

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 14 MAI 2013**

**APPROUVE LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 9 JUILLET 2013**

SOMMAIRE

I. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME	6
II. Participation accrue des usagers aux instances des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH	10
III. Echange avec M. Claude ÉVIN, directeur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) et sur l'effort d'efficience et les investissements immobiliers de l'AP-HP	14
IV. Programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers (QSS-CAPCU)	23
V. Bilan 2012 et perspectives 2013 portant sur les projets prioritaires du plan stratégique 2010-2014	26
VI. Valorisation d'innovations à l'AP-HP : idées et brevets	31
VII. Conclusions du groupe de travail sur les évolutions de la révision annuelle des effectifs de praticiens hospitaliers	35
VIII. Adoption du compte rendu de la réunion du 9 avril 2013	38

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations communiquées par le président et le vice-président de la CME
2. Participation accrue des usagers aux instances des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH
3. Echange avec M. Claude ÉVIN, directeur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) sur l'effort d'efficience et les investissements immobiliers de l'AP-HP
4. Programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers (QSS-CAPCU)
5. Bilan 2012 et perspectives 2013 portant sur les projets prioritaires du plan stratégique 2010-2014
6. Valorisation d'innovations à l'AP-HP : idées et brevets
7. Conclusions du groupe de travail sur les évolutions de la révision annuelle des effectifs de praticiens hospitaliers
8. Adoption du compte rendu de la réunion du 9 avril 2013

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

Avis sur quatre premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
Avis sur les demandes de versement de l'indemnité pour activité multi-sites

Composition A

Avis sur les candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement
Avis sur une demande de mobilité de PU-PH

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M^{me} le D^r Olivia ANSELEM
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le D^r Paul AVILLACH
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOÎT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le Dr Hélène BOUCHER
- M^{me} le D^r Anne-Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le P^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Thierry CHINET
- M. le P^r Yves COHEN
- 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. le P^r Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le P^r Érea Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r GERVAIS-HASENKNOPF
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le P^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le Pr François HAAB
- M. le P^r Olivier HENRY
- M. le D^r Matthieu LAFAURIE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI-TELLARI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. Julien LENGLET
- M. le P^r Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^r Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M. le P^r Jean-Claude PETIT
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^r Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M. le P^r Alain SIMON
- M^m le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBÉREA
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- M^{me} Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

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

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS
- M. le P^r Louis MAMAN
- M. le P^r Benoît SCHLEMMER
- M. le P^r Serge UZAN

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

- M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale
- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M^{me} Laure BÉDIER, 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} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

- M. Alain BURDET, direction des ressources humaines
- M. Étienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction médico-administrative
- M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative
- M^{me} Juliette TELLIER, directrice de la communication

- ***membres excusés :***

M. le Pr Jacques DURANTEAU, M^{me} le Dr Martine MARCHAND, M^{me} le Dr Valérie PERUT, M. Matthieu PICCOLI, M^{me} Roselyne VASSEUR.

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du P^rLoïc CAPRON.

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

Le président présente les excuses de M^{me} Roselyne VASSEUR, du P^r Jacques DURANTEAU et de M. Matthieu PICCOLI.

Les internes sont au nombre de quatre au sein de la CME. Ils ne sont pas élus mais désignés par l'Agence régionale de santé (ARS). Une rotation est instaurée tous les six mois. Les spécialités médicales sont représentées par M. Julien LENGLET, président du syndicat des internes des hôpitaux de Paris et la médecine générale par M. Matthieu PICCOLI, déjà présents lors du précédent semestre. En pharmacie, la CME a le plaisir d'accueillir M^{me} Hélène BOUCHER. Le poste d'odontologie n'est pas encore pourvu.

M^{me} Caroline PRADINES est la représentante des sages-femmes. Ce corps soignant doit prendre sa place au sein de la CME : dans le DPC (développement professionnel continu) et au sein de la cellule QSS & CAPCU (qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers); sous-commissions *Vie hospitalière* (D^r Patrick DASSIER) et *Recherche Université* (P^r Philippe RUSZNIEWSKI); groupes de travail *Événements indésirables graves* (P^r Christian RICHARD) et *Relations entre la ville et l'hôpital* (D^r Alain FAYE).

M^{me} PRADINES souhaite vivement renforcer la place des sages-femmes au sein de la CME et veillera à ce qu'une représentante soit nommée au sein de ces différents groupes et sous-commissions.

Les médias ont abondamment évoqué, durant la dernière semaine d'avril, des problèmes soulevés par l'emploi de certaines prothèses articulaires qui n'ont pas obtenu toutes les homologations requises. Deux types de prothèses sont mis en cause. En accord avec M^{me} la directrice générale, une commission d'enquête médico-administrative sera mise en place. Il a été demandé au P^r Christian RICHARD, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de piloter cette commission, en coordination avec M. BILIS, directeur de la direction de l'inspection et de l'audit à AP-HP, et du P^r Bernard AUGEREAU, président de la collégiale des orthopédistes.

Des conclusions seront rendues en juillet. Toutefois, une réponse plus rapide devra être fournie à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), organisme qui a mené l'enquête à l'hôpital Ambroise-Paré. Il serait d'ailleurs souhaitable que le président de la COMÉDIMS, le P^r Philippe LECHAT, participe aussi à cette commission d'enquête.

Le séminaire de la CME, annoncé sur son site Internet, aura lieu à la Porte Maillot la fin de l'après-midi du vendredi 20 septembre et durant la matinée du samedi 21 septembre. Le thème unique sera l'AP-HP en Île-de-France : autres partenaires de santé (hôpitaux généraux, ESPIC, centres de lutte contre le cancer, hôpitaux militaires); universités. Ces problématiques constitueront un axe important du futur plan stratégique. Le programme sera diffusé avant la fin du mois de juin.

Le président a demandé au D^r Georges SEBBANE de faire un choix entre ses deux vice-présidences, de la CME centrale et de la CME locale des hôpitaux universitaires de Seine-Saint-Denis.

Le D^r Georges SEBBANE donne lecture du texte déjà communiqué le 24 avril au bureau de la CME :

« Le Président de la CME AP-HP, le Pr Loic CAPRON m'a demandé de bien vouloir effectuer un choix entre la vice-présidence de la CME de l'AP-HP et la vice-présidence de la CME Locale du groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Seine- Saint-Denis (HUPSSD).

La nécessité d'une approche globale de cette fonction de gouvernance centrale assortie d'une complexité croissante d'assurer simultanément les deux fonctions me conduisent à privilégier la vice-présidence des HUPSSD et de fait à renoncer à la vice-présidence de la CME centrale à dater du 14 mai 2013.

Je tiens à remercier toutes et tous les collègues ainsi que Loic CAPRON pour leur soutien apporté lors de ma candidature à la vice-présidence de la CME de l'AP-HP.

Je reste membre de la CME centrale de l'AP-HP et apporterai toute ma contribution au service de notre communauté médicale qui m'a manifesté sa confiance. »

Le président remercie le D^r Georges SEBBANE pour le travail accompli à ses côtés. Lors de la prochaine réunion de la CME, le 11 juin, un nouveau-vice-président sera élu. Celui-ci devra obligatoirement être un praticien hospitalier, élu de la CME. Le vote sera ouvert à l'ensemble des membres. Les candidatures pourront être déclarées dans les semaines à venir

Le président invite la directrice générale à fournir les dernières nouvelles concernant l'avenir de l'Hôtel-Dieu.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, rappelle qu'en novembre 2012, la CME a voté une motion importante. Eu égard à l'évolution de l'offre de soins de l'Hôtel-Dieu et au transfert des principaux services de médecine et chirurgie vers l'hôpital Cochin, la CME a préconisé la fermeture du SAU, l'organisation de son transfert et la mise en place d'une maison médicale H24 à l'Hôtel-Dieu.

Depuis lors, la direction générale a fourni un important travail sur ce sujet, en lien avec le président de la CME, la collégiale des urgentistes, le SAMU 75, les Pompiers de Paris et l'ensemble des personnels concernés. Des propositions d'organisation seront présentées durant cette présente réunion de la CME et dans les instances centrales et locales.

Il est désormais possible d'organiser la réorientation des flux du SAU de l'Hôtel-Dieu vers les services d'urgence des hôpitaux Cochin, Saint-Antoine, La Pitié Salpêtrière et Lariboisière. Des moyens afférents ont été calculés, ainsi que les budgets d'investissements nécessaires à la réalisation de travaux pour parvenir au bon dimensionnement de ces services.

Depuis le début du mois d'avril, un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ouvert 24 heures sur 24 heures a été mis en place à l'Hôtel-Dieu. Par ailleurs, l'ouverture concomitante d'une maison pluridisciplinaire vouée aux soins de proximité a été décidée. La motion de la CME mettait l'accent sur l'adaptation des horaires d'ouverture à la demande. Cette maison sera donc ouverte 24 heures sur 24.

Les différentes parties prenantes, qu'il s'agisse des ambulances médicalisées, des sapeurs-pompiers ou du SMUR, seront redirigées vers d'autres services d'urgences. Ce mouvement sera opéré en date du 4 novembre 2013. Une fermeture progressive des urgences de l'Hôtel-Dieu était préconisée, toutefois, celle-ci serait compliquée à organiser. La réorientation vers les autres services de SAU sera donc quasi concomitante avec l'ouverture de la maison pluridisciplinaire.

De la même manière, des sujets qui n'étaient pas inclus spécifiquement dans le transfert de l'activité de l'Hôtel-Dieu ont été examinés. Les urgences médico-judiciaires resteront implantées à l'Hôtel-Dieu. Des activités de psychiatrie y subsisteront et des travaux approfondis sur l'organisation des gardes restent à faire.

Les personnels de la maison pluridisciplinaire seront en priorité issus du SAU de l'Hôtel-Dieu, intégrés sur la base du volontariat. La phase de préfiguration fait désormais place à la phase de projet. Une équipe projet a été constituée autour de M^{me} Sophie ALBERT, et des P^{ts} Jean-Yves FAGON et Pierre LOMBRAIL. Elle réfléchira à la description et l'organisation des activités, proposera un modèle de fonctionnement aux professionnels et intégrera les aspects de soins, d'enseignement et de recherche.

Le président rappelle que cette annonce fait suite au vote de la CME en faveur de la fermeture du SAU de l'Hôtel-Dieu (55 voix favorables, 2 voix défavorables et 3 abstentions). La direction générale, la présidence de la CME et la collégiale des urgentistes ont passé un temps considérable à organiser cette fermeture, qui sera effective le 3 novembre. Tout a été mis en œuvre pour mettre en place des systèmes efficaces de substitution et pour éviter les accidents.

