facultés vont rendre leurs classements des demandes. Le prochain rendez-vous sera la rencontre organisée avec les ministères en charge des Universités et de la Santé au mois de septembre. Celle-ci aboutira à la publication des postes.

3. Instances

Le conseil de surveillance s'est réuni le 6 juin. Le vœu des usagers, adopté lors de la dernière réunion de la CME, a été approuvé. Le programme relatif à la QSS & CAPCU, également présenté lors de la dernière séance de la CME, a été examiné par le conseil de surveillance. Il a fait l'objet de certaines critiques, dont l'une concerne l'accent insuffisant mis sur la coopération entre personnels médicaux et paramédicaux. Le texte a également été transmis au comité technique central d'établissement. Lors de la première séance, il a fait l'objet d'un vote défavorable à l'unanimité. Lors de la seconde séance, aucun vote n'a eu lieu, la séance ayant été interrompue. Le programme est réputé accepté.

Le directoire du 4 juin a débattu de la campagne actuellement menée en faveur de la fidélisation des cadres, des PAASS (permanences d'accès aux soins de santé), du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens liant l'AP-HP à l'ARS), et de l'activité des hôpitaux qui reste au-dessous des prévisions.

Durant cette séance, une initiative de la sous-commission *Recherche et Université* de la CME a été critiquée : diffuser un questionnaire pour recueillir l'avis des médecins, des pharmaciens, des odontologistes et des sages-femmes sur la gestion des PHRC (programmes hospitaliers de recherche clinique) par la direction de la recherche clinique du développement (DRCD de l'AP-HP) ; ce qui, selon certains, pourrait être délétère et contre-productif. Pour le président, il est hors de question que le directoire conteste sans le moindre préavis les actions de la CME ; en l'occurrence, une initiative opportune prise par une sous-commission de la CME.

Le doyen Serge UZAN considère qu'en dépit de certaines difficultés, il n'existe pas de fossé entre la médecine hospitalière et la médecine générale. Celle-ci a pris un virage important, largement amorcé par l'apparition d'universitaires possédant des prérequis identiques à ceux qui prévalent dans les autres disciplines. La différence entre les deux secteurs s'est donc estompée. Dans le cas de la pédiatrie, le DES comprend un stage ambulatoire en médecine générale. Il est convenu que les médecins généralistes aient accès aux enseignements dispensés en pédiatrie.

Le président exprime son accord avec ce point de vue. Toutefois, il sait d'expérience qu'il reste difficile d'obtenir une réelle coopération entre la médecine interne, par exemple, et la médecine générale.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI indique que le questionnaire vise à établir la satisfaction les difficultés éventuelles que les médecins ont pu rencontrer en 2010 et 2011 lors de l'obtention de PHRC. Ce document a été élaboré dans un esprit ouvert. Les points positifs ainsi que les freins au système, qu'ils soient internes ou externes à l'Institution, seront pris en compte. La volonté de la commission de la Recherche consiste à améliorer le système et à lutter contre le sentiment souvent partagé que la mise en place de projet de recherches n'est pas facile. Ces difficultés se présentent notamment dans le cas où les fonds sont obtenus par un PHRC.

II. Election du vice-président de la CME

Le président propose que la direction médico-administrative (DMA) rappelle les conditions règlementaires du vote.

M. Jean-Michel DIÉBOLT explique que le ou les candidats sont désignés parmi les praticiens titulaires. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret à la majorité absolue, c'est-à-dire la moitié des suffrages plus une voix. Si la majorité absolue n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit alors. En cas d'égalité entre les candidats, le plus âgé d'entre eux est élu.

Les participants au vote correspondent à l'ensemble des 79 membres du CME ayant une voix délibérative. Le bureau de vote sera présidé par Mme Sophie Terquem, de la DMA, assistée de deux assesseurs qui procéderont aux opérations de dépouillement. Deux scrutateurs parmi les membres de la CME observeront que les opérations de dépouillement se déroulent dans les conditions requises.

Le président désigne les D^{rs} Patrick Dassier et Alain Faye comme scrutateurs. Il procède ensuite à l'appel à candidatures.

Les candidats déclarés sont le D^r Rémy Couderc et le D^r Anne Gervais.

Le président rappelle que les PH de la CME ont organisé un vote officieux le 10 juin afin de désigner leurs candidats. La candidature du D^r Rémy COUDERC a recueilli 5 voix et celle du D^r Anne GERVAIS dix-sept voix.

Le D^r Anne GERVAIS prononce sa profession de foi :

« Cher(e)s collègues

Je suis candidate à la vice présidence de la CME car je souhaite continuer, dans toutes instances, à porter la parole que j'ai tenue publiquement depuis 4 ans et en CME depuis 18 mois :

pour la défense de l'hôpital public, l'APHP en est un élément emblématique, qualitativement et quantitativement incontournable. En Ile de France l'APHP doit être confortée, renforcée pour assurer son rôle : être l'hôpital de proximité de recours et de référence. L'APHP a un rôle régional, son unicité est la garantie d'une péréquation entre sites. Dans notre quotidien nous affrontons selon nos sites et nos activités des difficultés diverses, notre force est de rester unis et non de restreindre notre champ d'action.

pour l'accès aux soins, dans un contexte budgétaire difficile. Il faut s'en tenir aux principes : les besoins sanitaires doivent être couverts, tous doivent pouvoir avoir accès à une offre de soins et cette offre doit être adaptée aux besoins sanitaires et non à un modèle économique.

La qualité de notre travail est ma principale préoccupation, je ne suis pas seule à penser que nous assistons dans certains cas à une dégradation de la qualité des soins. **Qualité des soins et conditions de travail** sont liés : nous améliorerons les conditions de travail des soignants quand eux-mêmes auront retrouvés la fierté du travail quotidien qu'ils produisent. C'est enfoncer des portes ouvertes mais il faut le rappeler vu le malaise général dans les services pour améliorer la qualité de vie au travail il faut commencer par se préoccuper de la qualité du travail. Comme dit Yves Clot *Un travail soigné est bon pour la santé*. J'ai une vision de praticienne de terrain, enrichie des discussions avec mes collègues, universitaires ou non, PH ou non, titulaires ou non. Les décisions descendantes peuvent gravement

désorganiser des équipes, les fragiliser. Sans me méprendre sur le pouvoir réel du/ de la future vice président(e), je souhaite pouvoir travailler à ce que les décisions prennent en compte la vision médicale de ceux qui produisent le soin. Un management industriel ne répond pas aux nécessités d'une organisation hospitalière. La prise de décision doit pouvoir à chaque fois associer les « acteurs de terrains ».

Les prérogatives du/ de la vice président(e) de CME sont à élaborer en bonne entente avec le président de CME. J'espère pouvoir apporter à ce dernier

- une vision de « praticien de terrain »,
- un travail d'analyse du même ordre de ce que j'ai produit à la sous commission des finances, afin d'apporter des arguments pour les choix que la CME et son président de la CME auront à faire.

Je continuerai à communiquer avec tous mes collègues (PH ou non), pour contribuer à faire passer de la transparence comme j'ai tenté de le faire jusqu'à présent. »

Dans l'hypothèse où elle serait élue, **le D^r Anne GERVAIS** souhaiterait poursuivre sa participation à la sous-commission des Finances. En revanche, elle démissionnerait de la présidence de la sous-commission et souhaiterait que M. Guy Benoît se porte candidat.

Le D^r Rémy COUDERC prononce sa profession de foi :

« Monsieur le président,
Madame la directrice générale
Messieurs les doyens,
Chers collègues, chers amis

Je me présente aujourd'hui devant vous pour l'élection au poste de vice-président.

Quelques mots pour rappeler que je suis pharmacien de formation, biologiste chef du service de biochimie de l'hôpital Armand Trousseau depuis 1999. Mon engagement pour notre profession s'est concrétisé par une participation active à l'action syndicale, en tant que président du Syndicat des Biologistes Praticiens Hospitaliers et HU et vice-président de la Fédération Nationale des Syndicats de Praticiens Biologistes Hospitaliers et HU, qui a particulièrement œuvré pour la publication récente de la loi sur la biologie, que nous avons voulue équilibrée et ouverte pour les universitaires dans son article 7. Notre fédération est l'un des syndicats fondateurs de la CMH dont j'assume le secrétariat depuis plusieurs années.

Cette COORDINATION a pour but de promouvoir et défendre l'hôpital Public et de défendre les intérêts matériels et moraux des Médecins, Biologistes et Pharmaciens qui y exercent et de promouvoir les liens unissant l'hôpital et les alternatives à l'hospitalisation.

Je souhaite avant toute chose rendre hommage à notre collègue Georges Sebbane pour le travail accompli pendant cette première année et demi qui a été l'année de la mise en place d'une nouvelle gouvernance issue de la loi HPST, qui s'est concrétisée, entre autres, par l'installation du comité QSS & CAPCU par le président et la mise en place de la Direction Médico-Administrative dans un contexte économique très contraint que tous ici connaissent. Encore merci Georges.

