COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 12 FÉVRIER 2013

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 9 AVRIL 2013

SOMMAIRE

I. Informations émanant du président et du vice-président de la CME 6

II. Propositions pour le futur Hôtel-Dieu 7

III. Réflexion du groupe de travail sur l'accueil des patients étrangers payants 13

IV. Modalités de financement pour l'acquisition d'équipements lourds 17

V. Point sur l'activité d'obstétrique à l'Assistance Publique 19

VI. Rapport annuel d'activité 2012 de la sous-commission Vie hospitalière 20

VII. Repos de sécurité pour les DES après les gardes 23

VIII. Résultat de l'audit sur la facturation des chambres individuelles 26

IX. Information sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires des pharmaciens au titre de l'année 2013 28

X. Adoption des comptes rendus des réunions des 11 décembre 2012 et du 8 janvier 2013 29

XI. Questions diverses 29

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations émanant du président et du vice-président de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE)
2. Propositions pour le futur Hôtel-Dieu : projet de soins (Pr Jean-Yves FAGON), projet universitaire de santé publique (Pr Pierre LOMBRAIL) – exposés de 10 minutes chacun
3. Réflexion du groupe de travail sur l'accueil des patients étrangers payant (Dr Anne GERVAIS) – exposé de 10 minutes
4. Modalités de financement pour l'acquisition d'équipements lourds (Mme Carine CHEVRIER) – exposé de 10 minutes
5. Activité d'obstétrique à l'AP-HP (Pr Michel FOURNIER) – exposé de 10 minutes
6. Rapport d'activité 2012 de la sous-commission Vie hospitalière (Drs Patrick DASSIER et Nicolas DANTCHEV) – exposé de 10 minutes
7. Repos de sécurité pour les DES après les gardes (P^{rs} Jean-Yves ARTIGOU et Bruno CARBONNE) – exposé de 5 minutes
8. Résultats de l'audit sur la facturation des chambres individuelles (M. Michel BILIS) – exposé de 10 minutes
9. Information sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires des pharmaciens au titre de l'année 2013 (M. Jérôme HUBIN)
10. Adoption des comptes rendus des réunions des 11 décembre 2012 et 8 janvier 2013
11. Questions diverses

SÉANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur deux premières demandes de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel
- Validation de la période probatoire de 14 praticiens hospitaliers plein temps et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.

Composition A

- Avis sur la mobilité de PU-PH
- Avis sur une demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix délibérative :***

- M. le Pr René ADAM
- M. le Pr Yves AIGRAIN
- M. le Pr Jean-Claude ALVAREZ
- Mme le Dr Olivia ANSELEM
- M. le Pr Philippe ARNAUD
- M. le Pr Jean-Yves ARTIGOU
- Mme le Dr Isabelle BADELON
- M. le Pr Thierry BEGUE
- M. le Dr Guy BENOIT
- Mme le Pr Catherine BOILEAU
- Mme le Dr Anne Reine BUISINE
- M. le Pr Loïc CAPRON
- M. le Dr Bruno CARBONNE
- M. le Pr Jean-Claude CAREL
- M. le Pr Pierre CARLI
- M. le Pr Stanislas CHAUSSADE
- Mme le Dr Marie-Paule CHAUVEHEID
- M. le Pr Gérard CHERON
- M. le Pr Thierry CHINET
- Mme le Pr Isabelle CONSTANT
- M. le Dr Rémy COUDERC
- Mme le Pr Béatrice CRICKX
- Mme le Dr Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le Dr Nicolas DANTCHEV
- M. le Dr Patrick DASSIER
- Mme le Dr Nathalie DE CASTRO
- Mme le Pr Elisabeth DION
- M. le Dr Michel DRU
- M. le Pr Jacques DURANTEAU
- M. le Dr Alain FAYE
- M. le Dr Jean-Luc GAILLARD
- M. le Pr Erea Noel GARABEDIAN
- Mme le Pr Pascale GAUSSEM
- Mme le Dr GERVAIS HASENKNOPF
- M. le Pr Bruno GLOGLY
- M. le Dr Bernard GRANGER
- M. le Pr Philippe GRENIER
- M. le Pr Bertrand GUIDET
- M. le Pr Olivier HENRY
- M. le Pr Martin HOUSSET
- M. le Dr Matthieu LAFAURIE
- Mme le Dr Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le Pr Paul LEGMANN
- M. le Dr Julien LENGLET
- Mme le Pr Ariane MALLAT
- M. le Pr Jean MANTZ
- Mme le Dr Martine MARCHAND
- Mme le Dr Lucile MUSSET
- M. le Pr Gilles ORLIAGUET
- Mme le Dr Valérie PERUT
- M. le Pr Jean-Claude PETIT
- Mme Caroline PRADINES
- M. le Pr Gérard REACH
- M. le Pr Christian RICHARD
- M. le Dr Frédéric RILLIARD
- M. le Pr Philippe RUSZNIEWSKI
- M le Pr Guy SEBAG
- M. le Pr Georges SEBBANE
- M. le Pr Alain SIMON
- M^{m} le Dr Annie ROUVEL TALLEC
- M. le Dr Christophe TRIVALLE
- M. le Dr Jon Andoni URTIZBEREA
- Mme le Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le Pr Jean-Philippe WOLF
- M. le Pr Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- Mme Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

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

- M. le Pr Jean-Luc DUMAS
- M. le Pr Jean-Michel SCHERRMANN
- M. le Pr Benoît SCHLEMMER
- M. le Pr Serge UZAN

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

  - Mme Mireille FAUGERE, directrice générale
  - Mme Monique RICOMES, secrétaire générale
  - Mme Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
  - M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
  - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
  - Mme Juliette TELLIER, directrice de la Communication

  - M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
  - M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale

- ***membres excusés :***

  M. le Dr Philippe BUSTANY, M. le Dr Michaël CHAUSSARD, M. le Dr Cyril DAUZAC, M. le Pr Marc DELPECH, M. le Dr Alain FAYE, Mme le Dr Louis GOUYET, Mme le Dr Cécile HVOSTOFF, Mme Isabelle KERHOAS, Mme le Dr Fabienne LECIEUX, M. le Pr Guy LEVERGER, M. le Pr Louis MAMAN, M. le Pr Gérard REACH, M. le Pr Dominique VALEYRE, Mme Roselyne VASSEUR

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

Le président annonce l'absence de M. Michaël CHAUSSARD, du Dr Cyril DAUZAC, du Pr Marc DELPECH, du Dr Louise GOUYET, du Dr Cécile HVOSTOFF, de Mme Isabelle KERHOUAS, du Dr Fabienne LECIEUX, du Pr GUY LEVERGER, du Doyen Louis MAMAN, du Pr Gérard REACH, du Pr Dominique VALEYRE, de Mme Roselyne VASSEUR, du Dr Alain FAYE et du Dr Philippe BUSTANY.

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

Toute la communauté de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a été ébranlée par l'écho médiatique de l'accident survenu à la maternité de Port-Royal. Ce décès *in utero*, qui a donné lieu à une plainte de la famille contre l'administration, a déterminé la direction générale et la présidence de la CME à diligenter une enquête médico-administrative.

Cette commission, mise en place la semaine dernière, est coprésidée par le Pr Bruno CARBONNE, président de la collégiale des gynécologues-obstétriciens de l'AP-HP et membre de la CME, et par le Dr Pierre PANEL, gynécologue-obstétricien à l'hôpital de Versailles et président du CEGORIF (Cercle des gynécologues-obstétriciens de la région Île-de-France). Le Pr Christian RICHARD, coordonnateur pour la gestion des risques associés aux soins, et Mme Caroline PRADINES, sage-femme, y représentent aussi la CME.

Les autres membres de la commission sont Mme Catherine TARDY, sage-femme à l'hôpital Tenon, Mme Françoise DAMAGEUX, sage-femme à l'hôpital de Poissy-Saint-Germain et Mme Marie-Claude CONDAMINE-PAIRE, qui représente la Direction de l'inspection et de l'audit.

Une enquête judiciaire est ouverte au sujet de cet accident. Selon les premiers éléments recueillis, l'effectif prévu pour le fonctionnement de la maternité était présent et des lits étaient disponibles. Il reste à déterminer s'il s'agissait d'une urgence relevant d'un traitement immédiat par déclenchement de l'accouchement. Seuls des experts médicaux ayant accès au dossier pourront répondre à cette question.

À cette occasion, le président souhaite rappeler les précautions à prendre en matière de confidentialité des données médicales, en particulier à l'occasion d'échanges de dossiers médicaux. Tout manquement est passible des tribunaux. Le secret médical doit être toujours scrupuleusement respecté, quelles que soient les circonstances.

Sur l'initiative du MDHP (mouvement de défense de l'hôpital public), une partie de la CME s'est associée aux protestations de la communauté médicale contre les efforts d'efficience qu'on continue à nous demander. Des inquiétudes s'expriment aussi sur les investissements requis pour que l'AP-HP continue d'assurer toutes ses missions dans de bonnes conditions. Une délégation a été reçue au ministère de la Santé et n'a pas obtenu les explications qu'elle pouvait attendre.

L'EPRD 2013 prévoit un effort d'efficience de 150M€. Le président propose que la CME s'adresse directement à la tutelle, c'est-à-dire l'ARS d'Île-de-France, en demandant à M. Claude ÉVIN, son directeur général, lors d'une prochaine réunion de la CME d'expliquer sa stratégie financière pour l'AP-HP. Un mail sera adressé aux membres de la CME pour solliciter leur avis personnel sur cette démarche.

Les relations avec les centres hospitaliers non-universitaires d'Île-de-France font partie de l'intérêt que la CME doit porter à ses territoires de santé. Le président et le vice-président ont rencontré notre collègue le Dr Pierre FOUCAULT, pédiatre à l'hôpital de Versailles, qui préside la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers généraux d'Île-de-France.