En juillet, la CME, garante de la QSS & CAPCU, sera informée sur le fonctionnement de l'Hôtel-Dieu à partir de novembre 2013, ce qui inclut le devenir de la salle Cusco (hospitalisation des malades gardés à vue). Au printemps 2014, ses concepteurs présenteront le projet global du futur Hôtel-Dieu.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE remercie M^{me} la Directrice générale pour cette prise de décision. La maison médicalisée, ouverte 24 heures sur 24, permettra l'accueil des patients sans rendez-vous et favorisera la sécurisation du site de l'Hôtel-Dieu. Les activités de cancérologie et de diabétologie feront l'objet d'un transfert À LA FIN DE L'ANNEE. En revanche, d'autres activités resteront implantées à plus long terme, comme l'ophtalmologie.

Un SMUR était déjà implanté à l'Hôtel-Dieu. Il fermait à minuit. Désormais, l'ouverture aura lieu 24 heures sur 24.

Il est souhaitable que la CME puisse être régulièrement informée et que des évaluations régulières portent sur la sécurité et l'activité de cette maison médicalisée. Par ailleurs, il convient de prendre en compte les considérations financières. Les activités de biologie peuvent être assurées dans des délais très rapides PAR LE GH BROCA COCHIN HOTEL DIEU. Une ligne informatique a été mise en place entre l'hôpital Cochin et l'Hôtel-Dieu. Il n'est pas nécessaire de recréer un service de biologie au sein de l'Hôtel-Dieu.

L'Hôtel-Dieu devra faire l'objet d'une véritable discussion et d'une répartition équitable des moyens. Le groupe hospitalier Broca Cochin Hôtel-Dieu assure une grande partie du dispositif localisé à l'Hôtel-Dieu. Les collègues ne souhaitant pas s'intégrer à ce projet doivent être respectés. Il ne serait pas acceptable qu'ils soient privés de moyens.

La création d'un pôle Hôtel-Dieu sera mise en œuvre jusqu'à sa séparation complète du groupe hospitalier.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, souligne que le travail portera désormais sur une description fine des activités de l'Hôtel-Dieu. Un plateau technique y fonctionnera 24 heures sur 24. Il convient de décrire les moyens afférents au transfert des services vers l'hôpital Cochin et au fonctionnement de l'Hôtel-Dieu. En cas d'arbitrage, la DMA sera chargée de l'instruction technique.

La vigilance de l'ensemble des acteurs est légitime. Ce projet sera mené dans la transparence et le respect de tous.

Le P^r Jean-Philippe WOLF souhaite intervenir pour une question diverse, en tant que représentant des biologistes de la reproduction. Des faits graves se sont produits au sein de l'Institution. Il convient que la CME puisse être saisie. L'Agence Régionale de Santé a fait procéder à la fermeture du centre de fécondation *in vitro* de l'hôpital Tenon pour manquements graves aux règles de sécurité sanitaire.

Cette décision a été couplée par la suspension de la procédure de nomination du Pr. C. Poirot à la chefferie de ce service. Le praticien pressenti devait en assurer la direction après la fusion du centre de la Pitié Salpêtrière avec celui de l'hôpital Tenon.

Les constats effectués dans le centre dépassent l'imagination : des souris et des araignées ont été découvertes dans un laboratoire de fécondation *in vitro* où des embryons humains sont produits. Ce praticien avait entrepris d'y mettre de l'ordre, malgré une prise de fonction récente.

Le centre de biologie est considéré comme un service de médecine et il est rattaché à un pôle médical alors qu'il devrait être rapporté à un pôle de biologie, ce qui constitue l'un des premiers manquements à la règle.

Le praticien candidat à la chefferie de ce service jouit d'une renommée internationale. Elle est à l'origine d'une première mondiale pour la restauration de la puberté chez une jeune femme à l'issue d'une greffe d'ovaires. Par conséquent, il est demandé à M^{me} la Directrice générale de procéder à la nomination du praticien à la chefferie du service.

Le président souligne qu'il a été tenu informé de cette affaire. Aucune solution consensuelle ne semble encore avoir été trouvée.

Le P^r Bertrand GUIDET souligne que ce dossier, comportant des aspects à la fois techniques et humains, est complexe. Des difficultés ayant été signalées, un audit interne avait été diligenté pour que des solutions d'amélioration puissent être mises en place. Or la situation s'est envenimée avec la mise en disponibilité de la PH qui assurait l'activité de fécondation *in vitro* et la publication du rapport de l'Agence régionale de santé. Celui-ci fournit l'occasion de lever la demande de moratoire sur l'activité du centre, qui pourra être relancée sur des bases nouvelles.

L'activité a été répartie sur les différents sites d'AMP de l'AP-HP. Il convient de remercier l'ensemble des collègues qui ont permis d'assurer la continuité des soins pour la prise en charge de deux cents femmes.

Le P^r Serge UZAN considère que les propositions du groupe hospitalier ont été réactives et efficaces. L'Assistance Publique avait pris la décision, voici quelques mois, d'effectuer des travaux pour un montant de 600 000 euros. Ceux-ci ont été réalisés avant l'arrivée du praticien. De nouveaux travaux viennent d'être décidés. L'ensemble du bâtiment « Le Laurier » fera l'objet d'une réfection. Alors que l'AP-HP lance d'importants investissements, il serait inopportun d'en tirer de quelconques bénéfices corporatistes.

Le président constate que la CME est désormais officiellement saisie de cette question. Il que groupe de travail permanent *Règlement intérieur et procédures* (P^r Béatrice CRICKX) s'en saisisse pour rendre un avis dans un délai assez bref.

Le président précise avoir refusé de signer la nomination d'un chef de service par intérim, considérant cette affaire trop embrouillée..

Le P^r Béatrice CRICKX confirme que la commission se saisira de cette affaire avant l'été.

Le P^r Paul LEGMANN rappelle à M^{me} la Directrice générale qu'elle a été saisie d'un courrier provenant du bureau de la conférence des chefs de pôle. Celui-ci demandait le maintien des capacités d'investissements sur les sites recourant au système de location pour les équipements lourds. Il s'agit d'une certaine forme d'autofinancement portant sur l'activité externe. Toutefois, le maintien des capacités d'investissements est souhaitable, fût-il partiel afin que d'autres investissements puissent être effectués dans les domaines de l'endoscopie, la biologie et les blocs opératoires.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, répond qu'elle a bien reçu ce courrier et propose que cette question soit évoquée dans le cadre de la commission activité - ressources.

Le D^r Anne GERVAIS précise que cette problématique est traitée par la commission activité - ressources de manière mensuelle. La réflexion porte sur les spécialités pour lesquelles il est envisageable de recourir le recours à la location d'équipements. Il reste à préciser de quelle manière les crédits seront imputés ce qui reste un motif de divergence avec la DEFIP. Des avancées ont lieu dans la compréhension mutuelle.

II. Participation accrue des usagers aux instances des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH

Le président rappelle que, lors de la réunion du conseil de surveillance du 28 mars, M. Thomas SANNIÉ, représentant des usagers au sein de ce conseil et président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), a soumis une motion. Les deux représentants de la CME, le P^r Christian RICHARD et le D^r Alain FAYE, ont décidé de s'abstenir au sujet de ce texte que les présidents de CME locales n'avaient pas unanimement et intégralement approuvé. La cellule QSS & CAPCU a depuis entendu M. Thomas SANNIÉ pour aboutir à un accord sur un texte qui doit maintenant être soumis à la CME.

M. Thomas SANNIÉ remercie les membres de la CME pour leur accueil. Les recommandations proposées sont le fruit de la longue réflexion d'un groupe de travail interdisciplinaire. Elles se fondent sur un travail partagé entre professionnels de santé, personnels administratifs et représentants des usagers.

Les usagers constituent une source indispensable d'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins dans les hôpitaux. Ils participent à un retour critique, indispensable au fonctionnement de l'hôpital, que celui-ci soit positif ou négatif. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a réaffirmé la place des commissions chargées des relations avec les usagers (CRUQPC). C'est une chance pour l'hôpital, car leur présence au sein de l'institution hospitalière permet d'organiser les retours des usagers de manière rationnelle et utile pour l'hôpital. Il convient de valoriser leur travail et d'examiner les modalités selon lesquelles les CME locales peuvent appuyer ce mouvement, afin d'améliorer l'accueil et les soins de qualité.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » avait mis en place des commissions chargées des relations avec les usagers (CRUQPC). Elle avait organisé ces retours de manière rationnelle et utile pour l'hôpital. Il convient de valoriser leur travail et d'examiner les modalités selon lesquelles les CME locales peuvent appuyer ce mouvement, afin d'améliorer l'accueil et les soins de qualité.

La priorité de ce travail a été actée lors de la première réunion de la 3CU le 7 juin 2011. Celle-ci portait sur la visibilité du rôle des CRUQPC et des représentants des usagers dans les groupes hospitaliers et les sites de l'AP-HP. Un groupe de travail s'est réuni en novembre 2011. Il a présenté ses préconisations en 3CU le 10 janvier 2012. Une présentation en comité des groupes hospitaliers a été effectuée le 2 mai 2012. Les résultats de l'enquête réalisée auprès des groupes hospitaliers et des sites ont été exposés en 3CU le 11 décembre 2012.

Les objectifs du groupe de travail sur le rôle des représentants des usagers et l'information sur la CRUQPC sont les suivants :

- faire connaître l'existence d'une représentation citoyenne au sein des instances et de l'hôpital ;
- faire connaître l'existence des lieux de concertation avec les usagers ;
- identifier des freins et des leviers d'actions ;
- avoir un impact sur le fonctionnement de l'hôpital.

Un état des lieux a été effectué sur le terrain. Un groupe de travail multidisciplinaire ad hoc a été créé. Il s'est réuni le 9 novembre 2011 autour d'un atelier interactif sur la question de la valorisation des Représentants des usagers et des CRUQPC au sein des établissements de l'AP-HP. Des freins et des leviers d'actions devaient être identifiés. Des préconisations ont été formulées.