Mais quel est le rôle du vice-président de la CME de l'APHP ? Rien ou presque n'est écrit dans la loi HPST et dans le règlement intérieur il est simplement stipulé que le « vice-président remplace le Président lorsque celui-ci est indisponible ». Cela signifie donc que le rôle du vice-président est déterminé par le président qui peut lui donner des missions plus ou moins larges, et avec lequel la collaboration doit être efficace et transparente, ce à quoi je m'engage si je suis élu.

Je pense en effet partager avec le président trois préoccupations majeures pour notre institution : la relation entre les GH et le siège, la place de l'APHP dans l'offre de soins en Ile de France et ses relations avec l'ARS et enfin l'évolution de la démographie médicale.

Pour moi les relations entre les GH et le siège doivent être placées sous le signe de la subsidiarité et favoriser les coopérations inter-GH. Bien sûr je n'ignore pas la difficile articulation entre les GH et les Universités.

Comme cela nous l'a été exposé ici à plusieurs reprises l'AP-HP, principalement située dans Paris intra muros, va devoir collaborer à l'offre de soins dans la région, dans une géographie redessinée qui devra respecter l'intégrité de notre institution.

La baisse de la démographie médicale devra nous pousser à trouver de nouvelles organisations permettant de maintenir l'offre de soins et la qualité des soins. Cela ne se fera pas sans une réflexion sur nos statuts et nos carrières à laquelle nous devons tous être associés.

Le vice-président est élu parmi les PH et à ce titre il doit être à l'écoute de ses collègues et sensibiliser le Président à leurs problématiques spécifiques, comme la reconnaissance des activités d'enseignement et de recherche, la pénibilité et la qualité des soins.

Cependant le vice-président représente aussi l'ensemble de la CME et peut se voir confier des missions transversales. En ma qualité de biologiste, j'accepterai volontiers une mission sur la restructuration de la biologie, sujet représentatif de notre capacité à faire évoluer nos pratiques en accord avec les évolutions technologiques tout en préservant nos métiers.

Je vous remercie de votre attention »

Parmi les 79 inscrits, 59 votes sont exprimés. Le D^r Anne GERVAIS recueille 38 voix. Le D^r Rémy COUDERC obtient 21 voix. Un bulletin blanc est comptabilisé.

Le D^r Anne GERVAIS est élue vice-présidente de la CME.

III. Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques : nouvel état des lieux à l'AP-HP

Le D^r Sandra FOURNIER est invitée avec les P^{rs} Vincent JARLIER et Christian RICHARD, à présenter le programme de lutte contre les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques à l'AP-HP. L'accent sera mis sur trois bactéries ayant la particularité de susciter des infections communautaires. Les résistances bactériennes fabriquées ou amplifiées à l'hôpital s'étendent en ville où les patients acquièrent des infections traitées à l'hôpital.

En ce qui concerne le staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM), les données relatives à son évolution dans les hôpitaux montrent une nette amélioration. Les premiers programmes de lutte remontent aux années 1990. Des mesures d'isolement des patients ont alors été prises. Elles ont été rehaussées, dans les années 2000, par la mise en place de campagnes préconisant le recours aux solutions hydro-alcooliques. Toutefois, 200 bactériémies à SARM sont encore recensées par an dans les hôpitaux de l'AP-HP. La vigilance doit se poursuivre.

Les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) peuvent être responsables d'infections communautaires ou nosocomiales. Leur réservoir est le tube digestif. Aux Etats-Unis, celles-ci sont endémiques puisqu'à l'hôpital, 75 % des entérocoques sont résistants à la vancomycine. L'objectif consiste à éviter l'implantation en France de ces bactéries encore exceptionnelles, dont le mécanisme de résistance est transférable au staphylocoque. Une quinzaine de cas ont été décrits aux Etats-Unis.

Durant les premières années, l'évolution des cas épidémiques au sein des hôpitaux de l'AP-HP a suscité des inquiétudes. De nombreuses épidémies inter-hospitalières étaient observées. En 2006, le CCLin de l'Assistance Publique a donc décidé la mise en place de mesures particulières de contrôle de ces épidémies. Des épisodes se produisent régulièrement mais il est désormais possible de maîtriser et contrôler ces épidémies, à condition de prendre d'emblée les précautions adéquates. L'ampleur prise par quelques épidémies est plutôt liée au retard avec lequel les patients porteurs sont découverts ou au délai trop long dans lequel des mesures sont mises en place.

Les entérobactéries sont des bactéries commensales présentes dans le tube digestif. Les plus connues sont *Escherichia coli* et *Klebsiella pneumoniae*. Chaque jour, un patient élimine dans ses selles 10 milliards d'*Escherichia coli*. La transmission est fécale et orale. Ces bactéries sont responsables d'infections communautaires, telle la pyélonéphrite, ou d'infections nosocomiales.

La prescription d'antibiotiques, telles les céphalosporines de troisième génération, favorise la résistance des entérobactéries sécrétrices de bêta lactamases à spectre élargi (BLSE). Lorsqu'un patient développe une infection liée à ces germes, des carbapénèmes sont alors prescrits, au risque d'une sélection d'entérobactéries résistantes à ces antibiotiques.

L'évolution des bactéries BLSE est défavorable. Depuis dix ans, une multiplication par neuf des patients porteurs d'infections, a été observée. Les patients colonisés sont beaucoup plus nombreux, soit quelque 4 500 personnes par an. Ces données se traduisent par 350 bactériémies chaque année.

Il existe un lien entre la résistance bactérienne et la prescription des antibiotiques. Une campagne avait d'ailleurs été menée durant les années 2006 à 2008. Celle-ci avait suscité une baisse de leur consommation. Or en 2013, pour la troisième année consécutive, la consommation d'antibiotiques augmente alors que les cas d'infection ne sont pas devenus plus nombreux.

En toute logique, la consommation des carbapénèmes suit la progression des BLSE. En revanche, il n'existe aucune raison d'augmenter d'année en année la prescription de céphalosporines de troisième génération.

Les entérobactéries productrices de carbapénémases sont résistantes aux carbapénèmes. Le nombre d'alertes au sein des hôpitaux de l'Assistance Publique a fortement augmenté.

Toutefois, 80 % des patients ont vécu une hospitalisation récente à l'étranger. En général, ces cas proviennent de Grèce ou d'Afrique du Nord. En 2008, le Cclin central avait recommandé le dépistage et la mise en isolement de tout patient rapatrié d'un pays étranger.

Actuellement, la part des patients porteurs d'entérobactéries productrices de carbapénémases isolés en France connaît une augmentation. Les alertes permettent d'empêcher la diffusion des cas secondaires.

Des mesures lourdes sont prises, comme le dépistage des personnes rapatriées. Lorsqu'un patient porteur d'une des entérobactéries productrices de carbapénémases est hospitalisé, les recommandations consistent, si possible, à mettre en place du personnel dédié, à dépister les patients contacts et instaurer une organisation des soins visant à limiter au maximum la transmission des bactéries.

En fonction des mesures prises, un gradient du nombre de cas épidémiques est observé. Plus des mesures drastiques sont instaurées, moins les risques d'épidémies sont importants.

En conclusion, des progrès ont été effectués mais la diffusion de nouveaux SARM, producteurs de la leucocidine de Pantone-Valentine (PVL) est observée. Cette enzyme suscite des abcès. La première épidémie, en France, s'est produite en janvier 2013 au sein d'un SSR. La vigilance reste donc de mise. S'agissant des ERV, les mesures de contrôle des épidémies d'autant plus efficaces qu'elles sont précocement appliquées.

Dans les années à venir, la lutte devra s'intensifier contre les entérobactéries BLSE et EPC, qui représentent un nouveau péril fécal. Les actions consistent à :

- améliorer l'hygiène des mains en doublant le nombre de frictions hydro-alcooliques ;
- améliorer la gestion des *excreta* ;
- vérifier que les aides-soignants ont bénéficié d'une formation adaptée ;
- maîtriser l'antibiothérapie.

Le P^r Ariane MALLAT rappelle que le problème des bactéries multi-résistantes constitue une préoccupation pour l'ensemble des groupes hospitaliers. S'agissant des bactéries résistantes aux carbapénémases, leur incidence connaît une croissance exponentielle.

Il serait donc souhaitable que l'Assistance Publique instaure, à l'égard des patients atteints, une politique d'accueil centralisée. Il arrive fréquemment que ces malades, souvent hospitalisés au sein de services de chirurgie, soient ensuite transférés dans un service de médecine, voire dans un service de SSR. Or leur situation nécessite la mise en place de personnel dédié, dans un contexte difficile de gestion des ressources. Par conséquent, la réflexion pourrait porter sur la mise en place de structures d'accueil uniques, au sein des SSR ou d'unités chirurgicales identifiées.

Le D^r Sandra FOURNIER souligne que 72 alertes ont été exprimées l'an dernier. Les patients concernés sont accueillis dans n'importe quel service, qu'il s'agisse de médecine, de chirurgie voire de réanimation.

Une organisation spécifique aux différents groupes hospitaliers est préconisée afin que tel ou tel service permette le regroupement de ces patients afin de rationaliser la gestion des personnels. Au sein de l'hôpital Henri-Mondor, par exemple, ces malades sont regroupés au sein du service de la réanimation chirurgicale. A l'hôpital Bicêtre, quelques lits sont

disponibles au sein du service des maladies infectieuses. Il conviendrait de prendre des mesures comparables au sein des SSR.