Le président CAPRON assistera à une réunion de cette conférence la semaine prochaine, et ira visiter l'hôpital André Mignot de Versailles le 25 mars.

Nos collègues estiment notamment que les investissements lourds doivent être justement répartis entre l'ensemble des hôpitaux publics d'Île-de-France. Ce la définit le cadre dans lequel nous devons intégrer les projets de bâtiments nouveaux à Henri Mondor, Bichat-Beaujon ou Lariboisière. Mme FAUGÈRE a ouvert des échanges à ce sujet avec le Dr BLISKO, qui préside la Fédération régionale hospitalière.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, rappelle qu'une réflexion sera menée par le ministère sur la prise en charge du parcours du patient et de la place de l'hôpital. A court terme, une attention particulière est portée sur les décisions à venir sur le niveau des tarifs. Un ajustement doit permettre la préservation des MIGAC. Les débats sont très intenses. Des hypothèses ont été émises par la direction générale de l'AP-HP dans le cadrage budgétaire 2013. La campagne n'est pas encore définitivement fixée.

Une réunion comprenant les présidents de CME et les directeurs d'établissements publics s'est tenue à l'ARS. Un débat a porté sur les décisions sur un certain nombre de crédits, qu'il s'agisse des crédits régionaux ou des crédits d'aide à la contractualisation. Les participants ont émis le souhait que l'ARS affecte et pilote les crédits avec le maximum de transparence.

Un premier comité de pilotage des investissements, le COPERMO, s'est mis en place. Des investissements importants, supérieurs à 50 millions d'euros, y seront présentés. Le travail de cette instance consiste pour l'instant, à examiner les projets déjà engagés (90 environ).

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES, explique qu'à la suite d'une alerte transmise par la collégiale des urgentistes, une cellule de crise s'est réunie. Compte tenu de la tension régnant sur certains sites, des messages ont été adressés aux directeurs de groupes hospitaliers.

La priorité doit être donnée à l'aval des urgences pour les hospitalisations en cas de tension au sein du groupe hospitalier y compris en pratiquant des déprogrammations. Les directeurs de groupe, dans ce cas, devront réunir systématiquement une cellule de crise. Une conférence téléphonique quotidienne fera le point sur les disponibilités de chacun des SAU de l'AP-HP. Il sera demandé aux directeurs de groupes hospitaliers, en conférence stratégique, de décrire l'organisation de l'aval des urgences dans leur groupe.

Le Pr Pierre CARLI souligne que cette situation est fréquente. Bien que les épidémies soient annoncées, un problème d'organisation de l'aval des urgences se pose pour l'hôpital en général. En effet, les faiblesses du dispositif se dévoilent en période de tension. Il convient d'organiser le mieux possible la fluidité des hospitalisations.

Le président remercie le Dr Marie-Lucie LOPEZ-SUBLET, PH de médecine interne à l'hôpital Avicenne, d'avoir répondu favorablement à sa demande de participer au jury AP-HP pour le recrutement des cadres paramédicaux.

II. Propositions pour le futur Hôtel-Dieu

La directrice générale et le président ont désigné les deux préfigurateurs du projet Hôtel-Dieu : le Pr Jean-Yves FAGON pour la partie soins, le Pr Pierre LOMBRAIL pour la partie universitaire de santé publique.

1. Projet de soins

Le Pr Jean-Yves FAGON souligne que le volet relatif aux soins et le volet universitaire sont étroitement liés.

Aujourd'hui, en Ile-de-France, l'offre médicale est difficilement accessible financièrement pour une partie de la population. Elle comprend 70 % de spécialistes et 30 % d'omnipraticiens. De nombreux départs à la retraite auront lieu dans les cinq ans à venir. Les infirmières en exercice libéral sont en faible nombre. Les zones de densité médicale inférieure à la moyenne nationale constituent un sujet de préoccupation. La moitié des généralistes et les trois-quarts des spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires.

Face à cette situation, l'AP-HP doit offrir une gamme élargie de services en répondant aux besoins de proximité, ce qu'elle fait déjà mais qu'elle doit pouvoir renforcer. Une partie de la population d'Ile-de-France se trouve confrontée à des difficultés d'accès à une offre de médecine de secteur I. Elle doit aussi renforcer sa participation à la prise en charge des patients dans le contexte de l'urgence, à côté des SAU. Une offre ambulatoire médicale se développe depuis plusieurs années sur certains sites.

Les objectifs consistent à :

- lutter contre les inégalités d'accès et positionner le centre hospitalo-universitaire d'Ile-de-France dans l'activité ambulatoire, préciser la place du CHU dans le parcours de santé ;
- clarifier les relations entre la ville et l'hôpital ;
- développer une politique intégrée de prévention et d'éducation à la santé ;
- intégrer au projet l'ensemble des aspects hospitalo-universitaires.

Les conditions du succès du projet sont diverses : D'abord des intervenants de qualité et un plateau technique d'excellence. Les lieux et l'organisation doivent permettre d'assurer un circuit interne puis des interfaces faciles avec la ville et/ou l'hospitalisation. Une attention particulière doit être portée aux conditions d'accueil, notamment celles de certaines populations vulnérables. Le projet doit constituer un lieu d'échanges entre la ville et l'hôpital. Il convient de mettre en place une gouvernance ouverte à laquelle participeront les partenaires extrahospitaliers et d'assurer l'équilibre financier du projet.

Cette structure sera la seule entité de ce type en France, combinant des activités de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation.

La conférence des doyens a exprimé une position très claire à l'égard du projet. Ils ont validé un schéma intégrant une dimension de formation et de recherche, en appuyant vigoureusement la dimension interuniversitaire et la participation de toutes les composantes de la santé.

Ce projet interuniversitaire doit être séparé du groupe hospitalier Paris-Centre et s'adosser à l'ensemble des universités d'Ile-de-France. Il s'agit d'un lieu d'enseignement de la médecine générale, de stages pour d'autres enseignements, de production et de savoirs liés à de nouveaux métiers, de recherche et d'échanges entre les professionnels de santé.

Cette structure, ouverte à tous, s'adresse plus spécifiquement à quatre populations ciblées, les jeunes et les étudiants, les personnes en situation de précarité, les personnes handicapées et les personnes âgées mobiles.

Des thèmes particuliers liés à l'histoire de l'Hôtel-Dieu seront maintenus ou développés, comme le VIH, la santé sexuelle, les addictions et la nutrition.

Des consultations seront ouvertes sans rendez-vous, ainsi que des consultations spécialisées et des consultations de dépistage et de prévention. Un centre de soins, un centre de prélèvement et un centre médicaments seront disponibles, ainsi qu'un centre d'imagerie et un centre d'échographie multidisciplinaire et un centre d'endoscopies ne nécessitant pas d'anesthésie générale, un centre de monitorage ambulatoire, un centre d'épreuves fonctionnelles, un centre de vaccination, un centre dentaire et un centre d'orthopties.

Des consultations de médecine spécialisée seront ouvertes selon les spécialités, quotidiennement ou à temps partiel, en fonction de l'offre et de la demande.

Le dépistage et la prévention comporteront notamment un centre de vaccination et de préparation au voyage. L'espace santé jeunes sera développé. L'accent sera également mis sur la médecine du sport et la santé au travail. Le centre dentaire devra répondre à une demande considérable en Ile-de-France.

Le centre médicaments intègrera dispensation, pharmacovigilance, éducation thérapeutique. Des liens se nouent avec les facultés de pharmacie à ce sujet. Elles développent des projets très proches et complémentaires.

Le SAU sera fermé. L'UMJ et la salle Cusco seront maintenues.

Un travail d'équipe qui débute maintenant permettra de préciser le périmètre de chaque activité et de réaliser les évaluations médico-économiques. Le travail portera sur la gouvernance et l'organisation du groupement de coopération sanitaire.

Des médecins et des consultants issus de l'AP-HP pourront venir travailler à l'Hôtel-Dieu. Le travail de recrutement de partenaires extérieurs a débuté, qu'il s'agisse de généralistes ou de spécialistes. Les usagers joueront un rôle important en particulier mais pas seulement dans la gestion de leur propre parcours de santé.

2. Projet universitaire de santé publique

Le Pr Pierre LOMBRAIL indique qu'une lettre de mission large a défini l'ensemble des activités d'enseignement et de recherche. L'Hôtel-Dieu préfigure l'évolution de l'hôpital. Il doit conduire à une synergie entre la recherche, l'action et l'apprentissage. Une attention particulière est portée à l'articulation entre le soin et la santé publique.

Le projet comprend une forte composante épidémiologique, mais à terme l'ensemble des disciplines doivent être mises en ligne en étroite collaboration avec les disciplines cliniques :

sciences humaines et sociales, sciences juridiques, économiques et de gestion, mais également les sciences exactes comme les sciences appliquées.

Le projet comporte trois axes qui seront développés de manière échelonnée dans le temps. L'Hôtel-Dieu doit constituer l'un des grands centres de recherche clinique. En même temps, il faut jeter les bases d'un appui à la recherche sur les performances hospitalières. La promotion de la santé constitue un autre enjeu. L'Hôtel-Dieu, lieu de soins, doit aussi être un lieu de santé.

Des structures supports ou d'expertise viendront en appui des professionnels du soin, adossées à des équipes de recherche qui seront logées pour partie à l'Hôtel-Dieu. L'effort est mené par l'ensemble des disciplines de santé publique et des efforts sont réalisés pour conforter au niveau régional la médecine du travail et la médecine légale.

La première opération est l'appui à la recherche clinique, avec la coopération des collègues d'épidémiologie et de biostatistiques. Le paysage de recherche se recompose puisque trois centres s'individualisent dans la région. Le noyau fondateur du centre de recherche en santé publique, épidémiologie et biostatistique, sera logé à l'Hôtel-Dieu.