Le principe consistait à rassembler des acteurs de terrain représentant la palette des professionnels de l'hôpital. Les personnes suivantes ont été mises à contribution :

- Thomas SANNIÉ et Mathilde BRUNEAU pour le pilotage ;
- Nicolas BRUN, représentant des usagers à l'hôpital Ambroise-Paré et membre de la 3CU ;
- le D^r Agnès CERTAIN, pharmacien à l'hôpital Bichat ;
- Patrick DELAMARE, directeur des Soins à l'hôpital Saint-Antoine ;
- Catherine DUBOIS, responsable de service social à l'hôpital Tenon ;
- Christophe KASSEL, directeur du GH HUPNVS, membre de la 3CU ;
- le D^r Mathieu LAFAURIE, de l'hôpital Saint-Louis ;
- Marguerite MANUELLAN, chargée de mission à l'hôpital Cochin ;
- Sophie ROUGNON, représentante des usagers à l'hôpital Necker ;
- le D^r Alain SOBEL, médiateur médical à l'hôpital Mondor ;
- Jean WILS, chargé des relations avec les usagers à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

A l'issue de la réflexion de ce groupe de travail, il est constaté que les CRUQPC et les représentants des usagers sont mal identifiés ou connus par les patients, leurs familles et les professionnels. Les principales recommandations visant à corriger cette situation ont été déclinées en actions, en moyens et en critères d'évaluation. Elles portent principalement sur les points suivants :

- accueil des représentants des usagers par les directions des groupes hospitaliers ;
- actions d'information et de formation des professionnels de santé et des cadres administratifs sur le rôle des usagers et les droits des patients ;
- association des usagers à des projets hospitaliers transversaux relatifs à la qualité ;
- intégration d'un objectif de participation des usagers dans les contrats de pôle ;
- possibilité d'organiser des réunions restreintes des CRUQPC au sein des services cliniques ;
- étude et sélection des meilleurs emplacements et types de supports ;
- mise en place d'une communication moderne, assumée et fière.

Ces préconisations ont été présentées au sein du comité de direction des groupes hospitaliers en mai 2012. Un état des lieux a été réalisé en décembre 2012. Selon les résultats de l'enquête, une prise de conscience importante s'est développée à l'Assistance Publique, même si des efforts restent à effectuer.

L'organisation de la CRUQPC au sein des services a été réalisée dans 17 % des sites. Elle a été planifiée dans 3 % des sites. Elle est prévue dans 14 % des sites.

La participation des représentants des usagers (RU) à la rédaction du rapport de la CRUQPC a été mise en place dans 23 % des hôpitaux. Le parcours d'intégration des représentants des usagers a été réalisé dans quatre groupes hospitaliers. Il est planifié dans six groupes hospitaliers. L'information interne sur le rôle des représentants des usagers est effective au sein de huit groupes hospitaliers. Deux groupes hospitaliers l'ont planifiée. Elle est programmée dans quatre groupes hospitaliers.

Des efforts sur l'organisation d'un travail interdisciplinaires avec les représentants des usagers, des professionnels de santé et des administratifs, restent à réaliser pour valoriser la participation des usagers à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

La motion suivante a été présentée au conseil de surveillance :

« Le conseil de surveillance de l'AP-HP souhaite que les présidents de CME et de CSIRMT locales ainsi que les représentants des usagers (RU) s'impliquent dans la politique de promotion et de visibilité du rôle des CRUQPC et des RU au sein des groupes hospitaliers.

Le conseil de surveillance de l'AP-HP demande que les commissions de surveillance des GH s'assurent, au cours de l'année 2013, de la réalité de la mise en place de cette politique telle qu'elle a été définie par la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) et validée en comité de direction des GH. »

Dès lors que le rôle des représentants des usagers dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est reconnu, un tel sujet ne peut être ignoré des professionnels de santé.

Le président remercie M. Thomas SANNIÉ pour la clarté de son exposé. Les CME locales et les pôles ont été particulièrement sollicités dans ce contexte.

Le P^r Serge UZAN estime que ces propositions sont indispensables. Cette action doit devenir un marqueur de qualité à l'Assistance Publique. Au sein des facultés de médecine, des patients accompagnés d'encadrants viennent d'ores et déjà raconter aux étudiants leur vécu à l'hôpital. Il serait utile que les commissions comprennent des représentants des internes et des étudiants hospitaliers.

Le P^r Christian RICHARD souligne que des échanges ont été initiés avec M. Thomas SANNIÉ depuis quelques semaines. Sa démarche auprès du conseil de surveillance était parfaitement légitime. Il était important que la communauté médicale prenne conscience de la nécessité d'un positionnement clair quant au rôle des usagers au sein de l'AP-HP.

Il ressort de la réflexion du groupe de travail animé par M Thomas SANNIÉ que de nombreux efforts ont été réalisés au sein des groupes hospitaliers, mais que des avancées restent nécessaires.

Il est important qu'une politique de communication efficace contribue à l'identification des représentants des usagers et à leur mobilisation pour participer aux travaux de leurs différentes instances représentatives. L'objectif de la proposition de résolution présentée par M Thomas SANNIÉ est de préciser les modalités selon lesquelles cette politique doit être déclinée, au plus près

du terrain. Une évaluation régulière de la réalité de la mise en place de cette politique est indispensable ; les conseils de surveillance paraissant les mieux placés pour la réaliser.

Le président souligne que cette motion recueille son entier soutien et celui de la cellule QSS & CAPCU.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE rappelle que les représentants des usagers sont présents dans les conseils de surveillance. Il souhaite des précisions sur les modalités pratiques d'application des résolutions qui viennent d'être énoncées. La transparence doit être partagée afin d'éviter que des représentants des usagers diffusent des informations erronées.

M. Thomas SANNIÉ rappelle que les représentants des usagers sont présents au sein des commissions chargées des relations avec les usagers. Ils examinent l'ensemble des difficultés qui leur sont présentées. Un rapport annuel est transmis à la 3CMU et à la CME. Il contribue à la définition de la politique relative à la qualité et à la sécurité des soins.

Le mouvement consistant à valoriser l'engagement citoyen au sein de l'hôpital montre que chacun peut jouer un rôle dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Les représentants des usagers seront nombreux dans les groupes de travail interdisciplinaires. Ces interlocuteurs, présents dans les CRUQPC et les commissions de surveillance, reçoivent une formation continue adéquate.

Les modalités d'intégration des RU au sein des groupes de travail interdisciplinaires doivent être déterminées par établissement. En revanche, il est certain que la participation des associations de patients contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette participation renforce la nécessaire participation citoyenne au sein de l'Assistance Publique, au bénéfice des professionnels, de l'Institution et des patients et leurs proches.

Le président souligne que cette motion n'a pas pour objectif d'attiser les tensions entre les usagers et les soignants. Elle vise au contraire à les apaiser.

Le P^r Paul LEGMANN indique que la conférence des chefs de pôle soutient pleinement la motion.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI constate que les questionnaires de satisfaction sont peu remplis. Il serait nécessaire de trouver des solutions pour améliorer leur taux de retour.

M. Thomas SANNIÉ répond qu'un certain nombre de services, au sein de l'AP-HP, ont mis en place des questionnaires de satisfaction et organisé leurs modalités de distribution et de récolte. Ce fonctionnement s'avère très efficace. [Le président confirme qu'une réflexion est en cours pour perfectionner les retours. L'envoi de courriers électroniques pourrait être mis à contribution.

Le président confirme qu'une réflexion est en cours pour perfectionner les retours. L'envoi de courriers électroniques pourrait être mis à profit.

Le P^r Bernard GRANGER estime que l'expérience des patients est fondamentale pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Encore faut-il que cette parole soit représentative, libre et indépendante. Il est proposé à M. Thomas SANNIÉ de rappeler les modalités selon lesquelles les représentants des usagers sont choisis et de fournir des précisions sur les modes de financement des associations.

M. Thomas SANNIÉ répond que les représentants des usagers au sein de l'Assistance Publique sont des bénévoles, issus d'associations. A l'issue d'un appel à candidatures, une liste de noms est adressée à la direction des groupes hospitaliers. Sur proposition, l'Agence régionale de santé nomme les représentants des usagers.

95 % des fonds du CISS Ile-de-France proviennent de l'Agence régionale de santé. La part restante provient des cotisations des trente-cinq associations membres. Les représentants des usagers des autres associations sont, dans leur immense majorité, des membres de la Ligue contre le cancer, l'UNAF, l'UNAFAM et des associations de lutte contre des maladies rares.

Certaines associations sont financées par l'industrie pharmaceutique. Aucun montant ne dépasse le seuil acceptable. Leur indépendance est garantie notamment si les associations sont agréées pour représenter les usagers.

Le D^r Patrick DASSIER souhaite que les modalités de la représentativité des usagers, prévue dans la loi HPST, soient rappelées.

M. Thomas SANNIÉ souligne que cette motion a vocation à inscrire un mouvement au sein du monde médical et soignant. Elle ne vise pas à modifier la loi d'une quelconque manière mais à mettre en valeur l'importance du travail réalisé en lien avec les représentants des usagers.

Le président souligne que le vœu de la CME consiste à mettre en exergue ce paragraphe de la loi HPST dans l'Institution.

Ce vœu fait l'objet d'un vote favorable à l'unanimité.

Le président indique que les deux représentants de la CME soutiendront lors du Conseil de surveillance du mois de juin le vœu qu'exprimera M. Thomas SANNIÉ.

III. Echange avec M. Claude ÉVIN, directeur de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF), sur l'effort d'efficience et les investissements immobiliers de l'AP-HP

Le président rappelle que la visite de M. Claude ÉVIN a été reportée à deux reprises. En effet, il souhaitait fournir à la CME des informations budgétaires qui viennent seulement d'être connues.

La CME attend de M. Claude ÉVIN des réponses aux interrogations de son président dans les changes de vœux 2013 :

« Ni grues ni bétonneuses à l'horizon demain. Mon premier vœu est que cette pause architecturale dure le moins longtemps possible et soit mise à profit pour arbitrer rapidement les priorités d'investissements immobiliers lourds parmi les projets que couvent plusieurs de nos groupes hospitaliers, et tout cela bien sûr en concertation avec l'Agence régionale de santé et en comptant sur tout son appui.

Pour de telles ambitions, en effet, il faut des financements. Cela m'amène au budget des hôpitaux, sujet délicat puisqu'on accuse le budget d'avoir encore dérapé en 2012 entre 363 millions d'euros et 462 millions d'euros, comme l'annonçait avant-hier la confédération des syndicats médicaux français. Pour l'AP-HP, ce constat est amer quand elle va aborder sa cinquième année sous le joug de l'efficience.

En 2013, la prévision de budget table sur un effort supplémentaire de 150 millions d'euros, répartis en 6 millions d'euros pour le Siège et 144 millions d'euros pour les groupes hospitaliers, c'est-à-dire les lieux où sont produits les soins. Ce nouveau coup de collier à donner plonge la communauté médicale dans la consternation et l'incrédulité.