Le P^r Christian RICHARD souhaite souligner la qualité de cet exposé visant à une meilleure sensibilisation à la problématique des infections acquises à l'hôpital. Il est vrai que, dans la plupart des cas, le sujet n'est véritablement abordé qu'en cas de confrontation à une épidémie. En matière de prévention, les efforts de formation restent encore insuffisants. La commission Qualité et Sécurité des soins a énuméré un certain nombre d'axes prioritaires définis pour l'année à venir.

Cependant, ces méthodes de prévention ont un coût. Dès lors, elles peuvent être accueillies avec une certaine réserve par les directions des groupes hospitaliers, Lorsqu'une structure spécifique est identifiée, à l'instar de l'organisation mise en place à l'hôpital Bicêtre, il en résulte des conséquences importantes pour le niveau d'activité du service correspondant. Le cas échéant, des financements complémentaires s'avèrent nécessaires par le biais des MIGAC. Enfin, il convient de poursuivre les efforts pour maîtriser la consommation d'antibiotiques comme les céphalosporines de troisième génération qui ont augmenté ces dernières années.

Le P^r Benoît SCHLEMMER, président du Comité national de suivi du Plan Antibiotiques depuis dix ans, met l'accent sur l'importance des politiques menées en matière de formation et d'évaluation professionnelle. Il est essentiel que cette problématique soit prise en compte avec détermination à l'AP-HP dans le cadre du DPC institutionnel.

De multiples études montrent par ailleurs que la prise en charge des malades porteurs de bactéries multi-résistantes accroît la charge en soins et contribue à l'augmentation des coûts. Ceux-ci doivent être confrontés aux investissements générés par les mesures à prendre. De multiples études s'intéressent à cette question. La lutte, dès lors qu'elle est menée en amont, permet des économies.

Le D^r Nathalie DE CASTRO met l'accent sur la nécessité d'installer ces patients dans des chambres individuelles. Le service où elle-même exerce ses fonctions comporte trente lits. Quatre d'entre eux sont régulièrement réservés à la prise en charge de ces malades, souvent dépistés dès leur arrivée dans le service.

En ce qui concerne l'augmentation du recours aux céphalosporines de troisième génération, des précisions sur les causes de ce phénomène seraient souhaitables.

Le D^r Sandra FOURNIER pense que cette évolution résulte de multiples facteurs. Il est rare que des référents disposant d'un temps dédié soient identifiés au sein des hôpitaux et qu'une réévaluation soit effectuée. En outre, il se trouve que le recours aux céphalosporines de troisième génération est particulièrement pratique. En effet, il ne nécessite qu'une seule injection par jour. L'utilisation de cette molécule explose donc depuis quelques années.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne qu'un diagnostic microbiologique recourant au test Gene Xpert, disponible 24 heures sur 24, permettrait de raccourcir les délais. En outre, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet la sortie de l'hôpital des malades colonisés et des malades contacts, dès lors que les soins aigus ne sont plus nécessaires.

Au sein de l'hôpital Saint-Antoine, le coût d'une épidémie liée aux ERV a fait l'objet d'une évaluation. Celui-ci résulte à la fois d'une diminution de l'activité et d'une augmentation des dépenses et atteint 2 millions d'euros. L'impact de telles épidémies, au sein des groupes

hospitaliers, s'avère donc considérable. Il est indispensable que des financements soient identifiés.

Le président suppose que l'abus d'antibiotiques dans le secteur de l'élevage accentue le problème.

Le P^r Benoît SCHLEMMER indique que la consommation animale représente près de 50 % du volume total de l'antibiothérapie. Dans l'entourage géographique des élevages industriels, des employés sont d'ailleurs porteurs de bactéries multi-résistantes d'origine animale. Les spécialistes vétérinaires sont attentifs à la promotion du bon usage des antibiotiques en santé animale. Quant aux spécialistes de la santé humaine, ils ne peuvent s'affranchir de leur propre responsabilité dans la lutte contre les résistances aux antibiotiques.

Le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU pense nécessaire de rappeler aux services de biologie et de pathologie l'importance des précautions à prendre.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme cette nécessité, qui concerne notamment les toilettes disponibles dans les chambres doubles.

Le P^r Jean MANTZ souligne que le groupe hospitalier où il exerce ses fonctions bénéficie d'une tradition d'expertise en infectiologie. Il comporte une unité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales. La phase opérationnelle a consisté à identifier, au sein du service de chirurgie, six lits consacrés aux patients porteurs de bactéries multi-résistantes.

Le D^r Julie PELTIER constate que les quinolones ne sont plus préconisées en première infection pour traiter les sepsis d'origine urinaire, ce qui suscite une augmentation du recours aux céphalosporines de troisième génération.

Le D^r Sandra FOURNIER précise que l'utilisation des quinolones, auxquelles les bactéries sont devenues résistantes, connaît une légère baisse. Toutefois, celle-ci reste moins importante que le recours aux céphalosporines de troisième génération. Il existe probablement une corrélation entre ces deux phénomènes.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que le problème majeur concerne les antibiothérapies inutilement prescrites aux patients qui n'en ont pas besoin, ou plus besoin.

Le P^r Vincent JARLIER souligne que le développement des bactéries multi-résistantes résulte de la consommation excessive d'antibiotiques et de la transmission croisée. Dans ces deux domaines, des indicateurs pourraient être appliqués à chaque service de l'Assistance Publique. En outre, l'accent doit être mis sur cette problématique au sein des facultés de médecine. Les enseignements pourraient être amplifiés en collaboration avec les doyens et un examen annuel pourrait être institué chaque année.

IV. Bilan à mi-parcours du plan stratégique 1010-2014 de l'AP-HP

Le président rappelle que la CME a la première demandé un bilan à mi-parcours du plan stratégique.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que ce bilan permet de bénéficier d'un recul de trois ans sur les réalisations du plan stratégique 2010-2014, même si on peut noter certaines limites. Il ne consiste pas en une évaluation médico-économique portant sur l'impact des

réalisations du plan stratégique 2010-2014. Il s'agit plutôt d'un recensement des actions effectivement réalisées.

Le bilan du plan stratégique est structuré autour de cinq thématiques:

- la gouvernance ;
- l'offre de soins ;
- la politique scientifique et de recherche de l'AP-HP ;
- la gestion des ressources humaines ;
- la stratégie financière.

Il est notamment proposé, dans cet exposé, de revenir sur la création en interne des groupes hospitaliers et l'élaboration d'une doctrine de graduation de l'offre de soins selon trois niveaux. Un point sera également effectué sur l'amélioration des organisations de prise en charge, la convergence accrue des stratégies hospitalières et universitaires et la situation financière de l'Assistance Publique.

○ **Le projet médical**

La création de groupes hospitaliers a conduit, au sein de l'AP-HP, à l'élaboration d'une offre de soins en trois niveaux :

- les activités socle présentes dans chaque groupe hospitalier, c'est-à-dire les urgences, l'aval médico-radio-chirurgical des urgences et la prise en charge de la précarité ;
- les activités de recours à forte dimension universitaire, qui relèvent d'un niveau supérieur aux groupes hospitaliers ;
- les activités intermédiaires, relevant à la fois d'une logique de proximité et d'une logique hospitalo-universitaire, voire d'une spécialisation.

Cette doctrine de graduation de l'offre de soins a été mise en œuvre au travers de trois voies principales. Les restructurations médicales se sont notamment traduites par le transfert d'une trentaine de services cliniques au cours des trois dernières années. La majorité des transferts a mobilisé deux groupes hospitaliers.

Dans les groupes hospitaliers disposant d'un seul pôle MCO, les transferts internes sont plus difficiles à envisager. En revanche, les groupes hospitaliers disposant de plusieurs sites MCO ont été actifs en matière de transferts et de regroupement de services cliniques ou médico-techniques, dans le cadre de leur projet médical. Leur objectif consistait à améliorer la lisibilité de leur offre de soins.

Tel a été le cas pour les hôpitaux universitaires de l'Est parisien, les hôpitaux de Paris Sud, ainsi que le groupe hospitalier universitaire Saint-Louis – Lariboisière-Fernand-Widal. En ce qui concerne le groupe hospitalier Paris Nord Val-de-Seine, les restructurations avaient été principalement réalisées avant la constitution des groupes hospitaliers (entre les sites de Bichat et Beaujon).

Le territoire intra-universitaire s'avère le plus favorable aux transferts de services cliniques.

La graduation de l'offre de soins s'est également traduite par l'élaboration de filières de soins. Celle-ci a constitué l'approche privilégiée dans le domaine de la cancérologie, avec la

labellisation des centres intégrés et des centres experts. En outre, elle a été appliquée à la gériatrie ainsi qu'à la prise en charge l'obésité et la nutrition.

Enfin, la graduation de l'offre de soins concerne l'urgence et l'aval des urgences. Le plan stratégique esquissait ainsi l'hypothèse d'un regroupement des SAU sur un seul site au sein d'un même groupe hospitalier. Au final, ce projet n'a pas été mené à terme dans la mesure où il n'était pas applicable à tous les groupes hospitaliers (certains recouvrant plusieurs territoires de santé).