Sur le même modèle, il convient de structurer l'appui à la recherche concernant les performances hospitalières, qu'il s'agisse de qualité et de sécurité des soins mais aussi de l'efficience des parcours de soins. Il est proposé de structurer un support à partir de structures existantes comme le CClin. L'enjeu consiste à conforter l'adossement à la recherche. Parmi les partenaires universitaires de l'Assistance Publique figure l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, qui demande la labellisation d'une équipe de management des organisations de santé. D'autres équipes de recherche ont un rôle majeur à jouer, en informatique médicale notamment.

La promotion de la santé englobe l'éducation thérapeutique. L'agence régionale de santé a suscité une plateforme d'appui au développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville. Il convient de mobiliser des partenariats de recherche dans l'environnement des sciences humaines et sociales et de l'éducation, mais également avec des représentations structurées des usagers.

L'Hôtel-Dieu a l'ambition de structurer un pôle régional d'enseignement et de recherche en santé publique de haut niveau. Un tel ensemble contribuera à enrichir l'offre de formation et à contribuer à l'universitarisation des professions de santé. Il doit de même contribuer au développement de la recherche en médecine générale et en sciences infirmières. Il devrait également faciliter l'accès à une expertise en santé publique pour les acteurs de la région et l'accès du grand public à la santé.

Le Pr Jean-Yves FAGON souligne que ce projet hospitalo-universitaire n'a de sens qu'à condition d'être mené par le CHU. Il s'agira d'une structure originale hospitalo-universitaire qui tentera notamment de mettre en place l'activité de recherche et d'enseignement en ambulatoire.

Un certain nombre d'éléments sont d'importance majeure dans le projet, c'est le caractère universitaire de l'Hôtel-Dieu, son ouverture vers la ville et l'excellence des équipes. Il s'agit d'un grand projet ambulatoire hospitalo-universitaire.

Le président précise que cette présentation scelle le passage de la préfiguration au projet. Il insiste sur l'importance de l'échange qui va avoir lieu.

Le Dr Anne GERVAIS demande s'il y a une préfiguration médico-économique.

Le Pr Jean-Yves FAGON répond qu'à ce stade il n'existe pas de préfiguration médico-économique. La conduite de projet débute. Elle s'accompagnera d'évaluations médico-économiques portant sur les recettes potentielles liées à l'activité et à des financements fléchés et à des dépenses liées à l'investissement en personnel. Ce travail sera réalisé dans les prochains mois.

Le président rappelle que la CME a voté en février 2012 une motion demandant l'équilibre budgétaire du projet Hôtel-Dieu, tant en investissements qu'en fonctionnement.

Le Pr Serge UZAN indique qu'il est assez confiant sur le recrutement de médecins spécialistes consultants, ce qui risque d'être plus compliqué pour l'embauche de médecins généralistes. Deux catégories de personnes peuvent être intéressées : les médecins en fin de carrière qui souhaitent rebondir sur autre chose, et les plus jeunes pour lesquels il faudra prévoir des postes d'internes, de chefs de clinique, etc. Si le projet est bien mené, il sera probablement rentable et utile.

Le Dr Nathalie DE CASTRO s'enquiert du nombre d'actes de consultation et de radiologie qui devront être réalisés pour atteindre une rentabilité. Il n'est guère envisageable que l'activité de consultation soit rentable.

Le Pr Jean-Yves FAGON répond que l'activité ne se limite pas aux consultations. Certains secteurs fournissent des possibilités d'ajustement en termes de recettes. Par ailleurs, les politiques nationales prévoient des financements fléchés pour certaines activités, comme le dépistage. Enfin, l'activité de recherche génère des ressources. Ce travail doit être mené en profondeur.

Le Dr Philippe ARNAUD demande qui est associé sur le projet de centre médicament ?

Le Pr Jean-Yves FAGON explique qu'un travail est mené en collaboration avec les facultés de pharmacie sur l'ouverture d'un centre médicaments à l'Assistance Publique.

Le Pr Jean-Michel SCHERRMANN évoque le projet de cité du médicament, qui s'inscrit en parfaite coordination avec le projet de l'Hôtel-Dieu. Les facultés de pharmacie y participeront.

Le Pr Gérard CHÉRON souhaite connaître la différence entre la consultation non programmée H 24 et le SAU. Il est difficile de trouver des volontaires en secteur I pour travailler de nuit dans ce secteur.

Le Pr Jean-Yves FAGON objecte qu'un certain nombre de candidats se sont déjà fait connaître. Un travail doit être mené avec l'ARS sur le concept de permanence des soins ambulatoires dans Paris *intra muros*. L'Hôtel-Dieu peut constituer un lieu de la permanence des soins ambulatoires en plein Paris.

Le Pr Jean-Yves FAGON souligne qu'actuellement le SAU de l'Hôtel-Dieu, contrairement aux autres SAU de l'Assistance Publique, reste avec un taux d'hospitalisation faible, de l'ordre de 10 % à 12 % (*vs* 20 à 22 % pour les autres SAU). La quasi-totalité des

hospitalisations correspondent à des patients amenés par le SAMU ou les pompiers. Les consultants de nuit, pour leur part, sont en petit nombre.

Le Pr Christian RICHARD s'interroge sur le public concerné, les conditions de sécurité de prise en charge des patients et sur la nécessaire évaluation du coût du projet de l'Hôtel-Dieu.

L'Ile-de-France souffre en effet de l'absence d'accès au secteur I. Par principe un centre de santé ambulatoire devrait concerner l'ensemble de la population adulte et pédiatrique. Les personnes en situation de précarité pourraient ainsi y venir avec leurs enfants.

En termes de sécurité de prise en charge, l'existence d'un véritable plateau technique pose question, notamment pour l'endoscopie en l'absence d'environnement médical en matière par exemple d'anesthésie- réanimation.

Par ailleurs, il reste à confirmer que la structure d'hospitalisation pour les détenus sera maintenue, ce qui pose un véritable problème en regard de la qualité des soins prodigués à la population carcérale.

Enfin le coût réel de cette opération est à ce jour très difficile à évaluer.

Le Pr Jean-Yves FAGON estime qu'il n'est pas raisonnable d'ouvrir un centre comportant des activités de pédiatrie à l'Hôtel-Dieu alors que le site ne comporte pas une histoire dans ce domaine et qu'il est préférable de concentrer les ressources sur les hôpitaux pédiatriques.

Les consultants qui souhaitent participer au projet, exerceront des activités de dépistage, de prévention et de médecine spécialisée. Certaines questions doivent être traitées en collaboration avec des collègues de médecine libérale, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

Les généralistes s'expriment en faveur d'une participation. Quant aux spécialistes, 75 % d'entre eux font partie du secteur II. Ils s'inquiètent de l'arrivée d'une expertise issue de l'Assistance Publique sur le champ d'une médecine spécialisée ambulatoire en plein centre de Paris. Les négociations devront donc progresser.

Le Pr Pierre CARLI revient sur la permanence des soins ambulatoire. A certains moments, l'offre de soins est extrêmement défaillante, notamment en soirée et en matinée précoce, vers sept heures du matin. Si des consultations sont ouvertes à cette heure, la fréquentation sera importante. Ce projet doit s'adapter rapidement à la population qui fréquentera le centre.

M. Olivier YOUINOU demande des précisions concernant la gouvernance du futur groupement de coopération sanitaire, et en l'occurrence ce qu'entend le préfigurateur M. FAGON quand il préconise la participation de l'ensemble des acteurs. Il s'interroge également sur les conditions dans lesquelles la fermeture du SAU sera réalisée et les impacts sur les sites censés absorber ces flux.

Le Pr Jean-Yves FAGON considère que les six mois à venir constitueront une période de transition. Un groupement de coopération sanitaire inclura l'Assistance Publique et les universités ainsi qu'un certain nombre de partenaires extrahospitaliers, tels des centres de santé et des médecins en exercice libéral. Ce pilotage global sera mené par l'Assistance Publique et les universités. Concernant le SAU, ce sujet est hors du champ de sa mission, il ne peut donc répondre à cette question.

Le président rappelle que l'hypothèse de travail est la fermeture du SAU, à une date qui n'est pas encore fixée, au prix d'une augmentation des surfaces et d'un accroissement des personnels et des sites périphériques que sont les hôpitaux Saint-Antoine, La Pitié-Salpêtrière, Cochin et Lariboisière-Saint-Louis.

Le Pr Noël GARABÉDIAN revient sur l'évaluation médico-économique, dont il n'est pas possible de faire abstraction. Soit le projet recourt à une forme de MIGAC, c'est-à-dire un budget spécifique accordé par l'Etat. Soit il s'agit d'un pur projet de l'Assistance Publique, qui vient en concurrence avec d'autres projets réclamant des investissements, c'est un vrai sujet de stratégie.

Le président répond que le Pr Jean-Yves FAGON et le Pr Pierre LOMBRAIL reviendront d'ici l'été présenter à la CME un projet qui comprendra un volet médical et un volet financier. Un avis pourra alors être rendu.

Le Pr Serge UZAN souligne que l'analyse médico-économique sera éminemment nécessaire. Toutefois, il convient de débuter la réflexion par le projet médical, scientifique, universitaire, etc. puis éventuellement rentrer dans une phase d'adaptation. Dans le paradigme médico-économique, il faut tenir compte de la décision gouvernementale ouvrant l'accès aux mutuelles à 100 % des Français. Les mutuelles devront s'intéresser au projet.

III. Réflexion du groupe de travail sur l'accueil des patients étrangers payants

Le Dr Anne GERVAIS indique que la Direction du service aux patients et de la communication a mené une réflexion sur le projet GlobeMed et l'accueil des patients individuels payants non assurés sociaux hors AME et soins urgents.