Qui donc peut croire qu'une nouvelle saignée de ce volume est compatible avec les ambitions pour l'hôpital public ? Qui peut croire qu'elle va permettre d'augmenter l'activité en améliorant continûment la qualité du service rendu aux patients ? Aucun soignant ne peut le croire. Alors de deux choses l'une.

Ou bien on veut nous stigmatiser en fixant un objectif irréaliste. On veut dénoncer notre incompétence à nous restructurer pour être plus efficaces, c'est-à-dire à faire plus et mieux avec moins de moyens.

Ou bien on croit aux vertus de l'amère potion qu'on nous inflige. On veut un tour supplémentaire de garrot, au risque de plus en plus grand de dégrader la production de l'AP-HP et de désespérer les soignants en les obligeant à moins bien servir les patients, ce qui revient à composer avec leur conscience professionnelle.

Soit. Mais qu'alors nos tutelles assument les conséquences de leurs actes et disent clairement au public leur décision de diminuer l'offre quantitative et qualitative de soins, celle des hôpitaux publics français en général et de l'AP-HP en particulier. Ce serait politiquement courageux et économiquement lucide. Nous baisserions alors la garde avec regrets mais en toute bonne conscience. »

Le président souligne que ce discours ne se veut pas agressif mais lucide. Il traduit le désarroi de la communauté médicale de l'AP-HP.

M. Claude ÉVIN remercie le président pour cette invitation au sein de la CME et rappelle que les questions posées portent sur la trajectoire financière de l'AP-HP dans l'environnement régional et national et sur les projets d'investissements immobiliers.

L'Assistance Publique, à l'instar des autres établissements publics de santé, élabore actuellement le budget de 2013 dans le contexte des grandes contraintes auxquelles la France est confrontée. Il est incontestable que l'AP-HP a réalisé un effort d'efficacité important au cours des derniers exercices. En 2012, le déficit s'est monté à – 73 millions d'euros, conformément aux prévisions exprimées lors du vote de l'EPRD. En 2010, le déficit s'établissait à – 115 millions d'euros.

Cette situation n'est pas spécifique à l'Assistance Publique. En vertu des données fournies par la conférence des directeurs généraux de CHU, qui ne sont pas encore confirmées par le ministère de la Santé, la réduction des déficits est réelle dans l'ensemble des CHU. L'effort d'efficacité s'est avéré plus important que l'avancée réalisée à l'AP-HP. Ce constat s'applique à l'ensemble des établissements publics de santé de la région Ile-de-France.

L'Agence régionale de santé et le ministère de la Santé mesurent les efforts réalisés. Ceux-ci résultent de mesures de réorganisation ou d'investissements telles que :

- la création des groupes hospitaliers ;
- la livraison des nouveaux bâtiments (Port-Royal, Laennec, etc.) ;
- le système d'information ;
- la réorganisation de la cancérologie ;
- la politique volontaire de cession, notamment la vente de l'hôtel Miramion, etc.

Il n'est pas possible de relâcher les efforts. La trajectoire vers l'équilibre doit être maintenue si l'Assistance Publique veut continuer à investir et poursuivre son développement. En effet, la capacité d'investissement d'un établissement dépend du respect de ce retour à l'équilibre. M^{me} Marisol Touraine, ministre de la Santé, soulignait elle-même, en mars, lors de la présentation

du rapport Couty, que « *la performance, l'efficacité et l'efficience ne sont pas les ennemies de l'hôpital public* ».

Le Parlement a voté un objectif national de dépenses de santé correspondant à 2,7 %. L'ONDAM fixé pour les établissements de santé équivaut à une hausse de 2,6 %, soit 1,9 milliards d'euros supplémentaires pour l'ensemble des établissements, et une augmentation de l'ordre de 1,6 milliards d'euros pour les ex-DG.

Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) publié en juin 2012, l'évolution naturelle des dépenses de santé prises en charge par l'Assurance Maladie s'établit à 4,4 % par an en moyenne. Or l'ONDAM est financé par les cotisations sociales. Celle-ci est plus importante que les possibilités d'apport issues de la collectivité dans le cadre du maintien d'un système de solidarité nationale.

De ce fait, un ajustement est nécessaire en permanence entre des besoins croissants et le niveau des cotisations sociales supportées par la collectivité. Les personnels de santé y sont confrontés au lit du malade. Quant aux pouvoirs publics, ils se doivent de veiller au respect du système de solidarité. Ce dialogue n'est pas simple à conduire, même si la sincérité prévaut de part et d'autre. En effet, les objectifs et les préoccupations sont différents. C'est la compatibilité entre ces contradictions qu'il convient de résoudre.

Dans la mise en œuvre de l'EPRD, l'exercice est affecté comme suit :

- 350 millions d'euros pour l'aide à l'investissement ;
- 415 millions d'euros pour une mise en réserve.

Cette réserve sera distribuée en fin d'exercice si l'activité n'a pas dépassé 2,6 %.

Une partie des actions contractualisées ont été injectées dans le fonds d'intervention régional. La circulaire afférente n'a toujours pas été publiée. Il n'est donc pas possible de notifier aux établissements concernés le montant des actions contractualisées pour 2013. Cette difficulté se répercute dans l'élaboration budgétaire des établissements.

D'autres éléments ont été introduits dans la circulaire budgétaire au sujet des MIGAC. Une extension du champ des missions d'intérêt général est prévue à partir du premier euro, ce qui générera un impact à la fois négatif et positif pour l'Assistance Publique. D'autres modifications concerneront le financement des MERRI. Celui-ci sera plus souple au regard de l'activité réelle.

En ce qui concerne l'investissement immobilier, le ministère de la Santé prévoit que 45 milliards d'euros seront investis dans les hôpitaux au cours des dix prochaines années. Les aides nationales, pour ces investissements, devraient s'établir à 3,5 milliards d'euros. L'ONDAM subira un prélèvement de l'ordre de 0,2 %. Or un certain nombre de projets, à l'Assistance Publique, ont largement dépassé l'enveloppe de 350 millions d'euros par an.

L'examen des projets d'investissements doit faire l'objet d'une procédure particulière, qui résulte de la loi de programmation des finances publiques du 31 décembre 2012. Celle-ci prévoit que tout projet d'investissement financé par l'Etat pour les établissements publics et les établissements publics de santé, quel qu'en soit le montant et la nature, doit faire l'objet d'une étude socio-économique préalable.

Cette disposition prévaut y compris lorsque l'établissement ne demande pas d'aide.

Lorsque le projet dépasse un certain seuil de 50 millions d'euros hors taxes, il doit faire l'objet d'une contre-expertise indépendante, dans le cadre de la procédure pilotée nationalement par le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Cette contre-expertise est réalisée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances.

Le COPERMO a pour mission de sélectionner et instruire les projets d'investissements des établissements hospitaliers mobilisant des aides nationales, sur proposition des ARS. Il doit aussi assurer le suivi des projets visant au retour à l'équilibre des établissements qui connaissent les plus importantes difficultés.

L'Agence régionale de santé sélectionne les projets dans le cadre du schéma régional d'investissement. Le dossier est présenté au COPERMO par l'Agence régionale de santé. Dans un premier temps, le COPERMO décide de l'éligibilité du projet au regard d'une évaluation socio-économique. L'IGAS et l'IGF réalisent une contre-expertise indépendante sur l'opportunité, la qualité et la soutenabilité du projet. Par la suite, le COPERMO valide le projet.

S'agissant des projets de l'Assistance Publique, le calendrier de présentation des projets pour éligibilité prévoit les étapes suivantes :

- pour l'hôpital Henri-Mondor en octobre 2013, sous réserve d'avancées sur la coopération avec le CHIC ;
- pour l'hôpital Lariboisière et l'hôpital Bichat Beaujon en décembre 2013 ;
- pour l'Hôtel-Dieu en janvier 2014.

Le CHU d'Ile-de-France est confronté aujourd'hui à plusieurs sujets stratégiques :

- l'organisation territoriale de la gradation des soins, c'est-à-dire l'articulation entre le CHU et les autres établissements ;
- la responsabilité territoriale des UFR et des groupes hospitaliers de l'AP-HP concernant l'enseignement, suite au séminaire « Santé Universités » d'avril 2013 ;
- la recherche clinique.

Le Président remercie M. Claude ÉVIN pour son éclairage. Il incite l'ensemble des membres de la CME à être présents les 20 et 21 septembre pour une réflexion commune sur ce dernier point, à laquelle M. Claude ÉVIN apportera sa participation.

Le P^r Bertrand GUIDET déplore que les règles évoluent chaque année. Au début de l'année, un déficit doit notamment être comblé du fait de la diminution des tarifs des GHS. L'objectif à atteindre évolue donc, au risque d'une démotivation des équipes. L'année prochaine devrait ainsi débiter avec un déficit de l'ordre de 50 millions d'euros.

Par ailleurs, l'AP-HP souhaite le soutien de l'Agence régionale de santé et de la Mairie de Paris au sujet d'opérations d'envergure sur des terrains hospitaliers. Un écart est observé entre les opérations financées et celles qui restent à financer. Celui-ci pourrait être partiellement comblé par des ventes de terrains. Encore faut-il que ces terrains puissent être cédés au prix du marché.

Enfin, une réflexion est actuellement menée sur une réforme de la tarification de l'activité. Des pistes ont été élaborées. Cependant, la spécificité des CHU semble insuffisamment prise en compte dans les propositions énoncées alors qu'ils doivent répondre à des obligations spécifiques. Ces éléments de surcoût méritent d'être considérés. Ils sont de nature à démotiver certaines opérations innovantes pour la qualité et la sécurité des soins.

M. Claude ÉVIN rappelle que les dépenses de santé augmentent plus rapidement que les possibilités de financement. La préoccupation relative à l'efficacité restera constante. De fait, les techniques évoluent. Les pathologies sont de mieux en mieux traitées, au prix d'un coût croissant. La maîtrise de l'évolution des dépenses constitue par conséquent un enjeu continu. Le même discours était déjà tenu voici vingt ans par le ministère de la Santé. Il perdurera dans vingt ans et tant que le système restera financé par la solidarité nationale. A défaut, le régulateur serait le marché.

Dans ce contexte, la nécessité d'un ajustement des financements conduit chaque année à une modification des tarifs. Dans la mesure où l'activité elle-même ne peut être maîtrisée, la seule possibilité de maîtrise porte sur les tarifs.