L'amélioration des organisations et des modes de prises en charge constituait une thématique importante. Dès la première année, des résultats importants ont été obtenus. Ainsi, l'activité de chirurgie ambulatoire a connu une progression de 9 %. D'autres progrès ont été enregistrés dans l'hospitalisation à domicile à partir de 2012. L'activité des plateaux techniques a également été densifiée.

Toutefois, les efforts doivent être poursuivis. Les taux de transferts à partir des SAU restent élevés. La gestion des séjours doit être améliorée pour augmenter la disponibilité des lits, notamment en aval des urgences. Enfin, il convient de resserrer les liens avec la médecine de ville au travers de la constitution de filières.

Autres thématiques importantes du projet médical : la qualité et la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil des patients et des usagers (QSS & CAPCU). Comme le montrent les indicateurs de la Haute Autorité de Santé, la performance de l'AP-HP s'avère apparaît meilleure que la performance moyenne des CHU. Des marges de progrès existent cependant. Le programme d'action élaboré par la commission QSS-CAPCU, au sein de la CME, vise à maintenir une vigilance et un dynamisme sur ces thématiques.

○ **Le projet de recherche**

Sur le plan universitaire, le plan stratégique souhaitait accroître la convergence des stratégies médicales et de recherche. Le bilan s'avère positif, étant donné la position d'excellence de l'AP-HP dans le secteur de la recherche médicale en France. Ainsi, en 2011, 41 % des publications proviennent de l'Assistance Publique, contre 39 % en 2009. En outre, l'AP-HP participe à trois instituts hospitalo-universitaires (IHU).

En revanche, une baisse de la part de l'Assistance Publique dans les financements ministériels en faveur de la recherche médicale est constatée. Il est vrai que les crédits ministériels, notamment en faveur des PHRC, conduisent à une diminution du nombre de projets retenus et des financements obtenus.

En interne à l'AP-HP, des thématiques prioritaires de recherche, en lien avec le projet médical, ont été définies. Par exemple : la gériatrie, la maladie d'Alzheimer, la pédiatrie, etc. En outre, 16 départements hospitalo-universitaires ont été créés, affichant une convergence entre la stratégie de recherche et l'offre de soins.

Enfin, des efforts ont été menés pour le développement de la recherche paramédicale.

○ **Le bilan financier**

En ce qui concerne la trajectoire financière de l'AP-HP, elle s'est nettement améliorée malgré la contrainte financière (liée notamment à la baisse des tarifs et de la réforme de l'AME,

leviers sur lesquels l'AP-HP n'a pas la main). Ainsi, le déficit de l'Assistance Publique sur son compte principal a été ramené de 120 millions d'euros à 70 millions d'euros.

La marge brute, qui constitue un indicateur de viabilité économique à long terme, atteint 4,5 % (+2,5 points en trois ans). A titre de comparaison, les autres CHU atteignent un taux de 6 %.

Enfin, même si l'endettement est maîtrisé, les problèmes posés par la vétusté des bâtiments et des équipements restent importants. En 2013, les efforts porteront sur le plan de travaux et le plan d'équipements.

Le président indique que le rapport de synthèse sera disponible en ligne sur le site Internet de la CME.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souhaite que la mise en œuvre de la seconde partie du plan puisse permettre de rattraper le retard pris en matière de financement des investissements.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que le plan stratégique prévoyait une enveloppe d'investissements correspondant à 1,3 milliards d'euros pour les années 2010 à 2012. Au total, la trajectoire se situe à un niveau légèrement inférieur, de l'ordre de 3 %. Parallèlement, une baisse des recettes était enregistrée dans le contexte de la contrainte générale des finances publiques.

La priorité est actuellement donnée au plan de travaux et au plan d'équipements. Les autorisations d'engagement se verront appliquer une augmentation de 50 %. Elles engagent pour l'avenir les programmes d'investissements en la matière. Quant aux crédits de paiement consacrés aux équipements, ils devraient atteindre 100 millions d'euros par an.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que, dans le cadre du plan stratégique, la création des pôles a suscité une modification importante de la gestion des hôpitaux. Or celle-ci n'est pas évoquée au sein de cet exposé. Il conviendrait de revenir sur le rôle attribué aux chefs de pôle au sein de l'Institution.

M. Pierre-Emmanuel LECERF indique que le bilan, dans son document de synthèse diffusé aux membres de la CME, évoque les pôles dans le cadre de la réforme des groupes hospitaliers. La réduction du nombre de pôles et la réorganisation multi-sites épouse la logique générale sous-tendant la création des groupes hospitaliers. Un audit a été confié à la Direction de l'inspection et de l'audit (DIA). Celui-ci porte sur l'évaluation de la mise en place des pôles observée d'un point de vue managérial.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, souligne qu'une attention particulière doit être portée à l'animation du terrain. Une réflexion nationale est menée au sujet du bilan des pôles. L'Assistance Publique y participera activement.

Le président indique qu'il a récemment assisté à la conférence des présidents de CME de CHU. Celle-ci fait partie des instances qui prendront part à ce bilan. Cependant, les méthodes, les objectifs et les moyens de cette réflexion manquent encore de clarté.

Le doyen Serge UZAN estime qu'une réflexion sur la création de nouveaux GH et U serait nécessaire. L'espace interuniversitaire fournit une réponse intellectuelle à la fongibilité clinique de certains groupes hospitaliers.

Par ailleurs, la recherche fondamentale et les coopérations engagées avec les autres disciplines sont capitales. Au sein de l'institut universitaire de cancérologie, les appels d'offres majeurs lancés en 2013 concernent quasi exclusivement les relations entre la clinique et les sciences dures, la chimie et les nouveaux traitements par exemple. Les sciences dures doivent être définitivement intégrées à la recherche médicale.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, rappelle que les GHU, créés en 2005, entraient dans le cadre d'une logique universitaire. En revanche, ils constituaient un échelon d'animation et non un échelon de pilotage médico-économique et universitaire. Les groupes hospitaliers constituent un niveau où la responsabilité du directeur, du président de CMEL et du chef de pôle est beaucoup plus importante. La création des groupes hospitaliers s'est donc logiquement accompagnée de la suppression des GHU.

En revanche, la réflexion sur cette articulation doit se poursuivre. Certaines universités rassemblent plusieurs groupes hospitaliers en leur sein, notamment à Paris *intra muros*. En périphérie, d'autres établissements universitaires correspondent pour leur part à une bijection entre l'Université et un groupe hospitalier unique.

Le P^r Philippe RUSZNIIEWSKI constate que, dans la plupart des CHU labellisés, l'instauration d'un partenariat a d'abord concerné les sciences dures.

Le D^r Nathalie de CASTRO souhaiterait des informations complémentaires sur le bilan des restructurations. L'un des objectifs affichés consistait à réaliser des économies à court terme en recourant à la réduction des personnels. Il reste à vérifier que le volume de l'offre de soins a été maintenu. A défaut, la diminution de l'activité risquerait de constituer une perte à long terme.

M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que le bilan effectué ne vise pas à évaluer les restructurations. Les enjeux ne portent pas uniquement sur l'activité. Le regroupement des services nécessite une gestion de la contrainte démographique, la mutualisation de certains plateaux techniques et le renforcement de certains axes de spécialité ou recherche.

Au cours des restructurations menées en 2010, une diminution de l'activité a été observée durant la première année. Parfois, celle-ci était simplement liée au déménagement. En revanche, dès la stabilisation de l'organisation au cours de la seconde année, l'activité a connu une hausse.

Enfin, de nombreuses restructurations ont été menées en 2012. Un certain recul est donc nécessaire pour procéder à une analyse.

V. Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), plan global de financement pluriannuel (PGFP) et compte financier 2012 de l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER indique que la situation des comptes clos au 31 décembre 2012 a été mise en ligne sur le site Internet de la CME et ne sera donc présentée en séance. Le budget 2013 est arrêté par la directrice générale de l'établissement. Il a fait l'objet de longues discussions au sein de la Commission activités ressources ainsi que d'une présentation au conseil de tutelle de l'Agence Régionale de Santé du 2 mai 2013. Celle-ci dispose de trente jours pour procéder à son examen. Enfin, le budget sera adressé, pour information, au conseil de surveillance de l'AP-HP.

L'EPRD 2013 s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue du résultat comptable malgré un contexte de forte contrainte. Ainsi, la convergence intra-sectorielle représente sur trois années, un effort portant sur 40 millions d'euros par an. La tarification AME génère une perte tarifaire correspondant à 38 millions d'euros pour la seule année 2012.

Le déficit 2012 s'établit à – 70,3 millions d'euros sur le compte principal. Il représente moins de 1 % des produits et s'avère conforme aux prévisions. Tous comptes confondus, l'exercice se clôt à – 20,7 millions d'euros. Le résultat s'avère meilleur que la prévision, ce qui est la conséquence d'une politique de cession plus active que la prévision.

En 2013, le contexte s'avère difficile. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fortement contraint, ce qui induit des effets sur la politique tarifaire et le gel de dotations.