La Pitié-Salpêtrière, l'HEGP, Cochin et dans une moindre mesure Paul Brousse sont les principaux sites concernés. Ils accueillent chaque année entre 500 à 1 200 patients ne bénéficiant pas de l'assurance sociale. C'est donc au total une très faible proportion des patients accueillis à l'AP-HP. Cela situe l'AP loin derrière les grandes institutions sanitaires du monde entier pour l'accueil de patients étrangers payant.
Ces patients payent le tarif journalier multiplié par leur durée de séjour. Les prestations à l'AP-HP sont facturées à un tarif plutôt inférieur au tarif pratiqué dans les autres pays.

Pour les patients payants sur leurs fonds propres, il serait légitime de réévaluer les tarifs journaliers selon la facturation suivante : (tarif journalier + 30 %) x durée de séjour + molécules onéreuses (le cas échéant) + dispositif médical implantable (le cas échéant) + chambre particulière + forfait journalier.

La réflexion devra également porter sur la réévaluation du prix des consultations, fixé à 23 euros à l'heure actuelle et éloigné du montant pratiqué des consultations dans les autres pays étrangers.

Certains patients sont accueillis hors de l'AME et des soins urgents, sans bénéficier d'une couverture assurantielle. Ils réunissent les économies de leurs proches et devraient pouvoir bénéficier d'exceptions.

Mme Zohra DJENADI présente le programme « patients étrangers non résidents 100%payants » qui s'appuie sur une étude réalisée à la fin de l'année 2011. Une 1ère

convention a été signée durant l'été 2012. Les différents enjeux sont le rayonnement de la médecine de l'AP-HP, la mise en qualité des *process existants*, la sécurisation du paiement des soins, la diminution des impayés et l'augmentation des recettes, y compris la partie pouvant être reversée aux sites.

Le périmètre, analysé avec la commission désignée par le président de la CME, concerne, à date : les consultations et les hospitalisations.

GlobeMed, (qui est l'un des partenaires) est un gestionnaire de programmes de santé, né voici une vingtaine d'années. Il emploie 350 salariés et concerne 2,5 millions d'assurés à ce jour, principalement des compagnies d'assurances, des caisses de sécurité sociale et des mutuelles. Il est présent dans onze pays, essentiellement des Etats du Golfe et certains Etats africains. Leurs fournisseurs de soins actuels, sont essentiellement le Liban, les USA et l'Angleterre, loin devant la France.

Le parcours de soins préconisé pour l'ensemble du programme:

Le dossier médical est réceptionné selon un système sécurisé. En l'absence d'orientation des demandes, les dossiers sont adressés à plusieurs médecins. L'organisation logistique répond à une demande. Les pré admissions sont privilégiées. Enfin, la consolidation du paiement doit être effective dans les 2 semaines suivants la sortie du patient.

Le Dr Anne GERVAIS précise que plusieurs problèmes peuvent se poser : le dépistage des pathologies hautement contagieuses auquel le patient doit se soumettre s'il a été hospitalisé préalablement dans son pays d'origine, nécessitant l'octroi d'une chambre seule et d'un isolement le temps de la culture, mais également, l'aléa thérapeutique qui peut, s'il y a contentieux, obérer les recettes développées. Un problème de confidentialité peut survenir si le compte-rendu est renvoyé à la compagnie d'assurances. Par ailleurs, il est fondamental, que l'accueil des autres patients, assurés sociaux ou non, qui se présentent aux urgences ne soit pas entravé. Des structures dédiées pour l'accueil des patients non assurés sociaux sont incompatibles avec les missions de l'APHP, ce d'autant que l'activité doit se développer à «iso - ressource et iso - organisation». Une structure dédiée se développerait au détriment des organisations usuelles. Le développement de ce projet ne peut donner lieu au «prélèvement de ressources». Enfin les recettes éventuelles, doivent être réaffectées à la collectivité. Les services, bénéficiant déjà de chambres seules, ayant une part d'activité programmée, souvent complexe mais moins difficile à gérer au plan des organisations que l'activité d'urgences, consacrant une part de leur activité aux «patients GlobeMed» ne peuvent être incités à amplifier cette activité au détriment des autres patients (et des autres services). Tous les services d'un site permettront que cette activité se développe également aux autres services qui accueillent ces patients. C'est la raison pour laquelle les recettes développées par cette activité doivent être réattribuées pour partie à l'institution dans son ensemble.
La conclusion est qu'une réévaluation de la tarification est souhaitable. Le même soin et le même accès doit être proposé à l'ensemble des patients. Elle propose qu'un suivi strict du projet soit mené par la CME.

Le président rappelle que ce sujet a fait l'objet de polémiques durant l'été dernier puisque c'est la presse qui a révélé la signature de ce contrat. Or, il s'agit d'un authentique sujet de politique médicale et ce mode d'information ne peut correspondre à la place qu'occupe la CME dans la politique médicale. Le président souhaite savoir si ce contrat prévoit une exclusivité en GlobMed et l'AP-HP.

M. Hubert JOSEPH-ANTOINE précise que le contrat prévoit une notion de partenariat privilégié, et aucune exclusivité.

Le Pr Serge UZAN indique qu'il connaît bien GlobMed, il confirme donc qu'aucune exclusivité n'est possible avec l'AP-HP. Concernant la présentation, il propose de parler plutôt en termes de « volumes » que de nombre de séjours, ces derniers étant très différents avec des durées de séjour très disparates.

Le Pr René ADAM attire l'attention sur le fait que sont concernées à la fois les hospitalisations et les consultations. Or, il est fréquent que des malades étrangers demandent un avis spécialisé, une consultation de recours dont l'énoncé prend du temps et nécessite l'avis de plusieurs praticiens. Ce travail n'est pas rémunéré, même si les patients se réclament prêts à le payer. Sur le site de l'IGR, la consultation de recours correspond au règlement de 250 euros par carte de crédit. L'Institution doit réfléchir aux possibilités de valoriser ces avis de recours nécessitant une réunion de concertation pluri-disciplinaire. En effet, les recettes peuvent s'avérer non négligeables.

Le Dr Anne GERVAIS estime que la rémunération des avis en RCP ou télémédecine est légitime et fait partie des préconisations du groupe de travail. Il convient de tracer cette activité, qui prend du temps au sein des services.

Le Pr Elisabeth DION confirme qu'une réflexion est menée sur le dossier des échanges médicaux par Télémédecine avec la DEFIP et la DAJ.

Le Dr Patrick DASSIER s'interroge sur les précautions prévues quant à l'accessibilité des consultations techniques et du bloc opératoire.

Le Dr Anne GERVAIS répond que les patients concernés par le projet sont majoritairement des patients programmés. Ces activités ne doivent pas s'exercer au détriment des autres patients. L'idée consiste à lancer prioritairement le projet sur trois sites, voire cinq sites. De fait, les difficultés d'organisation constituent le plus important danger.

Le Pr Thierry BÉGUÉ fait état de l'inquiétude des chirurgiens quant aux demandes de patients souhaitant être opérés par un praticien en particulier. Cette pratique est contraire à l'activité publique, où seule la prise en charge par telle équipe peut être exigée.

Le Dr Anne GERVAIS explique que le patient peut demander à être pris en charge dans le service de tel praticien. Il y accèdera en fonction des disponibilités et doit se conformer aux règles de l'Institution.

Mme Zohra DJENADI confirme que les patients qui passent par GlobMed sont traités de la même manière qu'un autre patient et ne peuvent exiger d'être traités par un médecin en particulier.

Le Dr Nathalie DE CASTRO s'enquiert du dispositif prévu pour réaffecter les recettes et de la raison du choix de tarification supplémentaire à 130% seulement, inférieure à celle pratiquée dans d'autres établissements, car cela revient à augmenter les marges de Globmed.

Le Dr Anne GERVAIS indique que les modalités précises de la répartition de ces recettes ne sont pas encore arrêtées, mais qu'en tout état de cause une partie sera destinée au remboursement de la dette de l'AP-HP, et qu'une partie reviendra au service concerné, selon un curseur qui reste à définir. Il a été néanmoins évoqué avec Madame CHEVRIER que le

service prestataire soit rétribué avec le Tarif Journalier (souvent plus proche du coût réel que le GHS) et que le surplus de 30% soit versé à l'institution dans son ensemble.

M. Julien LENGLET demande si les patients recourant au dispositif savent que l'Assistance Publique constitue un centre hospitalo-universitaire dans lequel la prise en charge peut être assurée par des professionnels en formation, y compris pour des actes techniques.

Mme Zohra DJENADI répond que plusieurs visites de sites ont été organisées à l'attention de GlobMed. De plus, le médecin coordonnateur est un praticien libanais qui a fait ses études en France et connaît parfaitement le système de santé et de formation français.

Le Pr Jean-Philippe WOLF souhaite savoir si la procréation médicalement assistée rentre dans le champ de ce contrat.

Mme Zohra DJENADI précise que GlobeMed n'est pas allé dans ce niveau de détail au moment de l'élaboration de la convention.

Le Pr Bernard GRANGER demande si les patients concernés par le projet pourront être accueilli dans le cadre de l'activité libérale.

Le Dr Anne GERVAIS répond que ces patients sont censés être accueillis comme n'importe quels patients, donc ils peuvent, comme tous, avoir accès à l'activité libérale. Il conviendra de tracer non seulement l'activité GlobMed mais aussi l'activité libérale. Le problème majeur est le risque de création d'une filière spécifique.

Le Dr Michel DRU rappelle que l'activité libérale entraîne souvent une désorganisation du bloc opératoire. La gestion des patients relevant de GlobMed, risque de brouiller, encore plus, la lisibilité de la programmation des interventions, reléguant plus tardivement dans la journée les opérations des patients du secteur public.