Cette situation constitue le fondement des malentendus qui s'expriment entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Même si les choix proposés pour respecter cette maîtrise budgétaire peuvent être différents, chaque partie doit être consciente de cette problématique.

En ce qui concerne la valorisation du patrimoine de l'AP-HP, le soutien de l'Agence régionale de santé est acquis à l'Assistance Publique. Il convient d'ailleurs de rappeler que le président du conseil de surveillance de l'AP-HP est un élu de la Mairie de Paris. Le dialogue s'avère essentiel.

La loi Duflo fait actuellement l'objet de discussions interministérielles. A plusieurs reprises, l'Agence régionale de santé a exprimé le souhait que le patrimoine de l'hôpital public ne soit pas utilisé à d'autres fins que la valorisation de ses propres activités.

S'agissant de la réforme de la T2A, un groupe de travail mène une réflexion au niveau du ministère. Celle-ci est mal adaptée à un certain nombre d'activités. Toutefois, cet état de fait ne suffit pas à expliquer la situation spécifique à l'AP-HP. Chaque établissement possède ses particularités, y compris lorsqu'il s'agit de CHU. Cette problématique concerne l'ensemble des CHU et ceux-ci sont engagés dans la même démarche.

Le président confirme que M. Jean-Marie LE GUEN, président du conseil de surveillance, a déclaré à plusieurs reprises son soutien à l'AP-HP dans le contexte de l'élaboration de la loi Duflo.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite savoir si M. Claude ÉVIN entérine la fermeture des urgences de l'hôpital Beaujon. En effet, la situation dans le Nord du Bassin Parisien est inquiétante et les urgences de l'hôpital Bichat sont déjà surchargées.

Par ailleurs, les urgences d'un certain nombre de services hospitaliers accueillent des patients qui ne nécessitent pas uniquement des soins mais aussi une prise en charge sociale. Or le SAMU Social répond plus aux demandes. La régulation du SAMU de Paris ne compte plus les appels de personnes en détresse. Le système dysfonctionne. Le premier but du SAMU Social consistait pourtant à apporter une aide aux personnes en situation de grande misère.

M. Claude ÉVIN rappelle que les locaux de l'hôpital Beaujon et l'hôpital Bichat sont vétustes. Il est difficile d'y répondre aux objectifs de sécurité, notamment aux contraintes réglementaires en matière de sécurité anti-incendie.

Une réflexion est engagée de manière conjointe entre l'Assistance Publique et l'Agence régionale de santé pour cerner des solutions, en lien avec l'Université Paris VII. Cette problématique ne saurait ignorer la situation rencontrée dans les autres établissements situés au Nord de Paris. Au-delà de leur activité de recours et de pointe, ces deux hôpitaux rendent un service de proximité dont il conviendra de tenir compte.

A ce jour, les hypothèses envisageables ne sont pas encore arrêtées. Quoiqu'il en soit, la question du maintien d'une offre de proximité sera posée.

En ce qui concerne le SAMU Social, plusieurs témoignages confirment le rôle croissant le rôle social croissant des services d'urgence. Le SAMU Social se trouve de plus en plus confronté à des problématiques de précarité. Il a récemment sollicité l'Agence régionale de santé pour qu'elle intègre son conseil d'administration, ce qui confortera les liens entre ces deux entités.

Le D^r Olivier HENRY souhaite apporter un éclairage sur l'état actuel de la convergence tarifaire appliquée au secteur des soins de longue durée. Voici plusieurs mois, la CME a voté une motion en faveur de l'arrêt de cette convergence. Or à ce jour, aucune information n'a été transmise. La fluidité des filières gériatriques et la qualité et la sécurité des soins en sont affectées.

Cette problématique concerne non seulement les gériatres mais aussi plusieurs chefs de pôle ainsi que les présidents des CMEL. L'hôpital public, qui assure une mission de soins auprès des patients défavorisés, risque à l'avenir d'effectuer des tâches identiques avec des moyens réduits.

M. Claude ÉVIN ne peut fournir d'éléments nouveaux sur l'évolution des discussions relatives à la convergence tarifaire. Celles-ci sont en effet menées au niveau national.

En ce qui concerne la fluidité des filières, la réflexion est conduite au plan régional. Elle n'est pas spécifique à l'Assistance Publique. Les EHPAD, dont les situations de financement s'avèrent très différentes, sont également confrontés à la problématique du réajustement tarifaire. Ils remplissent des missions médico-sociales et s'inscrivent naturellement dans la prise en charge du parcours des personnes âgées. Dans le cadre de la réforme de la tarification, le séquençage des modalités de financement pose un problème. Il constitue un obstacle à la fluidité.

Des travaux sont conduits au niveau du ministère de la Santé. L'Agence régionale de santé compte développer cette fluidité.

Le P^r Guy SEBAG réaffirme l'attachement des membres de la CME aux principes de responsabilité et d'efficacité. Toutefois, il convient d'insister sur les notions de sécurité et de qualité des soins et sur la recherche d'innovation. Depuis plusieurs années, la capacité d'investissement de l'Assistance Publique a baissé. Le remède sera pire que le mal.

S'agissant des équipements, le recours à un système de location ne pose pas de problème en lui-même. Il vise à maintenir à niveau des matériels dont l'état s'avère préoccupant, tel celui des échographes ou des endoscopes. En pédiatrie, certaines machines ont plus de treize ans d'âge. Sur le terrain, il faut six mois d'attente pour qu'un enfant présentant des crises d'épilepsie puisse accéder à des examens par IRM.

La politique de l'administration, volontariste mais insuffisante, vise à relancer l'investissement. Il reste à cerner les modalités de la mise en œuvre des nouvelles autorisations et les moyens, pour l'Assistance Publique, de maintenir son offre dans le contexte de la concurrence avec d'autres secteurs, comme le secteur libéral. En la matière, la part de l'AP-HP ne cesse de baisser.

M. Claude ÉVIN rappelle qu'il a effectué un lien entre l'efficacité et l'investissement. La capacité que l'AP-HP doit dégager pour réaliser ces investissements dépend de l'efficacité qu'elle a pu conduire. Cette règle n'est pas spécifique à l'Assistance Publique. Il s'agit d'une règle économique de base. Les choix à effectuer concernent notamment la capacité d'endettement. Une réflexion est menée en lien avec l'Agence régionale de santé. Dans le cadre de la préparation de l'EPRD, cette question doit trouver une réponse dans un nécessaire dialogue au sein de l'AP-HP.

Le D^r Anne GERVAIS souligne que les équipes se montrent attentives à la notion d'efficience. Néanmoins, il convient de rappeler que les apports forfaitaires, intégrés aux recettes, sont gelés d'année en année. Les MIG et les FIR s'élevaient à 1,226 milliards en 2010. Ils se montent à 1,223 milliards d'euros en 2012. L'AP-HP est sans doute le seul CHU de France à se trouver confronté à baisse de ses MIGAC.

Par ailleurs, l'Assistance Publique doit remplir un devoir territorial vis-à-vis des établissements de Montreuil, Nanterre ou Corbeil même si le FIR compense des problèmes de loyer. La question d'un apport constitué de dotations supplémentaires se trouve donc posée.

Enfin, les services cliniques sont confrontés à une implosion. Chaque jour, les équipes constatent une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins. Celle-ci n'est pas un simple discours.

M. Claude ÉVIN revient sur les MIGAC. Leurs règles de financement sont identiques pour l'ensemble des établissements. La circulaire budgétaire de 2013 prévoit notamment un élargissement du périmètre des missions d'intérêt général qui seront financées à partir du premier euro. Cette évolution pénalisera l'AP-HP par certains aspects. En effet, elle bénéficiait jusqu'à présent de dotations supérieures aux financements de nature comparable octroyés aux CHU français.

La question du gel constitue une problématique différente. Dès lors qu'une réglementation appuie le financement des MIG, les établissements sont traités de la même manière. L'Agence régionale de santé est consciente des contraintes rencontrées par l'Assistance Publique. Toutefois, il convient de rappeler que la demande des patients en matière de soins croît plus rapidement que les financements susceptibles d'être dégagés. Cette contrainte s'impose à l'ensemble des interlocuteurs dès lors que le système de solidarité nationale est maintenu.

Le président souhaiterait que ce discours soit également tenu aux patients puisqu'ils expriment des attentes croissantes vis-à-vis de l'hôpital, et particulièrement vis-à-vis de l'AP-HP.

Le D^r Julie PELTIER insiste sur le fait que la dégradation de la qualité des soins est un constat quotidien. Un suivi objectif et chiffré de cette situation serait nécessaire.

Les événements indésirables graves restent sous-déclarés. Les problèmes de financement mènent à la commande de matériel de mauvaise qualité. Dans un service de réanimation néphrologique, par exemple, deux cathéters sont utilisés pour la dialyse d'un malade car le cathéter acheté à un moindre coût ne fonctionne pas. Les économies réalisées finissent par contredire l'effort d'efficience.

M. Claude ÉVIN affirme sa sensibilité aux témoignages des professionnels et sa volonté de défendre l'hôpital public et la communauté médicale. Toutefois, il ne peut être dit que le service rendu aux malades se dégrade.

La déclaration des événements indésirables graves relève de la responsabilité de tout professionnel. Si une situation de sous-déclaration est observée alors que les procédures ont été mises en œuvre, cela revient à dire que les procédures ne respectent pas la réglementation. L'Agence régionale de santé a mis en place une plateforme pour contribuer à l'amélioration de la déclaration des événements indésirables graves. Il serait souhaitable que le niveau des déclarations corresponde à la réalité.

Le président souligne que la CME a lancé un groupe de travail spécifique pour améliorer la veille relative aux événements indésirables graves.

Le P^r Bernard GRANGER remercie M. Claude ÉVIN pour la clarté et la franchise de son exposé. Toutefois, il convient de ne pas occulter la réalité alors qu'une baisse de la qualité et de la sécurité des soins est vécue sur le terrain. C'est une réalité qui n'est pas assumée par les responsables de la santé, y compris au plan national. Ces derniers se réfugient dans un inacceptable déni.

Utiliser le terme d'efficience comme le fait M. Claude Evin est un abus de langage. Les seules données qu'il présente concernent les économies réalisées. L'efficience ne se définit pas ainsi. Il s'agit de la meilleure utilisation des moyens pour le meilleur résultat possible. La situation correspondrait plutôt à un système d'inefficience, compte tenu des résultats observés sur le terrain : baisse de la qualité des soins, diminution de l'accès aux soins, vétusté de plus en plus marquée des locaux, obsolescence de plus en plus visible des équipements. D'ailleurs, M. Claude ÉVIN reconnaît que l'organisation du système de soins ne permet pas de répondre aux demandes.