L'EPRD reflète en conséquence une politique interne volontariste. Au travers du cycle de gestion, la contractualisation avec les groupes hospitaliers a porté sur l'augmentation prévisionnelle d'activité et la maîtrise de la dépense le tout s'établissant à 102 millions d'euros d'effort d'efficience. Les évolutions sur les charges et les produits exceptionnels, permettront un effort complémentaire, à hauteur de 28 millions d'euros. Par ailleurs, l'Assistance Publique a proposé à l'Agence Régionale de Santé de décaler de deux années le retour à l'équilibre. Cet engagement est ramené à l'horizon de 2015.

S'agissant de l'activité, l'un des effets de la contrainte actuelle concerne la baisse des prix. Celle-ci s'établit à – 1,08 % pour l'AP-HP en 2013. Un travail commun avec les groupes hospitaliers a été mené quant aux prévisions de volumes. L'augmentation du volume d'activité devrait atteindre 2,6 %, essentiellement liée à des mesures nouvelles. Sur le socle, (hors moyens complémentaires), l'augmentation de l'activité devrait correspondre à 0,45 %.

Les dotations représentent la seconde contrainte de l'exercice 2013. Elle se traduit dans les comptes par une baisse de – 3,2 % soit un manque à gagner de 40 millions d'euros. Pour autant, l'Assistance Publique n'a pas encore obtenu de financements complémentaires toujours en cours de négociation.

L'AP-HP exprime des attentes particulières au sujet de certaines MIG inscrites dans les réflexions nationales :

- l'accompagnement de la prise en charge de la précarité ;
- le financement de la politique de lutte contre les bactéries multi-résistantes ;
- la permanence des soins.

D'autres attentes portent sur les subventions aux investissements :

- la poursuite du financement du bâtiment Larrey B à l'hôpital Avicenne ;
- la concrétisation du « fonds spécial pour l'investissements matériel médical de proximité », annoncé par le ministre de la Santé le 4 mars 2013.

En ce qui concerne l'évolution des autres recettes, les tarifs journaliers de prestations connaissent une augmentation de 3 % au 1^{er} juin 2013. Parmi les autres produits, le programme de facturation des chambres individuelles se poursuit.

S'agissant des charges, la masse salariale connaît une augmentation de 100 millions d'euros, soit 2,44 %. Elle résulte notamment de l'effet année pleine des recrutements opérés au cours du second semestre 2012 ainsi que des mesures catégorielles et de l'augmentation des

cotisations retraite. Les efforts d'efficience portent sur le personnel non permanent, l'intérim et les heures supplémentaires.

La hausse des charges médicales, générales et hôtelières est conforme aux évolutions nationales avec des efforts d'efficience à la clé (8 M€ sur le titre 2, 6 M€ sur le titre 3).

Le projet d'EPRD s'établit ainsi à – 69,9 millions d'euros sur le compte principal. En dépit des contraintes, l'Assistance Publique vise une stabilisation du résultat prévisionnel en 2013. Ce résultat inclut un gel d'environ 20 millions d'euros soit :

- 8 millions d'euros sur les tarifs ;
- 6,5 millions d'euros sur les FIR ;
- 5 millions d'euros sur le FMESPP.

Le résultat consolidé prévisionnel, tous comptes confondus, s'établirait à – 20 millions d'euros. La capacité d'autofinancement correspondrait à 266,3 millions d'euros. Pour autant, les engagements sur l'investissement sont maintenus à hauteur de 378 millions d'euros pour 2013. Le financement repose notamment sur une politique active de cessions.

Dans le cadre de la perspective pluriannuelle sur huit ans, l'ONDAM devrait continuer à être fortement contraint, le contexte pluriannuel restant ainsi peu favorable. En matière d'exploitation, les efforts d'efficience se poursuivront. Ils porteront sur l'augmentation de l'activité et la baisse de la dépense.

Les hypothèses pluriannuelles s'appuient en effet sur une augmentation réaliste du volume d'activité correspondant à + 1,5 % en 2014 et 2015 et + 1 % à partir de 2016. Les dotations sont considérées comme stables (+ 0,5 % par an). Les dépenses de personnel devront viser par rapport au tendancier observé à une efficience de – 0,5 % en 2014 et 2015 et – 0,2 % en 2016. S'agissant des autres dépenses, les économies attendues sont de – 10 millions d'euros d'économies par an (cf programme PHARE).

La poursuite des efforts d'investissements devra permettre l'entretien courant des bâtiments, des équipements et du système d'information. Une enveloppe annuelle de 375 millions d'euros à 430 millions d'euros est prévue à cette fin.

Une répartition équilibrée est prévue entre :

- les travaux, pour des opérations de mise en sécurité technique, les petites opérations de restructuration et les plans de travaux courants ;
- les équipements, pour un montant de 90 millions d'euros à 110 millions d'euros ;
- le système d'information, pour un budget de 65 millions d'euros à 85 millions d'euros.

En revanche, le programme d'investissements ne permet pas le financement des grandes opérations liées aux bâtiments pour lesquels l'Assistance Publique requiert un cofinancement national.

A l'avenir, l'AP-HP continuera à rechercher l'augmentation continue de sa capacité d'autofinancement. La politique de cession immobilière devrait rapporter 200 millions d'euros de 2013 à 2017. Enfin, l'Assistance Publique poursuivra sa recherche de subventions d'investissement.

L'endettement restera maîtrisé, conformément au décret. Par ailleurs, l'AP-PH continuera le travail mené sur le financement à court terme de l'activité par l'accélération de la facturation et du codage et l'amélioration du recouvrement.

Le retour à l'équilibre comptable, tous comptes confondus, est prévu en 2015.

Pour les immobilisations, l'ensemble des investissements représente 318 millions d'euros à 430 millions d'euros en 2020. Dans les trois prochaines années, les remboursements seront de plus en plus élevés tandis que le recours à l'emprunt se réduira.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que l'EPRD 2012 vient d'être notifié au comité exécutif de son GH. Les charges supplémentaires pesant sur les groupes hospitaliers se montent à 12 millions d'euros. Or cette annonce n'avait pas fait l'objet de discussions préalables. En 2012, 80 % du fonds d'investissement régional (FIR), doté de 80 millions d'euros, n'a pas été dépensé. Ce FIR constitue un impôt supplémentaire prélevé par l'Agence Régionale de Santé sans que l'Assistance Publique en bénéficie.

Par ailleurs, la T2A constitue un système mortifère qui conduit à la diminution des tarifs. L'activité ne correspond plus à un prix réel.

M^{me} Carine CHEVRIER précise qu'un travail a été mené avec les directions des finances et les directeurs de groupes hospitaliers au sujet des comptes de résultats 2012. De fait, le FIR prend une ampleur importante. Il correspond au plan national à 3,3 milliards d'euros en 2013. Onze MIG basculent dans le FIR. L'Agence Régionale de Santé pourra disposer de cet outil dans le pilotage de sa politique territoriale.

En ce qui concerne l'activité, la contractualisation menée avec les groupes hospitaliers se veut la plus réaliste possible.

Le D^r Anne GERVAIS explicite que ce point a fait l'objet d'un débat en sous-commission activité ressources. La progression de l'activité, fût-elle limitée, semble un objectif difficile à atteindre alors même qu'une tendance à la baisse de la qualité des soins est constatée. L'activité, en réalité, devrait plutôt diminuer. Le président de la CME a d'ailleurs souligné que l'activité, au cours des premiers mois de l'année, était restée inférieure aux prévisions.

En outre, une économie de 18 millions d'euros à 21 millions d'euros est prévue chaque année sur la masse salariale. Il paraît difficilement concevable que celle-ci s'appuie sur un moindre recours à l'intérim et aux heures supplémentaires. Même en situation de plein emploi, il convient de tenir compte du taux d'absentéisme et des congés maternité.

Si ces personnels ne sont pas remplacés, l'activité devrait encore diminuer. Au quotidien, les difficultés rencontrées par les services risquent de s'accroître. L'hôpital n'est pas une chaîne de production. Il n'est pas possible d'y travailler à flux tendu. Dans une telle situation, les risques ne peuvent que s'accroître pour les malades et les soignants.

Le budget dévolu à la masse salariale correspond à 60 % du budget. Or l'activité médicale est une activité de main d'œuvre. Il n'est pas envisageable de conférer une dynamique à l'activité en baissant les marges affectées à la main d'œuvre.

En outre, le taux de vétusté des bâtiments de l'AP-HP est élevé. Les investissements prévus pour les équipements, soit 80 millions d'euros, ne permettront pas le rattrapage du retard. Il ne s'agit donc pas d'une participation à la progression de l'activité.

Enfin, une sous-consommation des investissements destinés aux travaux a été constatée en 2012. Il conviendrait en 2013 de consommer cette manne budgétaire.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que les prévisions relatives à l'activité, fruit d'un travail long et concerté avec les groupes hospitaliers, reposent sur des hypothèses réalistes. En ce qui concerne la masse salariale, l'effort porte sur une économie de 20 millions d'euros en 2013. L'année dernière, un niveau de plein emploi a été atteint. L'ensemble des recrutements pour lesquels l'Assistance Publique s'était engagée ont été effectués. Il reste à en tirer toutes les conséquences en 2013 et en 2014 pour le niveau des remplacements.