Le président souligne que les malades étrangers fortunés, notamment issus du Moyen-Orient et d'Afrique, correspondent à deux situations : certains ont besoin d'une intervention programmée de nature simple, comme l'opération de la cataracte ; d'autres sont des malades sans diagnostic, dits « non débrouillés » ; ils relèvent plutôt des urgences. À défaut de contrat d'exclusivité, l'AP-HP servira surtout à la seconde catégorie de patients. Leur afflux peut poser problème car leurs séjours et la nature des soins qu'ils requièrent sont par nature imprévisibles et ne peuvent faire l'objet d'un devis préalable précis.

Mme Zohra DJENADI précise que s'agissant du partenariat signé avec Globemed, il est convenu que le médecin coordonnateur de la plateforme instruise les dossiers avant de les adresser à la cellule des patients étrangers de l'AP-HP. Un bilan de la convention sera effectué et les dossiers des patients ayant posés des problèmes de prise en charge devront être relevés.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, conclut que les nombreuses remarques exprimées dans le rapport seront prises en compte. Un travail opérationnel sera mené pour décider les sites appelés à faire partie de la première expérimentation. Un suivi sera effectué par la CME.

S'agissant de la répartition des recettes, différentes options ont été évoquées. Il conviendra de définir l'hypothèse retenue.

IV. Modalités de financement pour l'acquisition d'équipements lourds

Mme Carine CHEVRIER évoque les alternatives à l'achat d'équipements comme la location ou la mise à disposition, qui constitue avec la location l'une des modalités classiques d'acquisition. La location est intéressante si le coût économique global est plus avantageux sur la durée d'amortissement de l'équipement et si les fonctionnalités sont plus élevées durant toute la période d'utilisation.

Dans un contexte où les ressources restent stables, toute dépense de location (classe 6) vient minorer la capacité d'autofinancement et donc l'enveloppe d'investissement (classe 2). Une analyse comparative précise est nécessaire pour vérifier que l'alternative à l'achat ne constitue pas une aubaine à court terme mais un système déficitaire à moyen terme.

Il convient de cerner progressivement des alternatives à l'achat, selon des choix objectivés, en opérant une comparaison systématique entre l'achat et la location. Une évaluation médico-économique de la démarche et des choix effectués sera mise en place. En fonction des résultats, la démarche sera poursuivie et généralisée.

En 2013, la démarche sera initiée avec trois catégories d'équipements, les IRM, les appareils a dialyse chronique et certains équipements de laboratoire dans un contexte particulier.

En ce qui concerne l'IRM, une étude médico-économique a été réalisée en collaboration avec les équipes de l'AGEPS. L'achat d'un IRM revient à un millions d'euros. La location correspond à 280 000 euros par an. Celle-ci est plus pertinente durant les sept premières années. Au-delà, l'achat devient plus intéressant.

La location peut s'avérer plus avantageuse lorsque le nombre d'actes externes réalisés est supérieur à 3 600, soit 80 % d'activité externe pour un IRM réalisant 4 500 actes par an et 90 % d'activité externe pour un IRM réalisant 4 000 actes par an. Ces pourcentages élevés d'activité externe sont plus faciles à atteindre dans des sites comportant plusieurs IRM et si l'un d'entre eux est spécialisé dans les actes externes.

En ce qui concerne les appareils de dialyse chronique, des pistes d'économies ont été mises en valeur dans le programme PHARE. L'achat n'est pas pertinent pour ce type d'appareils.

S'agissant des équipements de laboratoire, de nombreuses restructurations sont en cours. La visibilité sur la durée d'utilisation des équipements est limitée. Les alternatives à l'achat peuvent être étudiées pour quelques types d'appareils constituant des équipements peu coûteux par rapport aux dépenses de réactifs, c'est-à-dire les automates de biochimie, les automates d'hématologie et les appareils d'analyse des gaz du sang.

Dès lors que l'analyse et l'arbitrage au sujet des équipements auront été réalisés, il conviendra de réfléchir aux modalités d'alternative à l'achat pour les équipements concernés. Le marché d'IRM notifié en 2012 comprend d'ores et déjà une variante « location ». Dans les cas ciblés lors de la réunion technique, un dossier d'instruction sur la pertinence économique de l'alternative à l'achat sera établi. Si le dossier est validé, le niveau d'activité fera l'objet d'une contractualisation avec le groupe hospitalier. Un suivi et une évaluation seront réalisés. L'enveloppe d'investissement en équipements (classe2) sera révisée en fonction des montants de dépenses transférées en location (classe 6).

Le Pr Guy SEBAG observe que le retard en matière d'équipements est très important et coûteux. Une perte de recettes sur les forfaits réduits / amortis est prévue pour quinze IRM à partir de 2014-2015.

L'analyse doit être menée en fonction des projets. Des règles souples, rapides et réactives sont nécessaires. Le contrat pluriannuel de pôle et les projets de GH par disciplines constituent des bases. Il est important d'anticiper les besoins médicaux croissants en équipements, les pertes en recettes et les gains potentiels. Il convient de ne pas réduire automatiquement la dotation d'investissement et de placer les sommes non dépensées en réserve pour des priorités à venir dans l'année.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE regrette que les demandes de la collégiale de gastro-entérologie concernant les endoscopes ne fassent pas partie de la réflexion. Les appareils, après quatre ou cinq ans d'utilisation intensive, ne sont plus utilisables. Le parc a beaucoup vieilli. Certains appareils exigent des réparations itératives. Ce problème se pose dans de nombreux établissements en France. Si des mesures drastiques ne sont pas appliquées, il en résultera une diminution de l'activité, même dans les centres bien organisés. Le problème se pose dans de nombreux établissements en France.

Mme Carine CHEVRIER répond qu'une étude externe est en cours dans le cadre du programme ARMEN. Par ailleurs, des travaux sont menés avec des ingénieurs.

Le président demande si les endoscopistes libéraux font appel à la location-vente.

Le Pr Guy SEBAG répond par la positive. Les contrats sont négociés tous les quatre ans.

Le Pr Thierry BÉGUÉ estime que les microscopes opératoires et les appareils de radiologie préopératoire posent des problèmes récurrents. Une réflexion sur la possibilité de location d'appareils pourrait être menée.

Le Pr Guy SEBAG propose d'instruire ces dossiers.

Le Pr Catherine BOILEAU espère que le renouvellement des machines ayant plus de dix ans d'âge sera plus rapide. Par ailleurs, elle s'inquiète de la mise en place d'une démarche imposant à l'ensemble des sites le même appareillage alors que les besoins ne sont pas toujours identiques. Une analyse des besoins locaux au cas par cas serait nécessaire.

Mme Carine CHEVRIER indique que la gestion de flotte concerne certains types d'équipements. La réflexion sur les achats est adaptée aux types d'équipements. Les appels d'offres au sein de l'AP-HP sont souvent attribués à un seul fournisseur.

Le Pr Michel FOURNIER souligne que l'ordre de grandeur des machines est très variable. L'Assistance Publique compte une trentaine d'IRM, environ 2 500 respirateurs en réanimation. Les appareils endoscopiques, (un millier environ) font actuellement l'objet d'un recensement. La gestion n'est donc pas identique.

Le Pr Jean-Claude ALVAREZ exprime une inquiétude au sujet de la biologie. Il n'est plus nécessaire d'attendre les restructurations pour investir puisque les restructurations au sein de l'AP-HP sont déjà bien avancées. Le regroupement est opéré selon douze GH et douze laboratoires.

En ce qui concerne les spectromètres de masse, qui ne sont pas associés à des réactifs, la problématique est différente que pour les automates de biologie. Les besoins sont variables en fonction des sites et nécessitent le recours à divers types de machines. Il est donc difficile de ne choisir qu'un seul fournisseur. Des tarifs avantageux peuvent être parfois obtenus grâce à la location-vente.

Mme Carine CHEVRIER observe que, dans le contexte actuel des restructurations, l'option de la location durant quelques années peut être intéressante.

Le Pr Martin HOUSSET rappelle que le prix des accélérateurs modernes est nettement plus élevé que celui des IRM. Les innovations techniques actuelles apportent de réels progrès en tolérance et en efficacité. Enfin la cotation des actes est très sensiblement supérieure, assurant une rentabilité importante avec ces équipements récents.

Le Dr Rémi COUDERC s'étonne de l'absence des appareils de dosages immunochimiques dans la liste des appareils de biologie proposés à la location-vente. Parmi les appareils, ce sont ceux qui ont les réactifs les plus chers. Il ajoute que si cette mesure améliore la souplesse d'obtention des équipements, il ne faut pas qu'elle soit un frein à l'évolution technologique dans les laboratoires par des MAD à des prix « bradés » de technologies vieillissantes.

Le Pr Ariane MALLAT se réjouit que l'AP-HP s'ouvre à des alternatives à l'achat et s'interroge sur le transfert de l'enveloppe de location vers l'enveloppe d'investissements, dans un contexte extrêmement contraint.

Mme Carine CHEVRIER répond que le raisonnement s'est fondé sur un contexte contraint, quelles que soient les enveloppes. L'enveloppe d'investissement est donc réduite du montant de l'équipement. Toutefois le gain dégagé par la location peut réabonder l'enveloppe d'investissement. Il correspond à 10 % ou 15 % et peut être réaffecté à des opérations innovantes.

Le Pr Paul LEGMANN rappelle qu'il sera demandé aux équipes d'assurer 60 % à 80 % d'activités externes. Pour une période inférieure à sept ans, le taux d'activité externe est théoriquement inférieur à 80 %. Cette forme d'activité doit contribuer à un autofinancement des équipements lourds. Ce type de financement ne doit pas venir en soustraction de la capacité d'investissement.