L'équilibre budgétaire est un objectif fixé initialement pour 2012, du temps où Mme Roselyne Bachelot était ministre, et dont M. Claude Evin était proche. Cet objectif recule d'année en année et impose toujours plus de restrictions.

L'Assistance Publique vient d'être félicitée par M. Claude EVIN pour ses efforts d'efficience. L'organisation en groupes hospitaliers a été citée en exemple. Or les leçons d'une telle organisation n'ont pas encore été tirées. La diminution du nombre d'équipes de direction était l'un des arguments invoqués en faveur du passage à douze groupes hospitaliers par regroupement de trente-sept sites hospitaliers. En termes d'efficience administrative, il reste à prouver que cette organisation a permis des économies importantes. Sur le terrain, c'est plutôt le constat inverse qui prévaut.

S'agissant de l'Hôtel-Dieu, les projets d'investissements se montent à 160 millions d'euros. Cependant, l'autofinancement se limite à 80 % alors que la présentation initiale prévoyait un autofinancement intégral. Il s'agissait d'ailleurs d'une exigence votée par la CME. Le projet actuel risque de nous entraîner dans un gouffre financier. Si la loi Duflot s'avérait défavorable à l'hôpital public, l'ardoise serait encore plus salée.

M. Claude ÉVIN répond que les problématiques relatives à l'organisation en groupes hospitaliers et à l'Hôtel-Dieu relèvent d'un débat interne à l'AP-HP.

S'agissant de l'efficience, ce terme doit être maintenu. Il relève de la responsabilité des pouvoirs publics.

L'objectif d'efficience fait le lien entre le financement mobilisé et la qualité de la réponse. Cette préoccupation doit être unanimement partagée, y compris par les professionnels présents au lit du malade. L'efficience doit intégrer le fait que l'accès aux soins doit continuer à être financé par la solidarité nationale. En effet, ce principe fait partie de la notion d'efficience. L'offre de soins doit être garantie aux patients bénéficiant d'un tarif opposable. Il s'agit bien là d'un objectif d'efficience.

A défaut de maintenir ce principe d'efficience, d'autres modes de régulation seraient mis à contribution et la qualité des soins en pâtirait davantage.

Le président rappelle que le financement de l'Hôtel-Dieu apparaît au troisième rang de la liste du COPERMO.

La Directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, précise que tout projet supérieur à 50 000 000€ fait l'objet d'une présentation au COPERMO, qu'il réclame ou non un financement de l'Etat.

S'agissant de l'autofinancement du projet Hôtel-Dieu il faut rester prudent. En effet, la négociation avec le repreneur n'est pas encore programmée et le niveau de sévérité de la loi Duflo n'est pas encore connu, laissant une part d'inconnu sur le niveau de financement extérieur. Cependant, des investisseurs complémentaires sont recherchés et des contacts pris.

Par ailleurs, il est certain que la mise en place des groupes hospitaliers s'est révélée efficiente sur le plan de l'organisation administrative.

Le P^r René ADAM rappelle que le rôle des représentants de la communauté médicale consiste à faire part de la réalité du terrain. Or il existe un hiatus complet entre les propositions exprimées et le vécu quotidien des équipes médicales et soignantes. Il n'est plus possible de dépasser le seuil déjà atteint en matière de réductions d'effectifs et de renonciation à certains investissements.

Des efforts supplémentaires sont requis alors que la plupart des équipes ont le sentiment que l'efficience médico-économique devient contre-productive. Celle-ci affecte non seulement l'excellence des soins mais aussi la sécurité des soins. D'ailleurs, l'efficience est considérée comme prioritaire sur la qualité. Au-delà des contraintes économiques, une institution telle que l'AP-HP se doit pourtant de maintenir sa dimension humaine et sa référence à l'excellence.

M. Claude ÉVIN répond que l'excellence du service rendu aux patients reste une préoccupation. Les variables d'ajustement fournies, qu'il s'agisse des effectifs ou du niveau des investissements, ne sont pas les seules variables susceptibles de produire des effets à terme.

Il convient de porter la réflexion sur l'ensemble de l'organisation de l'offre de soins dans la région et d'observer l'évolution d'autres établissements que ceux de l'Assistance Publique. L'agence régionale de santé est ouverte à un dialogue sur les modes d'organisation et le ciblage des activités.

Le D^r Christophe TRIVALLE considère que le système de tarification à l'activité encourage une suractivité et contribue à une aggravation du déficit. L'effort d'efficience ne fait qu'augmenter depuis la mise en place de la tarification à l'activité. Il est réducteur d'affirmer que la suppression de l'efficience mènerait à l'abolition du principe de la solidarité nationale.

Par ailleurs, même si l'AP-HP et les autres hôpitaux d'Ile-de-France suivent des règles identiques, la taille de l'Assistance Publique et l'ancienneté des bâtiments font partie de ses spécificités. Celle-ci est soumise à une double contrainte. D'un côté, des bâtiments ne sont plus aux normes. De l'autre côté, les financements font défaut.

M. Claude ÉVIN estime qu'il n'existe pas de système de financement idéal. Les comparaisons avec les systèmes d'autres pays le montrent bien. Certes, le système de tarification à l'activité n'est pas adapté à l'ensemble des modalités de prise en charge mais le système de budget global générerait des effets pervers sans doute bien plus graves.

Les établissements publics n'ont pas eu à pâtir de la mise en place de la tarification à l'activité. Celle-ci a permis à l'hôpital public de reprendre des parts de marché dans certaines activités. Cette question mérite donc une appréciation nuancée. Une réflexion est menée à ce sujet.

Quant aux spécificités de l'Assistance Publique, celles-ci nécessitent un travail sur le mode d'organisation. Certains choix sont nécessaires.

Le P^r Thierry BÉGUÉ revient sur à l'usure des matériels. L'instauration de la procédure de passage en COPERMO risque de ralentir encore le temps de décision consacré aux investissements alors que certaines disciplines, comme la chirurgie, sont confrontées à une forte concurrence et à

une fuite des acteurs. Il est souhaitable, malgré les contraintes réglementaires, de favoriser des décisions plus rapides afin d'améliorer les conditions de travail. Les structures privées, en comparaison, se montrent beaucoup plus réactives que l'AP-HP.

M. Claude ÉVIN souligne que la situation ne résulte pas de la mise en œuvre du COPERMO. Celle-ci est beaucoup plus ancienne. Les établissements publics doivent respecter les règles encadrant les marchés publics. La réponse de l'AP-HP réside dans sa capacité à identifier très rapidement des projets d'investissements.

En ce qui concerne l'activité de chirurgie, l'hôpital public a repris des parts de marché sur le secteur privé.

Par rapport aux autres établissements d'Ile-de-France, l'Assistance Publique ne vit pas les mêmes évolutions. Leur activité progresse plus rapidement. Cette situation doit inciter à une réflexion au sein de l'Assistance Publique.

Le P^r Serge UZAN se réjouit du fait que la part d'activité de l'hôpital public soit en augmentation. Par ailleurs, il revient sur le changement de mode de financement des MIGAC au premier euro qui puisse s'avérer défavorable à l'AP-HP. De manière indirecte, celle-ci bénéficiait du système actuel. Pourtant, le rôle sociétal des CHU dans les mégapoles est essentiel. Il reste à vérifier si l'évolution prévue constituera une source supplémentaire de non revenu.

M. Claude ÉVIN confirme que la circulaire instituant le financement des MIGAC au premier euro entraînera certaines conséquences négatives. En revanche, d'autres conséquences seront positives. L'Agence régionale de santé et l'Assistance Publique poursuivront leur dialogue en la matière.

M. Claude ÉVIN quitte la réunion à 11 heures.

IV. Programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de la prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

Le président rappelle que la CME est en charge d'établir le programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la QSS & CAPCU. Celui-ci résulte du travail de la cellule QSS & CAPCU, mise en place en juin 2012. Ses deux principaux artisans sont le P^r Christian RICHARD et le D^r Marie-Laure PIBAROT. La CME propose ce programme aux autres instances de l'AP-HP.

Le P^r Christian RICHARD précise d'emblée que ce programme d'action de l'AP-HP implique sous l'égide du président de la CME, l'ensemble des professionnels de santé qu'ils soient médecins ou soignants et ce jusqu'au plus près du terrain c'est-à-dire au niveau des pôles et des structures internes de pôles (en particulier les services).

Les programmes relatifs à la qualité et à la sécurité des soins incluent la notion d'indicateurs. Pour élaborer ce programme, un nombre volontairement limité d'objectifs et d'actions prioritaires, reposant sur l'évaluation d'indicateurs de processus et de résultats ont été établis. Pour que cette démarche ne risque pas de se montrer contre productive, il importe que les indicateurs retenus soient peu nombreux, simples, et que leur recueil n'occasionne pas de travail supplémentaire pour les équipes médico-soignantes.

Cinq objectifs principaux ont été retenus :

- l'organisation de la qualité et de la sécurité des soins, et l'organisation des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers permettant la diffusion du programme dans l'ensemble des structures hospitalières
- les événements indésirables graves associés aux soins ;
- le développement professionnel continu ;
- le suivi de la certification ;
- les objectifs définis par les sous commissions de la CME, dans le domaine des infections associées aux soins, de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, des troubles nutritionnels, de la prise en charge médicamenteuse et de la satisfaction des usagers.

Une fois obtenu l'accord de la CME, le programme sera présenté aux différentes instances et une mise à jour du règlement intérieur sera effectuée. Le programme sera présenté au conseil de surveillance à la fin du mois de juin en insistant sur la répartition indispensable des rôles entre l'échelon central et l'échelon des groupes hospitaliers, une très grande partie du travail étant réalisé au plus près du terrain.

Le premier sujet retenu concerne la gestion des événements indésirables graves associés aux soins. L'objectif consiste à prévenir de tels événements et à en assurer la déclaration et l'analyse méthodique et précise en cas de survenue. L'amélioration de la qualité de l'analyse en passe par le développement des revues de morbi-mortalité, en particulier dans les services à risques, et par l'élaboration d'une procédure impliquant les groupes hospitaliers et le Siège (Secrétariat Général de l'AP-HP, représenté par M. Cotelon).