Des marges de manœuvre sont recherchées pour les investissements. En 2011-2012, les investissements réalisés pour les équipements, hors des grands bâtiments, correspondaient à un montant compris entre 55 millions d'euros et 60 millions d'euros. Cette année, les crédits de paiement devraient se monter à 90 millions d'euros. Un budget de 110 millions d'euros devrait être consacré cette année aux équipements.

La sous-consommation du budget destiné aux travaux fait l'objet d'un suivi mensuel. L'enveloppe qui n'a pas été totalement dépensée en 2012 et a servi à rembourser de manière anticipée une partie de la dette dont la charge portera sur l'année 2016 et à abonder les fonds propres. Cette année, les crédits ont été notifiés dès le 7 janvier et font l'objet d'un suivi mensuel de l'état de la consommation. Un bilan sera fait au mois de juin avec la Directrice générale pour envisager, le cas échéant, une réallocation.

Le P^r Bertrand GUIDET estime que, sur le plan quantitatif, l'Assistance Publique ne peut espérer une augmentation continue du nombre de séjours. Sur le plan qualitatif, l'AP-HP se trouve extrêmement défavorisée. La suppression de l'AME a suscité un manque à gagner de 10 millions d'euros dans le budget 2013. Un accompagnement de l'Agence Régionale de Santé, à l'aide du FIR, est nécessaire pour la prise en charge de la précarité ou des soins nécessités par les bactéries multi-résistantes. À défaut, une sélection de la clientèle pourrait s'imposer.

Dans le secteur des activités innovantes, bien des actes ne peuvent faire l'objet d'un codage par la CPAM. En effet, l'actualité a été opérée de manière très marginale. De nombreux services, notamment en chirurgie, sont extrêmement défavorisés. Au total, ce sont à la fois les secteurs d'excellence et les activités de proximité qui en pâtissent.

Le P^r Paul LEGMANN constate que les investissements dévolus aux équipements seront maintenus. Le budget sera compris entre 90 millions d'euros et 110 millions d'euros. En revanche, l'importance des investissements prévus pour l'informatique, soit une fourchette de 65 millions d'euros à 85 millions d'euros, peut surprendre au regard des résultats obtenus.

En outre, selon le trésorier payeur général la somme des impayés devrait atteindre 80 millions d'euros. Celle-ci sera répartie sur chaque groupe hospitalier.

M^{me} Carine CHEVRIER souligne que le niveau des impayés traduit les effets de la crise. Cependant, les admissions en non valeurs sont stables entre 2011 (38 millions) et 2012 (35 millions). La facture exhaustive et immédiate permet une rapidité accrue de l'encaissement et évite des difficultés de recouvrement.

Le P^r Paul LEGMANN demande si la cession du Siège et le déménagement consécutif sont intégrés aux prévisions financières.

M^{me} Carine CHEVRIER répond que les restructurations importantes ne figurent pas parmi les cessions et les investissements projetés.

Le président précise que les créances irrécouvrables ont fait l'objet d'une excellente présentation lors de la dernière réunion du Conseil de surveillance. Ce sujet pourra être présenté à la CME.

Le D^r Alain FAYE souligne que l'Institution compte recourir à une enveloppe nationale pour le financement des investissements immobiliers et des petits équipements de proximité, qui participent à l'attractivité de l'Assistance Publique. La Direction se fonde sur les déclarations de M^{me} Marisol TOURAINE, ministre de la Santé. En toute logique, l'EPRD devrait consacrer quelques lignes à la solvabilité de l'Assistance Publique.

Par ailleurs, l'ambition affichée d'un retour à l'équilibre témoigne d'une dynamique vertueuse, en dépit de maintes incertitudes.

Enfin, l'Assistance Publique exprime un engagement quant à l'affectation du produit des cessions immobilières et d'autres revenus annexes. La communauté souhaitera vérifier la mise en œuvre de cet engagement.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle qu'un plan national de mobilisation pour l'hôpital public est prévu. Il paraît donc cohérent que l'Assistance Publique, au titre de ses programmes d'investissements, sollicite une part de l'enveloppe fléchée qui sera directement prélevée sur l'ONDAM.

En matière d'autofinancement, l'effort de l'AP-HP sera essentiellement soutenu par la CAF et cession de terrains. Le retour à l'équilibre correspond à un engagement annuel. Au travers des trois derniers exercices, celui-ci a été tenu.

Les cessions de patrimoine, dont l'Assistance Publique est riche, constituent une chance. Les restructurations permettent la libération d'espaces dans des zones intéressantes. Il paraît légitime de recourir à un tel levier.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, rappelle que la mise au point d'une perspective pluriannuelle, en parallèle à la présentation de l'EPRD, correspond au cadre réglementaire. Celle-ci est fondée sur des hypothèses. C'est la tutelle qui maîtrise la politique tarifaire.

Le même exercice avait été pratiqué l'année dernière. Pour la première fois, le plan pluriannuel avait été validé par l'Agence Régionale de Santé, le ministère des Finances et le ministère de la Santé. En 2013, les décisions relatives à la politique tarifaire ne correspondent pas aux hypothèses élaborées l'année dernière. Celles-ci étaient beaucoup plus sévères. Les tutelles ne prennent pas d'engagement à respecter l'exercice pluriannuel. Celui-ci se contente de fournir des ordres de grandeur.

Cette année, l'Assistance Publique sollicite un décalage de deux ans pour opérer le retour à l'équilibre du compte global et du compte principal. Les hypothèses réalistes, qui ne sont pas généreuses, ont été prises en compte. Jusqu'à présent, ces hypothèses réalistes ont été déçues. Les dégels sont restés très limités, notamment en 2011. L'Assistance Publique doit faire preuve de vigilance quant aux cessions patrimoniales. Par rapport à la discussion de la loi Duflot, quelques mois ont été gagnés. Toutefois, si la cession de ce patrimoine n'est pas réalisée au prix qu'il mérite, ce manque à gagner pèsera sur les investissements.

Le président indique que ce budget a été présenté au conseil de tutelle de l'ARS. La direction générale, la direction des finances et la présidence de la CME ont demandé avec insistance qu'une juste répartition des MIGAC soit favorisée et que l'aide aux investissements de proximité, annoncée par le ministère de la Santé, se concrétise.

VI. Rapport annuel 2011 de la commission centrale d'activité libérale (CCAL de l'AP-HP)

Le président rappelle que M. Noël RENAUDIN a élu président de la commission CCAL en mars 2012. Le rapport d'activité présenté ce jour, et ce pour la seconde année consécutive, émane d'une commission dont il n'était pas président en 2011. Il serait souhaitable qu'à l'avenir, ce rapport d'activité puisse être présenté dans un délai plus raisonnable.

M. Noël RENAUDIN indique que des dispositions ont été prises en concertation avec les représentants des commissions locales d'activité libérale pour qu'en 2014, les délais de diffusion du rapport 2012 soient tenus. Celle-ci devrait intervenir avant la fin de l'année 2013 ou au tout début de l'année 2014.

L'introduction du rapport a pour objet de rappeler que l'encadrement de l'activité libérale à l'hôpital donne lieu à trois corps de règles différents.

Celles-ci concernent tout d'abord le principe de tact et mesure. Son respect relève de la responsabilité du Conseil de l'Ordre pour les relations bilatérales entre les patients et les praticiens et de la responsabilité de l'Assurance Maladie pour les statistiques relatives au comportement des praticiens en matière d'honoraires.

Le second ensemble de règles émane du Code de la Santé. Celles-ci concernent la quotité du temps de travail des médecins, la prédominance de l'activité publique sur l'activité privée et la déclaration des honoraires, la redevance et l'affichage.

Enfin, un troisième volet de règles vise à organiser l'hôpital pour que l'ensemble des patients, quel que soit leur circuit, puisse accéder au juste soin et ceci, au bon moment.

Les commissions d'activité libérale sont spécifiquement chargées de vérifier la mise en œuvre du second système de règles. Elles sont compétentes pour organiser collectivement l'accueil, en coopération avec la Direction des groupes hospitaliers. L'objectif visé est l'amélioration de la prise des rendez-vous.

Le rapport propose une description statistique de l'activité libérale au sein de l'Assistance Publique. Par rapport à l'année précédente, le nombre de praticiens se livrant à une activité libérale a peu évolué. Il en va de même pour les spécialités dans lesquelles ces praticiens sont le plus volontiers recrutés. C'est dans le secteur de la chirurgie et celui de la gynécologie obstétrique que le taux d'activité libérale reste le plus élevé. Enfin, les enjeux financiers restent analogues. Le montant global des honoraires perçus par les praticiens exerçant une activité libérale reste comparable. La redevance reste du même ordre.

L'année dernière, le rapport avait conclu que les règles étaient massivement respectées, à quelques exceptions près. Cependant, il n'était pas possible de vérifier ce respect des règles dans une proportion de l'activité correspondant à 10 % de l'ensemble, faute d'une communication convenable entre les praticiens, les commissions locales et la commission centrale.