V. Point sur l'activité d'obstétrique à l'Assistance Publique

Le Pr Michel FOURNIER rappelle que, durant ces deux dernières années, l'évolution des naissances, en France, a enregistré un tassement. Entre 2011 et 2012, le recul s'est établi à – 1 %, voire– 3 % à Paris et – 7 % au sein de l'AP-HP. Des variations très importantes sont observées suivant les groupes hospitaliers, avec la fermeture de Saint-Antoine et la montée en puissance de Port-Royal 1.

Au long de la période 1999-2011, la part relative des cliniques parmi les structures d'accueil n'a cessé de décroître par rapport à l'Assistance Publique, aux Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et aux autres établissements publics.

En obstétrique, l'Assistance Publique a pris en charge 35 700 accouchements en 2009, 37 250 accouchements en 2010 et 36 000 accouchements en 2012, dans un contexte national et régional à la baisse. C'est dans la première couronne que le nombre d'accouchements a connu

la plus importante augmentation, en particulièrement dans les établissements du Sud, tels Bicêtre et Antoine-Béclère.

L'Assistance Publique offre, suivant les maternités, des soins pédiatriques de niveau II ou III. Cette diversité colore l'organisation des équipes et implique des organisations spécifiques. En termes de facturation, la rémunération n'est pas liée au niveau des pathologies des femmes qui accouchent.

L'ensemble des maternités sont engagées dans le programme PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients hospitalisés) d'aide au retour des femmes à domicile sur la base du volontariat. Le programme a été installé en septembre-octobre 2012, les maternités ayant été réparties en deux groupes. Un premier bilan a été effectué par la CPAM dans six maternités en 2012. Une seconde phase est actuellement mise en place.

Le Bureau Central des Inscriptions en Maternité (BCIM) a été instauré à l'hôpital Trousseau, pour résoudre le problème posé par la difficulté pour les femmes à s'inscrire dans une maternité de l'AP-HP. Ce travail a été effectué par la collégiale de gynécologie obstétrique.

Lorsque les patientes s'inscrivent à une maternité, en cas de manque de place, celle-ci réoriente l'appel vers le bureau, qui se charge de trouver une place dans une autre maternité. Selon les premiers résultats, 1 450 femmes ont été réorientées par cette cellule depuis juin 2012. En 2013, ces réorientations devraient concerner 1 500 à 1 800 femmes.

Le Pr Bruno CARBONNE constate que le ratio entre le nombre d'accouchements et le nombre de lits pénalise les établissements qui présentent un taux d'hospitalisations anténatales important.

Par ailleurs, étant donné les restructurations opérées dans les maternités de Port-Royal et de Trousseau, celles-ci n'atteindront leur activité cible qu'à partir de mars 2013.

Le Pr Michel FOURNIER précise qu'il s'agit du potentiel d'activité.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE souhaite que soit indiqué si les données concernent le nombre de naissances ou le nombre d'accouchements. Il faut en effet tenir compte du phénomène des grossesses multiples et de leur incidence sur l'occupation des lits.

Le président rappelle que les accouchements s'inscrivent dans un secteur concurrentiel. Dans certains cas particuliers, cette activité physiologique doit être médicalement encadrée. En outre, les aspects d'hôtellerie ont leur importance pour la parturiente et sa famille alors que les maternités de l'AP-HP ne sont pas toutes compétitives en cette matière.

Le Pr Bruno CARBONNE répond que certaines maternités n'ont aucune difficulté à remplir leur potentiel d'accouchements. Généralement, il s'agit de maternités modernes. En comparaison, l'hôpital Beaujon est extrêmement vétuste.

VI. Rapport annuel d'activité 2012 de la sous-commission vie hospitalière

Le Dr Patrick DASSIER rappelle que la sous-commission Vie hospitalière de la commission médicale d'établissement instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à l'AP-HP et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés.

Cette sous-commission comprend le président et le vice-président élus par les membres de la CME, des présidents et des vice-présidents des commissions hospitalières locales, des membres de la CME, un médecin coordonnateur de la médecine du travail et les responsables du Département des Ressources Humaines Médicales.

Le traitement des situations individuelles des praticiens en difficulté professionnelle constitue un aspect important de l'activité de la commission. Un questionnaire destiné aux praticiens hospitaliers a été élaboré en matière de conditions de travail et de santé.

Les situations de praticiens en souffrance professionnelle peuvent être liées à des causes multiples. Les restructurations jouent parfois un rôle important. En outre, les médecins du travail sont représentés de façon inégale sur les différents sites. Sur le plan purement technique, il n'existe pas d'instance de reclassement pour causes médicales à destination des médecins à l'AP-HP. Ces dossiers ont été traités jusqu'à présent par les bureaux d'affaires médicales (BAM) ou par la Direction des Ressources Humaines.

Le principe consiste à mettre en place un dispositif de signalement et de traitement de ces situations. Celles-ci sont prises en charge par une instance extérieure, dans le contexte de conflits potentiels au sein d'un groupe hospitalier. Il s'agit de permettre un dépistage plus précoce et de prévenir des risques comme l'isolement, la souffrance psychique, les arrêts maladie et les contentieux. L'objectif consiste à conseiller et accompagner le praticien pour proposer des solutions négociées ou des recommandations. Une collaboration est instaurée entre la commission Vie hospitalière, la Direction des Ressources Humaines et la médecine du travail.

Les signalements peuvent être effectués par une commission hospitalière locale, par la Direction des Ressources Humaines de l'AP-HP ou par le praticien.

Ils peuvent être transmis par le biais de l'adresse mail dédiée CVH@sap.aphp.fr

Un médecin appartenant à la commission en assure la réception. L'alerte est traitée dans la confidentialité. Après un accusé réception, le dossier est attribué à un référent.

Le sous-groupe « situations individuelles » est formé de cinq à six personnes. Un référent est désigné pour chaque dossier. Celui-ci se déplace à la rencontre du collègue et émet des recommandations. Il peut être amené à demander un audit. Le cas échéant, il est nécessaire de passer le relais à l'institution. Le dossier peut donner lieu à un traitement disciplinaire ou conduire à un accompagnement.

L'objectif de la commission consiste à développer une expertise et des procédures.

En 2012, les violences psychologiques au travail ont constitué l'un des volets des situations traitées par la commission, qu'il s'agisse de difficultés relationnelles ou de conflits dans un service. Quand un changement de poste s'avère nécessaire, la réflexion est menée en relation avec des collégiales.

Le second volet concernait une situation de reclassement après une maladie somatique. A l'issue d'un problème de santé, il arrive en effet qu'un collègue ne puisse plus assumer ses fonctions antérieures.

Le troisième volet portait sur une situation de troubles du comportement. Ceux-ci peuvent être dus à une addiction.

Le questionnaire *« Conditions de travail et santé »* des médecins, pharmaciens, odontologues et sages-femmes sera finalisé dans le courant de l'année 2013. La réflexion portera également sur une formation relative au harcèlement au travail. Des recommandations seront exprimées sur le management des médecins. Enfin, les conditions d'attractivité de l'Institution seront abordées.

Le président remercie les membres de la commission Vie hospitalière pour l'important travail fourni cette année. La souffrance au travail n'est pas rare chez les médecins. Ces situations personnelles ont besoin de toute l'attention de la collectivité. Elles peuvent être source de déséquilibres dans les équipes.

Les médecins sont des travailleurs comme les autres. Ils ont besoin d'une médecine du travail.

Les conclusions de la mission confiée à M. Édouard COUTY font état de ces difficultés. Certaines voix souhaitent que les médecins puissent être considérés comme des professionnels de santé, participant à la Commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et au Comité d'établissement.

La commission Vie hospitalière propose un excellent compromis entre ces deux nécessités.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI rappelle que plusieurs membres de la CME sont sollicités pour donner des avis relatifs au reclassement de certains collègues. Il s'interroge donc sur les liens entre le comité médical et la sous-commission Vie hospitalière.

Le Dr Nicolas DANTCHEV répond que le comité médical se prononce en cas de reclassement médical avéré alors que la sous-commission Vie hospitalière intervient en amont, plutôt à titre préventif. Il n'existe pas de lien entre les deux instances.

Le Pr Thierry BÉGUÉ observe que la notion d'évaluation des praticiens reste délicate. Sont évoquées à la fois l'indépendance professionnelle d'un collègue, l'intégration dans une équipe et le harcèlement au travail.

Le Dr Patrick DASSIER rappelle que des recommandations seront exprimées en 2013 au sujet du management des médecins. Une réflexion doit être menée sur l'organisation d'entretien annuel professionnel. Pour lui il préfère parler de rencontres professionnelles qui sont actuellement quai inexistantes.

Le président souligne que le chef de service se trouve confronté à la gestion humaine des équipes. Il s'agit d'un véritable métier.

Le Pr Bernard GRANGER soulève la problématique de la prise en charge des maladies professionnelles. L'employeur principal des PU est l'Université. Or l'indemnisation des maladies professionnelles fait l'objet de renvois de dossiers entre l'hôpital et l'Université.

Le Pr Jean-Philippe WOLF demande s'il est envisageable de mener une action d'encadrement contre une personne responsable de harcèlement au travail.

Le Dr Patrick DASSIER pense qu'une telle action sera possible dans un avenir proche. Le diagnostic de harcèlement est plus facile lorsqu'il concerne plusieurs personnes au sein d'un même secteur.

La réflexion doit porter sur la manière d'aborder cette préoccupation avec la personne qui est responsable du harcèlement. Certaines solutions sont envisagées. Le président de la CME pourrait être amené à intervenir si les étapes intermédiaires n'ont pas abouti. En effet, il est gage d'une certaine autorité au sein de l'Institution.

Le président s'y déclare prêt.