Le second point du programme porte sur le développement professionnel continu. L'un des objectifs de l'AP-HP et de l'ensemble des Hôpitaux Français consiste à mettre celui-ci en œuvre. En ce qui concerne la CME, il s'agit des médecins, des pharmaciens, des odontologistes et des sages-femmes. La création d'un organisme de développement professionnel continu est prévue. Celui-ci aura pour mission de proposer des programmes de formation comportant un volet théorique et l'analyse de pratiques. Cette mise en place sera un exercice complexe qui sera parallèlement conduit par d'autres structures comme les facultés de médecine et les collégiales de professionnels.

En ce qui concerne la certification, celle-ci sera particulièrement suivie au sein des groupes hospitaliers successivement impliqués. Un travail de préparation à la prochaine vague de certification sera mené en collaboration avec la Haute Autorité de Santé à la fin de l'année 2013 et au début de l'année 2014.

Différentes sous commissions de la CME de l'AP- HP mènent un travail de réflexion en lien étroit avec la problématique de la qualité et la sécurité des soins.

Le Cclin central poursuit l'objectif de la lutte contre les entérobactéries multi-résistantes. Il souhaite d'autre part travailler sur le sujet des consommations d'antibiotiques et de leur impact sur la sélection de germes résistants, en collaboration avec la COMAI.

Le P^f Béatrice CRICKX est chargée de conduire la réflexion sur la prescription médicamenteuse. L'attention porte tout particulièrement sur l'analyse des prescriptions, en collaboration avec les pharmaciens, et sur l'analyse des événements indésirables graves et du processus de retour d'expérience. Il s'agit d'analyser les causes d'un incident ou d'un accident dans la chaîne de la prescription.

L'approche de la dénutrition, pathologie insuffisamment évaluée au travers des dossiers médicaux sera renforcée.

En ce qui concerne le sujet douleur- soins palliatifs, deux thématiques seront déclinées. La première concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur. La seconde porte sur l'organisation des soins palliatifs. Dans ce domaine, d'importants efforts restent à effectuer. Il s'agit d'améliorer l'information des patients et d'organiser plus fréquemment des réunions de concertation pluridisciplinaire portant sur les décisions de limitation et d'arrêt des traitements.

Une place centrale doit être accordée à la mesure précise de la satisfaction des patients, en lien avec les représentants des usagers dotés des compétences nécessaires au sein des CRUQPC et de la 3CU. Ce sujet fait actuellement l'objet d'enquêtes prospectives, notamment à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. D'autre part, la déclinaison au plus près du terrain de la motion de M Thomas SANNIE, relative à la place des usagers dans l'organisation hospitalière sera régulièrement évaluée.

Les grandes lignes de ce programme seront déclinées à l'échelon des pôles et des groupes hospitaliers.

Le président constate que la loi HPST ne fournit pas d'indication sur l'étendue calendaire du plan. Il n'est pas indiqué si cet exercice doit être répété tous les ans ou s'il correspond à la durée du mandat de la CME, c'est-à-dire jusqu'au début de l'année 2016.

Le P^r Christian RICHARD répond que les grandes lignes du plan sont susceptibles d'être appliquées durant plusieurs années. Ce plan s'étendra donc tout au long de la durée de la mandature de la CME. Toutefois, il apparaît indispensable de recourir chaque année au suivi des indicateurs retenus afin d'analyser l'impact de cette politique.

Le président estime nécessaire que l'adoption du plan d'action corresponde à la durée du mandat de la CME. Chaque année, en juin, le P^r Christian RICHARD et les représentants de la cellule QSS-CAPCU viendront rendre compte devant la CME des résultats de cette politique. L'adoption définitive du plan sera corrélée à son examen par la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), le conseil de surveillance et le directoire.

Il reste à cerner les modalités selon lesquelles les CME locales déclineront ce programme au sein des groupes hospitaliers.

Le P^r Jean MANTZ aurait souhaité qu'une discussion du programme ait lieu au préalable, en lien avec le président de la CME. En effet, la déclinaison d'un programme central risque de susciter une perte de temps.

Pour le P^r Christian RICHARD, ce document n'exprime pas exclusivement une position centrale puisqu'il émane de l'ensemble des commissions, dans lesquelles des représentants des différentes spécialités sont impliqués. Ainsi, les décisions prises au sein des réunions du CLIN central reflètent les positions des CLIN des groupes hospitaliers. Ces choix sont partagés par l'ensemble des groupes hospitaliers.

Le P^r Ariane MALLAT souligne que les groupes hospitaliers ont réalisé au travers de la certification un travail approfondi au sujet de l'évaluation de la politique de sécurité des soins. Les priorités identifiées diffèrent d'un groupe hospitalier à l'autre. Le plan présenté comporte un certain nombre d'éléments qui ont fait l'objet d'une certification. Il est suggéré de laisser aux différents groupes hospitaliers la liberté de s'inscrire dans ces items en fonction des priorités identifiées au plan local depuis un an et demi.

Le P^r Béatrice CRICKX estime que l'implication des présidents de CMEL et des chefs de pôle est indispensable. En ce qui concerne la prescription médicamenteuse, les indicateurs retenus constituent un dénominateur commun pour la certification et les visites d'inspection des pharmacies. Ces indicateurs seront inscrits dans les textes et il ne sera pas possible d'y déroger. Toutefois, les groupes hospitaliers conservent toute latitude pour définir des objectifs spécifiques en matière de certification.

Il est essentiel que la politique de qualité et de sécurité des soins soit également portée par les CME locales. Le corps médical, à l'instar des soignants et des cadres, doit s'investir avec énergie dans cette mission fondamentale.

Le président conclut que la CME réalisera tous les efforts nécessaires pour que ce programme soit mis en œuvre au sein des groupes hospitaliers.

V. Bilan 2012 et perspectives 2013 portant sur les projets prioritaires du plan stratégique 2010-2014

Le président rappelle que la directrice générale, lors de sa prise de fonction, a sélectionné un certain nombre d'axes appartenant au plan stratégique 2010-2014 pour en favoriser la progression et en suivre le développement. Elle a confié cette tâche à la direction du pilotage et de la transformation animée par M^{me} Sibyle VEIL. Celle-ci travaille en collaboration étroite avec de nombreux médecins, qu'ils appartiennent ou non à la CME.

Le président ajoute qu'il fait partie lui-même du comité de pilotage.

M^{me} Sibyle VEIL rappelle que seize puis treize projets prioritaires ont été sélectionnés. Une démarche globale a été mise en place au début de l'année 2011. Ces projets visent à l'amélioration des organisations pour que les ressources mises à leur disposition permettent d'obtenir le meilleur résultat possible.

Trois types de projets ont été élaborés. Ceux-ci concernent :

- l'amélioration des parcours de prise en charge des patients : recours aux urgences, sorties, hospitalisation à domicile, gestion des séjours...
- l'optimisation des installations : blocs opératoires, équipements lourds, planning des consultations, chirurgie ambulatoire...
- l'amélioration des conditions de travail.

Par ailleurs, des projets transversaux portent sur les recettes, la facturation et le codage et sur la réduction des surfaces au sein de l'Assistance Publique. En matière d'organisation, celle-ci accuse un retard réel, comme le montrent un certain nombre d'indicateurs suivis par les autorités de tutelle, la Haute Autorité de Santé et les médias. Ces indicateurs concernent notamment :

- le taux du recours à la chirurgie ambulatoire ;
- les délais d'attente pour l'accès au premier rendez-vous ;
- la transmission des CRH au médecin traitant ;
- des sujets dont l'impact financier est important, comme le taux de transfert de certaines activités à d'autres établissements, alors que celles-ci pourraient être réalisées en interne.

Des recettes de codages échappent à l'AP-HP. Certaines surfaces, peu occupées, pourraient être cédées par l'Institution. Ces indicateurs suggèrent des marges d'amélioration qui nécessitent des

efforts globaux. Il convient surtout de réduire les écarts entre les services, dont l'organisation reste hétérogène.

L'Assistance Publique n'est pas la seule entité ayant entrepris ce type de démarche. La plupart des CHU français s'y prêtent ainsi que certains centres hospitaliers généraux en Ile-de-France. Cependant, la taille de l'AP-HP suscite un véritable défi.

L'objectif consiste à réduire les disparités et à favoriser la diffusion des meilleures pratiques par un effet de contagion positive, en réunissant des groupes de pairs et en organisant des journées professionnelles. Des objectifs sont arrêtés lors des conférences stratégiques et budgétaires annuelles. Des indicateurs sont déclinés jusqu'au niveau des pôles. Ils portent sur la qualité et la performance des services. Enfin, la mise en place de sites pilotes contribue à l'expérimentation des meilleures organisations. Par la suite, celles-ci peuvent être transposées dans d'autres services.

L'un des projets retenus concerne l'amélioration de l'accès aux consultations, qui constituent la « vitrine » de l'AP-HP. En effet, quelque 5 000 consultations sont proposées chaque année. Cette meilleure accessibilité repose sur la réduction des délais de prise de rendez-vous. Des expérimentations ont ainsi été menées à l'hôpital Lariboisière. Le travail a porté sur le plateau de réponse téléphonique. A l'hôpital Trousseau, l'objectif consistait à optimiser les plateaux de consultation. Enfin, un dispositif a été développé de manière transversale au sein de l'AP-HP. Il s'agit d'adresser un SMS pour leur rappeler leur horaire de rendez-vous. Ce dispositif permet réduire le délai d'accès aux consultations et le nombre de rendez-vous non honorés. Les résultats s'avèrent très prometteurs.

La fluidité de l'accueil aux urgences constitue une préoccupation récurrente de même que l'accueil des patients en aval. Par ailleurs les transferts hors AP-HP qui constituent une perte d'activité.

Un travail a ainsi été mené à l'hôpital Tenon, qui recourt à un outil sur la disponibilité des lits. Des référents « urgences » ont été nommés pour les services d'aval. Une contractualisation a été opérée entre le SAU et les services d'aval. Une politique semblable est mise en œuvre à l'hôpital Ambroise-Paré. Une réduction de la DMS en UHCD a été observée dans l'ensemble de l'AP-HP, ce qui permet l'augmentation du nombre d'admissions et de rendre le SAU plus fluide. En outre, une légère amélioration du taux de transfert a été enregistrée. Cependant, celle-ci n'est pas stable puisqu'elle dépend de l'irruption d'une épidémie grippale ou de contraintes externes plus structurelles, comme la réglementation en psychiatrie.

Cette année, un nouveau projet la « gestion des séjours » vise à délivrer « le juste soin en un juste temps ». Il repose sur l'anticipation de la durée du séjour qui doit être déterminée dès l'entrée des patients au sein de l'établissement. Enfin, les dispositifs de sortie doivent faire l'objet de toute l'attention nécessaire. Il convient également de confier la gestion des flux à des professionnels et de favoriser le décloisonnement de l'hébergement entre les services.