Cette année, la commission centrale a souhaité mettre en œuvre une vérification des cas incertains pointés en 2012. Une fois ce contrôle réalisé, il est apparu que les gains concernés n'étaient pas douteux ou que des rectifications ont été opérées. Les praticiens concernés ont modifié leur déclaration. Enfin, l'un des cas concernait un praticien qui est parti à la retraite.

En ce qui concerne l'exercice 2011, les cas douteux sont très limités. La qualité de la communication avec les commissions locales d'activité libérale y contribue. Les règles sont très majoritairement respectées à l'exception de la règle de l'affichage.

En outre, les honoraires déclarés par un petit nombre de praticiens paraissent difficilement conciliables avec les relevés établis par l'Assurance Maladie. La commission instruira ces quelques situations de manière plus approfondie. Elle se prononcera sur la nécessité ou non d'engager la procédure de sanctions prévues par le Code de la Santé.

Le président rappelle que la position de la CME par rapport à l'activité libérale consiste à exiger l'application de la loi : la loi, toute la loi et rien que la loi. Cette année, la commission présidée par M^{me} Dominique LAURENT a tenté d'établir des règles plus précises pour définir le tact et la mesure. Son contrôle n'appartient pas aux commissions d'activité libérale des hôpitaux. Il relève de la responsabilité de l'Ordre des médecins et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Ces dispositions ont abouti à la signature de l'avenant n° 8. Le point le plus ambigu concerne la triple surveillance de l'activité libérale à l'hôpital : 1. commissions d'activité libérale locales et centrale ; 2. Ordre des médecins ; 3. Caisse nationale d'assurance maladie. Enfin, les élus de la Nation (Assemblée nationale, Sénat) et le gouvernement s'intéressent de près aux enjeux symboliques de l'activité libérale à l'hôpital.

Une partie des honoraires des praticiens est reversée à l'Assistance publique, soit un total de 7 millions d'euros en 2011.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souhaite que les présidents de CMEL soient informés des déviations dont certains praticiens se rendent responsables. Tel n'est pas le cas à l'heure actuelle. Des mesures doivent être prises si nécessaire.

M. Noël RENAUDIN répond que le conseil de l'Ordre n'est pas compétent pour statuer concernant l'accès aux équipements. S'agissant du principe du tact et de la mesure, il revient au conseil de l'Ordre de vérifier si le niveau des honoraires pratiqués par un médecin sont exagérés au regard de la situation d'un patient.

S'agissant de cas particuliers, la loi prévoit la confidentialité de la procédure et ne prévoit pas, en tant que telle, l'information des CMEL. En revanche, il est prévu qu'une information soit dispensée aux présidents des commissions locales d'activité libérale (CLAL), au sein desquelles les présidents de CMEL ont désigné des représentants.

L'information peut circuler mais elle ne circulera pas. En effet, il s'agit de données confidentielles examinées dans le cadre d'une instruction dont l'issue n'est pas connue. La commission centrale ne saurait diffuser ces informations nominatives. Par conséquent, l'information restera limitée aux CLAL.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE objecte qu'une commission d'activité libérale peut être présidée par un praticien qui ne fait pas partie du groupe hospitalier. Il n'est pas normal que des informations paraissent dans la presse alors qu'elles n'ont pas été confirmées.

M. Noël RENAUDIN souligne que la procédure engagée à l'encontre de deux praticiens a été conduite à son terme jusqu'à une décision de sanction énoncée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. L'information des médias émanait des praticiens eux-mêmes. La procédure prévoit des sanctions. Elle ne prévoit pas la publicité des sanctions. La commission centrale ne s'y prêtera pas.

Le D^r Julie PELTIER considère que le principe du tact et de la mesure pose un réel problème. Parallèlement, se pose la question de l'accès aux équipements, aussi bien en chirurgie qu'en radiologie par exemple. Un contrôle effectué par trois entités différentes risque de susciter une inefficacité du contrôle.

M. Noël RENAUDIN répond que le Conseil de l'Ordre n'est pas compétent pour statuer concernant l'accès aux équipements. S'agissant du principe du tact et de la mesure, il revient au Conseil de l'Ordre de vérifier si le niveau des honoraires pratiqués par un médecin sont exagérés au regard de la situation d'un patient.

L'avenant n° 8 a instauré la possibilité, pour l'Assurance Maladie, de porter un regard statistique sur le comportement des praticiens. Ceux-ci ne doivent pas, en moyenne, dépasser les tarifs de responsabilités au-delà d'un certain pourcentage. En outre, ils doivent effectuer une discrimination entre leurs patients. Les responsabilités sont clairement précisées. Actuellement, l'absence d'un regard attentif prévaut sur le principe de tact et de mesure.

Quant à l'accès aux équipements, il s'agit d'un sujet fondamental. L'enjeu, pour les malades qui se présentent dans une certaine situation d'urgence, consiste en une prise en charge dans un délai raisonnable. Cet objectif ne relève pas de la responsabilité de l'Ordre des Médecins ou de l'Assurance Maladie. Celle-ci revient à la direction de l'hôpital et à la commission locale d'activité libérale.

Dans ce domaine, des progrès sont nécessaires. Un certain consensus entre les commissions locales et la commission centrale s'est dégagé en vue de l'élaboration d'une charte de l'activité libérale à l'AP-HP. Celle-ci pourrait servir de support aux engagements que prennent les praticiens lorsqu'ils signent des contrats d'exercice libéral.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite savoir si les sanctions prises à l'égard des deux chirurgiens ont été requises par le Conseil de l'Ordre ou par d'autres commissions.

M. Noël RENAUDIN indique que ces sanctions ont été proposées par la commission. Elles ont été acceptées par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Ces procédures ont été conduites en 2012 et figureront dans le rapport relatif à l'année concernée.

Le P^r Jean-Philippe WOLF évoque l'impact de l'activité privée exercée par certains praticiens sur le fonctionnement des services. En effet, cette activité privée amène certains d'entre eux à requérir des privilèges et des passe-droits.

M. Noël RENAUDIN rappelle le principe du respect des règles formelles énoncées dans le Code de la Santé publique au sujet de la déclaration des honoraires et de l'affichage. Dans l'organisation des services, l'activité privée ne doit pas faire obstacle au bon fonctionnement de l'hôpital public. L'accueil de l'ensemble des patients doit avoir lieu dans des conditions satisfaisantes. Sur ce point, les commissions locales d'activité libérale ont entrepris une réflexion.

Le D^r Nathalie de CASTRO estime que le contrôle réalisé par la commission reste très limité. En effet, certains médecins recourent à des pratiques incontrôlables, comme le règlement de la main à la main pour des sommes qui ne sont pas déclarées. Des chefs de clinique remplacent le praticien censé opérer le malade qu'il a reçu en consultation.

Pour simplifier le contrôle, la commission pourrait préconiser que le patient acquitte directement à l'hôpital tel acte relevant de l'activité libérale. La somme serait ensuite reversée au praticien.

M. Noël RENAUDIN précise que la commission ne préconise pas cette mesure. Elle n'est pas certaine qu'une telle orientation puisse mettre fin au problème. Cette problématique a failli faire l'objet d'un vote au Parlement. Finalement, l'amendement n'a pas été proposé. Les consultations dispensées dans le cadre de l'exercice libéral ont souvent lieu à des heures tardives durant lesquelles les caisses des hôpitaux ne sont plus ouvertes. En outre, le recouvrement des honoraires libéraux ne peut pas suivre les mêmes règles que le recouvrement des créances publiques.

Le D^r Sophie CROZIER souhaiterait que la commission jette un regard attentif aux délais observés dans la prise de rendez-vous. Cet indicateur reste un enjeu important. L'activité libérale pourrait également faire l'objet de contrôles.

M. Noël RENAUDIN indique que des discussions ont eu lieu avec Mme Sibyle Veil sur ce point. Des expérimentations relatives à la prise de rendez-vous sont organisées. Cependant, ce n'est pas l'activité privée qui allonge les circuits d'accès à l'hôpital public. Celle-ci fait ressortir l'importance des délais publics lorsqu'ils sont longs. En comparaison, elle constitue un moyen d'accéder aux soins dans des délais raisonnables. Quant à la question des files d'attente, ce point est examiné par la commission.

Le P^r Noël GARABEDIAN estime que le principe du tact et de la mesure est géré par la CNAM de manière efficace. 62 praticiens d'Ile-de-France, qu'il s'agisse de praticiens hospitaliers ou de praticiens hospitalo-universitaires, ont été contactés personnellement au téléphone. Ils ont été prévenus que leur tarification est trop élevée. La surveillance est étroite.

Le président indique que la CNAM dispose des informations relatives aux gains des différents praticiens d'Ile-de-France qui exercent une activité libérale.

Le D^r Alain FAYE insiste sur le travail effectué au sein de la commission pour renforcer le respect des règles. Pour autant, la commission libérale ne peut faire l'économie d'un certain nombre de constats. Les problématiques soulevées fourniront la matière à la réflexion menée dans le cadre de l'élaboration d'une charte.