Le Pr Paul LEGMANN rappelle qu'en principe, le chef de pôle est responsable de l'affectation des praticiens au sein du pôle. Le chef de service étant en lien direct avec les praticiens, il reste à préciser si le contact est pris avec le chef de service ou le chef de pôle ou si les difficultés sont gérées de manière indépendante.

Le Dr Patrick DASSIER explique, dans certaines situations, c'est l'unité fonctionnelle qui est source de harcèlement. Celle-ci peut également résulter du service ou d'une conjonction indirecte entre la hiérarchie de l'unité fonctionnelle, le service et le pôle. La situation peut consister à déstabiliser le praticien hospitalier, à supprimer des consultations, à changer son bureau de place, ou à lui proposer des activités hospitalières qui ne correspondent pas complètement à son expérience.

L'ensemble du processus doit être analysé. Les points de vue respectifs de la hiérarchie et du praticien émettant une plainte doivent être étudiés.

Le Dr Nicolas DANTCHEV précise qu'il arrive que le chef de pôle ou le chef de service soient contactés. Les versions des faits peuvent s'avérer contradictoires. L'objectif, dans un premier temps, ne consiste pas à désigner un coupable mais à protéger le praticien en souffrance.

Dans certains cas, les audits réalisés par la Direction de l'Inspection et de l'Audit (DIA) sur le terrain permettent de valider ou non l'hypothèse de « harcèlement », mise en avant par le praticien. L'intervention de la DIA est souhaitable dans le contexte de situations sensibles.

Dans les cas où le maintien au sein de la structure d'origine n'est pas souhaitable, un poste devrait pouvoir être proposé au praticien dans un autre établissement ou un autre pôle.

Les commissions Vie hospitalière locales constituent une obligation réglementaire. Si certaines commissions se montrent très actives, tel n'est pas toujours le cas. Il serait nécessaire de réactiver ces relais d'action dans certains GH pour aider les praticiens en difficulté.

VII. Repos de sécurité pour les DES après les gardes

Le président rappelle qu'une déclaration ministérielle établit l'obligation de respecter le repos de sécurité dès le 1er février 2013.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU, qui a été reçu la veille par le conseiller D Annane en compagnie du vice-président G Sebbane sur ce sujet, rappelle que le repos de sécurité est une obligation qui concerne toutes les activités de soins comme d'enseignement. Le repos strict est relativement bien respecté chez les internes de médecine générale. En revanche, son application est plus hétérogène parmi les internes de spécialité. Le groupe des internes de la CME a mené durant l'automne 2012 une enquête à laquelle 545 chefs de service ont répondu, représentant 95 % des internes concernés pour 46 spécialités.

Au sein des services de l'AP-HP, la moyenne générale du respect strict du repos de sécurité par discipline s'établit à 64 %. Dans quinze spécialités, ce taux reste inférieur à 50 %. Il s'agit majoritairement des disciplines chirurgicales. Les internes de chirurgie ont pour 23 % en moyenne une activité de bloc opératoire au lendemain des gardes allant à 60 % en chirurgie viscérale.

Pour atteindre l'objectif imposé, le groupe des internes estime utile de recevoir les coordonnateurs des différentes disciplines pour analyser les problèmes spécifiques et proposer des solutions au cas par cas. Une information complémentaire émanant de la CME sous forme d'un courrier de son président aux chefs de service les sensibilisant à cette obligation serait également précieuse. Le groupe des internes mettra en place un suivi auprès des coordonnateurs de spécialités.

Le groupe propose de fixer pour mai 2014 la généralisation effective et complète de cette obligation, date qui correspond à un changement de stage. Toutefois, le conseiller D Annane a clairement exprimé son souhait de voir ce calendrier beaucoup plus resserré en évoquant la possibilité de retirer leur agrément aux services n'appliquant pas strictement le repos de sécurité.

Le Pr Bruno CARBONNE souhaite fournir un complément d'informations au sujet des activités chirurgicales. Les chefs de service sont nombreux à affirmer que le repos de sécurité est appliqué dans leur service tout en souhaitant plutôt que les internes participent à l'activité.

Il est plus pertinent, pour l'analyse menée sur le terrain, de retenir un critère comme la participation à une activité opératoire. Dans 25 % des services, les internes assument une présence au bloc opératoire au lendemain d'une garde. Ce taux peut atteindre 60 % dans certaines spécialités. Tout dépend de l'activité diurne assurée par les services.

Dans certains cas, la seule solution consisterait à augmenter le nombre d'internes. A terme, il conviendrait de favoriser le regroupement de listes de gardes et la mutualisation des internes.

Le Dr Martine MARCHAND évoque le problème posé par les gardes ayant lieu le week-end. Le repos hebdomadaire, souvent institué le samedi ou le dimanche, n'est pas respecté.

M. Julien LENGLET salue le travail réalisé par la commission des internes, qui manifeste une véritable volonté de susciter des avancées. Il arrive que le repos de sécurité ne soit pas appliqué dans certains services par pur dogme. Cette situation devra être traitée en priorité.

Dans certaines spécialités, le non-respect du repos de sécurité est lié à un déficit démographique. Il convient alors de fournir des effectifs supplémentaires aux spécialités concernées. Cette réflexion doit être menée en concertation avec les commissions de répartition et les commissions d'évaluation des besoins en formation.

Les internes ne souhaitent pas une application dogmatique du repos de sécurité. L'activité de soins ne saurait être désorganisée. L'interne doit demeurer au centre de l'activité hospitalière et de la formation dans les services.

Le président souligne que la menace pèse sur l'agrément des services. Or la CME n'est pas représentée au sein de la commission d'agrément. La représentation de l'AP-HP par Mme GUERRIER jouera donc un rôle important.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE estime nécessaire de rappeler qu'au lendemain d'une garde, un interne doit éviter toute activité hospitalière et se reposer chez lui. Par ailleurs, dans le contexte il est surprenant que des chambres de garde soient maintenues puisqu'il s'agit d'un travail posté équivalent à celui que les agents font dans la journée.

Le Pr René ADAM constate que la plupart des spécialités chirurgicales ne respectent pas le repos de sécurité. Une des raisons majeures tient au fait que l'objectif consiste à maintenir une activité soutenue, voire de développer celle-ci. Or, le respect du repos de sécurité aurait pour conséquence, pour de nombreux services, une diminution significative de l'activité.

La solution consisterait donc à doter les services ne respectant pas le repos de sécurité de personnels médicaux supplémentaires, qu'il s'agisse d'internes ou de chefs de clinique.

Le Pr Thierry BÉGUÉ souligne qu'il n'est pas possible d'intégrer des activités universitaires dans le repos de sécurité. Compte tenu des maquettes obligatoires, l'interne se verra contraint à une absence encore plus importante.

Par ailleurs, il convient d'instaurer une dissociation entre la notion d'activité de permanence des soins et l'activité de continuité du service. A l'heure actuelle, dans les services concernés, cette séparation n'est pas instaurée.

Enfin, il conviendra de réfléchir à un projet de restructuration des SAU au sein de chaque groupe hospitalier. Actuellement, ceux-ci utilisent en aval un certain nombre de structures dotées d'activités de garde. Or celles-ci posent problème.

Le Pr Benoît SCHLEMMER rappelle que les agréments des services sont fournis par des commissions appelées à juger du potentiel de formation des stages. Elles ne sont pas chargées d'assurer, ni de se prononcer sur le fonctionnement de l'hôpital.

Le Dr Christophe TRIVALLE souligne que le repos de sécurité ne concerne pas seulement les internes. Il concerne aussi les seniors alors que, dans les faits, il n'est pas du tout respecté. L'une des solutions pourrait consister à concevoir des postes d'internes travaillant uniquement la nuit.

Le Dr Martine MARCHAND indique qu'en vertu d'une directive européenne, la garde médicale n'est pas postée et correspond à 14 heures. Une récupération est autorisée durant cette garde.

M. Julien LENGLET estime parfaitement légitime qu'un interne puisse se reposer après une journée de 24 heures et après avoir assuré les transmissions du matin. Une garde correspond à une deuxième journée de travail. Durant ces douze heures, il paraît également légitime qu'un interne puisse dormir s'il en a la possibilité.

Le Pr Jean-Yves ARTIGOU souligne l'intérêt d'étudier discipline par discipline, au sein du groupe des internes, les problèmes spécifiques rencontrés par les différentes spécialités en auditionnant les coordonnateurs. Un courrier du Président de la CME adressé à tous les chefs des services concernés les sensibilisant au respect strict du repos de sécurité constituerait un précieux appui.

Le président demande au groupe des internes de préparer ce courrier à sa signature. Les résultats de l'enquête y seront joints.

VIII. Résultat de l'audit sur la facturation des chambres individuelles

M. Michel BILIS rappelle que la facturation du régime particulier a été généralisée au sein de l'AP-HP en 2012. Cette disposition figure dans le Code de la santé publique : si à sa demande explicite, le patient est hébergé dans une chambre individuelle, un forfait d'hébergement de 45 euros par nuit est facturé. Cette disposition ne s'applique pas lorsque l'hospitalisation en chambre individuelle est nécessitée par l'état du patient ou l'obligation de respecter la non-mixité dans une chambre.

En 2012, la prévision de recettes suscitées par cette disposition a été évaluée à 5 millions d'euros. En mai 2012, la réalisation de recettes s'élevait à 800 000 euros. Un audit a donc été demandé par la Direction des Finances de l'AP-HP afin d'examiner les difficultés de mise en œuvre rencontrées sur le terrain.

Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des groupes hospitaliers, et en complément un audit in situ a été réalisé dans six hôpitaux.

Selon les conclusions de l'audit, la mise en place de cette mesure a été préparée de manière satisfaisante. Un important travail a été effectué par la Direction des Finances et les équipes des directions hospitalières pour présenter le dispositif aux instances locales et aux représentants des usagers.