Les praticiens disposant d'une activité libérale au sein d'un service ont pour mission collective de mettre à disposition des patients une consultation quotidienne sans rendez-vous. Un patient muni d'une lettre rédigée par son médecin traitant pourrait y accéder rapidement.

Le président de CME locale constitue un acteur important qu'il convient d'informer des travaux menés au sein des commissions locales. Il paraît légitime que la commission d'activité libérale lui présente annuellement un bilan. L'information doit être recueillie auprès du terrain.

VII. Travaux de la commission centrale d'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

Le D^r Michel DRU, présente le bilan annuel de la CCOPS qui est une commission réglementaire, contrairement aux autres sous-commissions de la CME. Le règlement intérieur de l'AP-HP précise certains aspects de son fonctionnement. Sa composition est précisée par l'article 7 de l'arrêté modifié du 30 avril 2003. Elle comprend « *la directrice générale ou son représentant, le président de la CME ou son représentant et des personnels médicaux dont la moitié font des gardes ou des astreintes* ».

L'annexe 11 du règlement intérieur fournit d'autres précisions relatives à la composition de la CCOPS. Elle précise que celle-ci comprend des internes, des chefs de clinique assistants, des praticiens attachés, des praticiens contractuels, des PH, des PU-PH et des représentants des spécialités médicales, notamment des praticiens des urgences, de la réanimation médicale, de chirurgie, de radiologie, de psychiatrie, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique, d'anesthésie et réanimation, de cardiologie, de biologie et d'ORL. Enfin, elle comprend un représentant des présidents de COPS locales.

Le psychiatre nommé à la COPS centrale a rejoint le secteur privé. En conséquence, il manque un psychiatre ainsi qu'un praticien contractuel qui depuis a changé de statut.

Les missions réglementaires de la commission concernent le schéma d'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activités et par groupe hospitalier. Un cadre est défini à l'usage des COPS locales. La commission dispose d'une fonction de recours en cas de litige ou de contestation au sujet des organisations retenues au plan local.

Elle fournit un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements afin d'assurer la permanence des soins.

Jusqu'à ce jour, six réunions ont été organisées. Les groupes hospitaliers de l'Assistance Publique correspondent à autant de situations particulières. Selon les groupes hospitaliers, les tableaux de services étaient incomplètement remplis. Les textes réglementaires donnaient lieu à une interprétation variée. La CCOPS est soumise aux souhaits de l'Agence régionale de santé en matière de permanence des soins.

Elle assure le suivi des dépenses de la permanence des soins des établissements de santé ainsi que le suivi et la mise en œuvre des schémas régionaux.

En ce qui concerne le suivi des dépenses 2012, un point détaillé a été réalisé par le biais d'enquête auprès de chaque site. Une demande d'explication a été adressée à chaque président de CMEL et chaque directeur de groupe hospitalier au sujet de l'augmentation des dépenses relatives à la permanence des soins.

Celle-ci représente 120 millions d'euros chargés dont 66 millions d'euros sont affectés par le fonds d'intervention régional (FIR). En 2014, celui-ci octroiera seulement 60 millions d'euros. Le reste sera financé par les recettes de l'Assistance Publique.

Une réflexion a été menée sur le coût des astreintes opérationnelles et forfaitées. Des travaux ont également été menés sur l'organisation des gardes, notamment la garde pédiatrique et la garde d'endoscopie digestive.

En outre, un travail est mené au sujet de la continuité du service et des visites du dimanche. Selon les groupes hospitaliers, les situations s'avèrent différentes. L'objectif consiste à instaurer un seul schéma au sein de l'AP-HP.

Un contrat-type de temps de travail additionnel a été élaboré. Il sera distribué aux directeurs des différents groupes hospitaliers et sera mis en place à partir de janvier 2013.

La commission assure également le suivi en lien du dossier relatif au repos de sécurité des internes, en lien avec le groupe de travail de l'internat.

Elle évalue à l'impact suscité par l'évolution réglementaire du CET, liée aux arrêtés parus à la fin du mois de décembre 2012, sur les dépenses au sein de l'AP-HP.

Elle gère le suivi de l'avancement du projet d'informatisation de la gestion du temps de travail du personnel médical.

Le président demande s'il est encore possible de réduire les dépenses en matière de permanence des soins. D'importants efforts ont d'ores et déjà été réalisés lors de la précédente mandature de la CME. Après cela, est-il encore possible de diminuer le nombre des gardes et astreintes ?

Le P^r Gérard CHÉRON, en qualité de Président de la CCOPS sous l'ancienne mandature, souligne que l'ampleur de la masse monétaire consacrée à la permanence des soins est telle qu'elle méritait les efforts. Un certain nombre de mesures ont été évoquées mais ne sont pas concrétisées par la suite.

Le problème des tableaux de service n'est toujours pas réglé. En vertu du principe que la commission souhaitait instaurer, l'absence de transmission d'un tableau de service mensuel implique que l'ensemble des praticiens aient pris leurs congés annuels et leur journée de RTT au cours du mois écoulé. Toutefois, il est considéré que cette mesure ne serait pas légale. La nouvelle commission pourrait traiter ce sujet.

Par ailleurs, le CCOPS a tenté d'opérer une distinction entre la permanence des soins et la continuité des soins. Ces deux aspects de l'activité de soins doivent être traités en parallèle. Le financement de la continuité des soins, pour sa part, revient aux groupes hospitaliers.

Les équipes de direction et les CCOPS locales ont été rencontrées, il apparaît que les groupes hospitaliers manifestent une volonté très inégale dans le traitement du problème.

M. Michel DRU rappelle qu'il était vice-président de la CCOPS lors de la mandature précédente et qu'il a toujours appartenu à cette commission depuis sa création.

Des lignes de garde ont été supprimées en vue de la réalisation d'économies et leur transformation en astreintes. Or des efforts sont régulièrement demandés. En province, les gardes sur place sont moins fréquentes. Des astreintes sont organisées en chirurgie. L'AP-HP pourrait prendre modèle sur ce système. A l'heure actuelle, l'Assistance Publique joue un rôle particulier dans la formation. La garde constitue un moment privilégié pour l'acquisition du métier.

Le D^r Julie PELTIER revient sur la notion de continuité de soins. Au sein du groupe hospitalier Paris Est, la rémunération du dimanche matin suscite des remous. L'objectif consiste à opérer une harmonisation en interne et au sein de l'AP-HP. Actuellement, les

services sont répartis en deux groupes, qui relèvent respectivement de la permanence des soins et de la continuité des soins. La charge du travail du dimanche est évaluée en fonction du nombre d'entrants et de sortants au sein des urgences. D'autres critères sont pris en compte, comme le nombre de lits et la présence d'une garde sur place.

Cependant, cette évaluation est difficile. La quantité de travail ne se résume pas aux entrants et aux sortants. Si la continuité des soins relève d'une astreinte opérationnelle, une présence dépassant trois heures sur place devrait obligatoirement se transformer en demi-garde. Or tel n'est pas le cas. De nombreux collègues s'interrogent sur ce point.

Au total, le temps de travail est moins bien rémunéré durant le week-end qu'en semaine.

M. Michel DRU rappelle qu'une réflexion est menée à ce sujet. Les situations diffèrent selon les groupes hospitaliers. L'objectif consiste à harmoniser les pratiques. En outre, il convient d'opérer une distinction entre la continuité des soins et la permanence des soins. Tout dépend de la présence d'un praticien sur place pour assurer les gardes.

Le type de spécialités médicales entre également en considération. Certaines d'entre elles nécessitent cette présence médicale. Au total, de nombreux paramètres doivent être pris en compte.

Le D^r Alain FAYE évoque la permanence des soins chirurgicaux. L'Agence Régionale de Santé a entrepris le recensement de cette activité chirurgicale le soir et le week-end. Il en ressort que les services de chirurgie digestive et la chirurgie orthopédique se voient leurs missions d'urgence confirmées.

Désormais, ce travail est étendu à d'autres spécialités chirurgicales, c'est-à-dire la chirurgie pédiatrique, la chirurgie vasculaire, SOS mains, la chirurgie thoracique et la chirurgie neurologique. La réflexion, qui a débuté le 1^{er} avril, s'achèvera à la fin du mois de décembre. Ce relevé prospectif et exhaustif des activités entre 18 heures 30 et 8 heures 30 prend en compte certains correctifs. En effet, des malades descendent au bloc avant 8 heures 30 sans pour autant relever des urgences nocturnes. En outre, certains malades qui relèvent de l'activité programmée débordent sur la plage horaire de 18 heures 30.

Le D^r Frédéric RILLIARD indique que la réflexion relative à la permanence des soins fait partie du plan stratégique présenté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Celle-ci a retenu la chirurgie vasculaire et la chirurgie urologique comme disciplines de référence. En outre, il serait souhaitable que l'odontologie soit représentée au sein de la CCOPS. Enfin, des précisions restent à fournir sur la participation de la CCOPS à la réflexion menée par l'Agence régionale de santé.

Le D^r Michel DRU confirme que l'odontologie pourra être représentée au sein de la CCOPS. Cette précision sera apportée dans le règlement intérieur.

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

* *
*

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

mardi 9 juillet 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 26 juin 2013 à 16 heures 30