Toutefois, certaines difficultés ont pu gêner la mise en œuvre du dispositif. D'une part, le système d'information, depuis l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie, présentait des imperfections, impliquant une transmission « manuelle » d'information entre les services d'admission et de frais de séjour, les unités d'hospitalisation et les secrétariats médicaux lourde et compliquée.

A l'époque où l'audit a été réalisé, la procédure reposait essentiellement sur des supports manuels. Au niveau des admissions, le patient devait remplir un formulaire de demande d'hospitalisation en chambre individuelle. Cependant, il était difficile de savoir si des chambres individuelles étaient disponibles. En outre, la situation pouvait évoluer durant le séjour du patient. L'informatisation de la procédure constitue donc une très forte attente.

Par ailleurs, des personnels médicaux et soignants ont exprimé à l'égard de cette disposition une certaine réticence d'ordre culturel et pratique. Le travail d'explication auprès des patients doit se poursuivre au niveau des services d'admission, mais aussi des services de soins.

Un autre point mis en évidence par l'audit a trait aux modalités de répartition des crédits d'intéressement octroyés aux groupes hospitaliers en fonction des résultats. En effet, l'intéressement est destiné à améliorer la qualité ordinaire de l'accueil dans les services. Or certains pôles disposent d'un nombre important de chambres individuelles alors que d'autres n'en possèdent qu'un nombre réduit. Ces derniers se trouveraient donc pénalisés en cas d'intéressement direct.

En conclusion, les recommandations de l'audit portent sur l'adaptation et le développement du système d'information de la procédure, l'optimisation de l'information du public, la définition des indicateurs de suivi et des modalités générales de répartition de l'investissement.

Depuis la réalisation de l'audit en juin 2012, des mesures ont été prises pour améliorer les fonctionnalités du système GILDA. Une convention a été conclue avec la Mutualité française. Les tarifs seront stabilisés durant trois ans.

Le président s'étonne que cet audit ne fasse pas mention des attentes et de la satisfaction des patients par rapport au dispositif. Il serait nécessaire de vérifier que son application se déroule dans une parfaite transparence en matière d'application de la taxe.

M. Michel BILIS répond que la mission de l'audit consistait à étudier, en coordination avec les responsables hospitaliers, les difficultés de mise en œuvre de la mesure. L'attention, largement exprimée dans les équipes, à ne pas procéder à une facturation systématique, sans information ni demande préalable du patient est l'une des raisons qui expliquent le taux de réalisation des recettes inférieur aux prévisions. Dans certains cas minoritaires, des facturations ont été établies sans discussion éclairée avec les patients.

Le Pr Béatrice CRICKX observe que la mise en œuvre du dispositif d'intéressement au sein des hôpitaux a suscité des difficultés, notamment à l'hôpital Bichat. La CCM avait voté en faveur d'une affectation de l'intéressement à l'amélioration de la qualité des chambres, qu'elles soient individuelles ou doubles. Il conviendrait de respecter cette disposition.

Le Dr Anne GERVAIS ajoute que 300 000 euros sont affectés à la location de bornes d'information pour les patients. Or il serait possible de recourir à des signalétiques beaucoup moins onéreuses. Le principe des bornes d'orientation ne correspond pas à ce que les médecins entendent comme amélioration de l'accueil des patients hospitalisés, parfois admis dans des locaux vétustes, voire des chambres à 3.

Mme Carine CHEVRIER : La réaffectation des recettes est pour partie affectée aux recettes d'exploitation du groupe hospitalier. L'autre partie est mutualisée en faveur de projets permettant d'améliorer l'accueil du patient.

50 % des recettes liées aux chambres individuelles ont ainsi été affectées par semestre à des projets d'investissements dans les groupes hospitaliers. En mai 2012, une première notification a été effectuée sur la base des recettes du second semestre. En novembre 2012, une seconde notification a été réalisée sur la base des recettes du premier semestre 2012.

Le président souhaiterait que la CME soit consultée sur ces bornes et sur la nécessité de reconduire un tel contrat.

Le Pr Thierry BEGUE observe que ce système est particulièrement adapté à certaines disciplines. Par ailleurs, il souhaite savoir si le dispositif s'applique aussi bien à l'hospitalisation complète qu'à l'application partielle. En chirurgie ambulatoire, des patients expriment en effet le souhait de chambres ou de box individuels. Enfin, les réaffectations varient suivant les groupes hospitaliers. Il serait donc utile de procéder à un bilan d'ici un an.

M. Michel BILIS rappelle que les recommandations consistent notamment à instaurer des indicateurs de suivi, au sein des différents hôpitaux et pôles, et en fonction des différentes disciplines. Pour certaines disciplines (hématologie, oncologie, immunologie, etc, le dispositif est plus difficile à appliquer : les soins au patient nécessitant fréquemment une hospitalisation en chambre individuelle.

Sur le plan réglementaire, l'hôpital de jour est exclu du dispositif. Le forfait correspond au nombre de nuits passées dans la chambre individuelle.

Enfin, il est suggéré que le débat sur la politique d'intéressement ait lieu dans les comités exécutifs des directions hospitalières.

Le Pr Bernard GRANGER rappelle qu'il s'est élevé, pour sa part, contre la mesure de facturation des chambres individuelles au tarif unique au sein de l'AP-HP, quel que soit le niveau de confort proposé. Les chambres individuelles devraient constituer une règle et non une exception.

Selon certains témoignages, des chambres individuelles sont facturées dans des services qui disposent uniquement de ce type de chambres. Des éclaircissements seraient nécessaires.

M. Michel BILIS répond que l'une des préoccupations exprimées dans les hôpitaux porte sur cette problématique.

Le Dr Nathalie DE CASTRO souhaite savoir si une réflexion est menée au sein de l'AP-HP pour que l'ensemble des patients puissent, à terme, bénéficier d'une chambre individuelle.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, indique qu'un diagnostic très approfondi a été effectué dans certaines disciplines comme la gériatrie, notamment au sein des services de longue durée. Dans un certain nombre d'établissements, les conditions de séjour sont difficiles. Un programme d'humanisation s'avère nécessaire. Des compléments de recettes de cette nature y participeront. Cependant, ces mesures d'humanisation s'accompagnent d'une perte significative de capacité d'hospitalisation.

Le Dr Christophe TRIVALLE constate qu'une importante pression s'exerce vis-à-vis des cadres en faveur de la facturation de chambres individuelles. Celle-ci figure dans les objectifs de certains contrats de pôles, ce qui constitue une déviation du principe.

Le Dr Anne GERVAIS considère que l'accès payant aux chambres individuelles est une atteinte à l'égalité d'accès aux soins puisque tous les patients n'y ont pas accès, seuls ceux en ayant les moyens.

IX. Information sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires des pharmaciens au titre de l'année 2013

Le président rappelle qu'en matière hospitalo-universitaire, la CME a conservé l'intégrité de ses prérogatives. La loi HPST n'a pas aboli les lois universitaires.

Mme Marie-Laure VERBEKE indique que la procédure de révision des effectifs des emplois HU des disciplines de pharmacie a débuté au sein des ministères. Une réunion a été organisée le 19 décembre 2012. L'AP-HP y a participé. Il s'avère que les demandes exprimées par les UFR et l'AP-HP sont identiques. Un courrier a été adressé au ministère pour éviter tout retard dans les publications des postes.

Le Pr Jean-Michel SCHERRMANN confirme que le plan de recrutement des effectifs hospitalo-universitaires pour 2013 a été mené à bien pour les UFR de Paris-Sud et Paris-Descartes. Il concerne deux postes de PUPH et huit postes de MCU PH.

La révision des effectifs des emplois HU des disciplines de pharmacie fait l'objet d'un avis favorable des membres de la CME avec 31 voix favorables, 3 votes défavorables et 5 abstentions.

X. Adoption des comptes rendus des réunions des 11 décembre 2012 et 8 janvier 2013

Le compte rendu du 11 décembre 2012 est adopté à l'unanimité.

Le compte rendu du 8 janvier2013 est adopté à l'unanimité.

XI. Questions diverses

Le Dr Christophe TRIVALLE s'enquiert du nombre de jours qui peuvent être placés chaque année sur le compte épargne temps (CET). Dans certains groupes hospitaliers, il semble que ce nombre soit limité à cinq ou six jours, ce qui est contraire à la loi.

Le président répond qu'il a transmis cette question à M. HUBIN. Une réponse sera fournie ultérieurement.

Le Dr Michel DRU rappelle, qu'en tant que président de la CCOPS, il était compétent pour répondre à la question. Il indique qu'un décret est paru le 29 décembre 2012 au sujet du CET. A partir du 1er janvier 2013, peuvent être placés jusqu'à 19 jours de RTT, 5 jours de congés annuels et des plages additionnelles, pour un maximum de 20 jours par an. Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2012, l'ancienne réglementation s'appliquait (c'est-à-dire un maximum de 30 jours sur le CET, annuellement). Une réunion de la COPS centrale aura lieu le 11 février. Une présentation du dispositif sera faite. Une réunion de la CCOPS centrale aura lieu le 11 février. Une présentation du dispositif sera faite.

Le Pr Philippe GRENIER souligne que les CET ne peuvent être abondés qu'à condition du dépôt préalable d'un tableau de service prévisionnel suivi d'un tableau de service effectif. Ceux-ci doivent être validés par le chef de pôle. Or dans 80 % des cas, cette procédure n'est pas respectée et c'est la raison pour laquelle l'abondement des CET reste limité au sein des Hôpitaux Universitaires La Pitié Salpêtrière – Charles Foix.

La séance est levée à 12 heures 35.

*

* *

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

mardi 12 mars 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 27 février 2013 à 16 heures 30