La qualité de la sortie constitue un enjeu majeur. Il s'agit de mieux répondre au besoin d'information des patients à la sortie de l'hôpital et aux préoccupations des médecins de ville qui souhaitent recevoir le CRH dans les délais requis. En effet, ces délais réglementaires, soit huit jours après la sortie de l'hôpital, restent rarement tenus par l'AP-HP.

Une expérience pilote a donc été mise en place au sein de l'hôpital Ambroise-Paré. Une pochette de sortie est transmise aux patients lors de la sortie de l'établissement. Leur parcours doit être suffisamment balisé pour qu'ils puissent sortir avant midi. Cette politique repose sur la mise en place d'une contractualisation interne au sein des pôles. A l'hôpital Cochin, le travail a plus

spécifiquement porté sur les comptes rendus d'hospitalisation (CRH) destinés à l'information des médecins. Pour le moment à l'APHP, le taux de sortie avant midi est encore bas.

L'augmentation du recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à favoriser l'offre de l'Assistance Publique par rapport à la concurrence. Elle nécessite un meilleur dialogue entre les médecins prescripteurs et les services de HAD. Dans ce domaine, une progression sensible a été observée en 2012, même si les efforts demeurent insuffisants.

L'amélioration de la fluidité de la filière gériatrique mène à travailler sur le parcours des patients à l'intérieur de l'hôpital et au sein des structures médico-sociales externes. L'objectif consiste à diminuer la durée de séjour dans les structures de SSR. Une amélioration globale de la performance de l'AP-HP est constatée. Celle-ci doit être maintenue. L'enjeu consiste à réduire l'hétérogénéité entre les sites, liée à des différences d'organisation très marquées.

L'optimisation de l'organisation des blocs opératoires vise à favoriser leur attractivité à l'égard de professionnels. La sécurité de la prise en charge en est également l'enjeu essentiel. Les travaux portent sur la gouvernance des blocs opératoires, la répartition des vacations et la gestion des plannings. Ils permettent une amélioration sensible du taux d'utilisation des blocs opératoires et des conditions de travail plus appréciées par l'ensemble des acteurs. En outre, depuis deux ans, le taux d'ouverture et de mutualisation s'est amélioré.

Le recours croissant à la chirurgie ambulatoire, secteur en plein développement, est un enjeu stratégique pour améliorer l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des patients et des professionnels. Il s'agit d'améliorer la sécurisation de l'organisation au sein des blocs, et notamment celle du parcours des patients.

Plusieurs services pilotes ont mis en œuvre des actions à cette fin. Le taux de recours à la chirurgie ambulatoire, qui s'établissait à 22 % en 2010, atteint désormais 27 %. Ces efforts doivent être poursuivis.

L'optimisation de l'organisation des plateaux d'imagerie vise à diminuer les délais d'accès et à améliorer les conditions de travail des personnels. Les efforts portent sur des enjeux très divers : le brancardage, la prise des rendez-vous, la répartition des vacations, etc. Au cours des dernières années, une progression sensible de l'activité a été enregistrée sur les cinq sites pilotes.

La libération des surfaces permet de valoriser l'utilisation des mètres carrés. Un outil a été développé au sein de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière pour chiffrer le coût d'utilisation de chaque mètre carré. Dans le contexte de l'ouverture de nouveaux bâtiments, l'effort doit être constant. En effet, ces coûts supplémentaires impliquent la fermeture de certains locaux afin de maintenir la stabilité des dépenses.

Par ailleurs, il convient d'optimiser la gestion de la facturation en améliorant le recueil des données relatives aux patients dans les services de consultation. D'importants efforts en matière de codage ont été réalisés au cours des deux dernières années.

Quant à l'amélioration des conditions de travail, celle-ci repose sur l'optimisation de l'organisation au sein des équipes médico-soignantes.

Le président déplore la réduction des effectifs de secrétaires hospitalières et des cadres infirmiers de proximité. L'Assistance Publique considère que ces personnels n'ont pas pour mission de gérer au quotidien le fonctionnement des services. Or les projets cités montrent bien que l'Institution se trouve aujourd'hui forcée à envisager un retour en arrière.

Le D^r Julie PELTIER revient sur les efforts menés pour que les patients puissent quitter l'hôpital avant midi. Lorsque la sortie d'un patient était prévue la veille, à dix-huit heures, et qu'il est finalement gardé au sein de l'établissement, c'est que des examens complémentaires ou un avis médical sont nécessaires.

Le D^r Nathalie DE CASTRO souhaite exprimer une remarque au sujet du logiciel utilisé pour améliorer la fluidité des urgences. Sa mise en place a favorisé le *surbooking* au sein de l'hôpital. Il est arrivé qu'un service de médecine soit sollicité pour l'hébergement d'un patient qui avait été admis en chirurgie dans l'attente d'examens. Une fois réintégré dans le service d'origine, son lit était déjà occupé par un autre patient. Certes, le recours au logiciel est utile mais la vigilance reste de mise pour mieux organiser certains services.

M^{me} Sibyle VEIL estime que le recours à cet outil permet d'améliorer la gestion des flux à condition d'un effort de dialogue entre les équipes.

Le P^r Bernard GRANGER observe que la présentation de M^{me} Sibyle VEIL fait la part belle aux indicateurs, mais c'est une approche réductrice. L'accueil des patients était plus efficace avant l'instauration d'indicateurs. Selon les données présentées, au sein de l'Assistance Publique, les patients souhaitant une première consultation doivent patienter trente-cinq jours en moyenne. Comment a été calculée cette moyenne ? Quel est l'écart-type ? Dans certains cas, ce délai peut atteindre six à neuf mois, voire plus.

A l'hôpital Lariboisière, le temps d'attente pour une consultation en ORL étant nettement élevé, des plages ont été réservées aux primo-consultants. Les équipes n'ont pas attendu l'instauration d'indicateurs pour mettre en place un tel système. Par voie de conséquence d'ailleurs, la prise d'un nouveau rendez-vous peut s'avérer difficile pour les patients qui ne sont pas des primo-consultants et qui ont besoin d'une nouvelle consultation. Il serait nécessaire qu'une réflexion plus approfondie soit menée sur le temps d'attente avant une consultation.

M^{me} Sibyle VEIL souligne que l'instauration d'indicateurs est un outil de management et de dialogue entre les équipes. Les services disposent de données plus fines que les moyennes présentées aujourd'hui en matière de temps d'attente, activité par activité. Le projet relatif à l'organisation des consultations comporte trois volets :

- l'optimisation du standard téléphonique ;
- l'organisation des plateaux ;
- la stratégie de l'offre.

Il est recommandé de réserver des plages dédiées aux primo-consultants auxquelles l'Assistance Publique, conformément à sa mission, porte une attention particulière. En outre, des efforts doivent être réalisés dans chaque service afin d'améliorer l'offre de consultations pour les activités de second recours. Au total, l'offre de consultation et les moyens de management font l'objet d'une réflexion globale, dans laquelle les indicateurs ont toute leur utilité.

Le D^r Anne GERVAIS estime que certaines propositions déclinées dans ce plan sont utiles, comme l'envoi de SMS aux patients afin de leur rappeler leur horaire de rendez-vous. D'autres propositions, en revanche, sont discutables. L'instauration de nouvelles procédures mène à l'industrialisation de la pratique médicale, alors que le métier de médecin doit demeurer un métier d'artisanat et de dialogue. Cette évolution fait courir aux équipes le risque de perdre de vue le malade lui-même.

En conclusion, **le D^r Anne GERVAIS** souhaite savoir si des cabinets conseils externes à l'APHP ont participé à l'élaboration de ces projets ont été élaborés. Auquel cas elle souhaiterait en connaître le coût.

M^{me} Sibyle VEIL objecte que les patients sont au cœur des projets cités. Tous ces projets sont mis en œuvre sur le terrain par les équipes médico-soignantes et les autres professionnels de l'institution.

Le D^r Patrick DASSIER estime que les indicateurs sont utiles pour améliorer l'organisation des blocs opératoires. Par ailleurs, il souligne que les dépassements d'horaires au sein des blocs sont la conséquence d'une désorganisation. Ces dépassements ne font l'objet d'aucune récupération en temps ou financière, ce qui suscite l'irritation de nombreux médecins. Il serait souhaitable que les indicateurs prennent ce problème en compte.

Enfin, les projets de valorisation des surfaces laissent supposer que tout mètre carré, au sein de l'Assistance Publique, se doit être productif, ce qui témoigne d'un changement de paradigme secondaire à la Loi HPST. Cela explique peut être pourquoi, certains collègues n'ont pas de bureaux.

M^{me} Sibyle VEIL répond que le taux de débordement constitue l'un des indicateurs d'une mauvaise organisation. Celui-ci fait l'objet d'un suivi. Des discussions sont menées au sein des blocs pour identifier des solutions.

Le P^r Ariane MALLAT souligne que le déploiement du logiciel Orbis au sein des groupes hospitaliers a permis d'améliorer l'organisation des rendez-vous et la gestion du codage. Ce système est utilisé pour des examens complémentaires. Il s'agit d'une marge d'amélioration considérable et souhaite comment ce déploiement va se poursuivre dans les GH.

La Directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, propose de consacrer un point spécifique à cette question lors d'une prochaine réunion de la CME. Le logiciel Orbis permet une transmission plus rapide des informations. Toutefois, le déploiement du logiciel ne peut pas résoudre les retards pris dans l'envoi des CRH. Le recours à ce système ne saurait constituer un préalable à l'amélioration des pratiques.

Le P^r Ariane MALLAT déplore le sous-équipement de l'AP-HP en matériel informatique alors que le recours à ces équipements permettrait de répondre à un certain nombre de problèmes évoqués.

Le D^r Alain FAYE estime que le codage mis en œuvre sur des sites pilotes constitue une expérience très positive. Trop souvent, des procédures sont appliquées dans l'ensemble de l'Institution alors que leur instauration suscite des obstacles.

Par ailleurs, le transfert de malades dans des lits d'aval relevant d'une autre spécialité constitue un indicateur de non qualité. Chaque jour, les chirurgiens y sont confrontés. Des malades se trouvent placés dans des lits relevant de services de médecine.

Le P^r François HAAB rappelle que l'objectif de ces projets consiste à mettre l'accent sur la force que représente l'Assistance Publique dans son unicité. L'excellence, partout présente, reste inégalement répartie au sein des sites. Tel est le cas dans les blocs opératoires et dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Il est donc essentiel de favoriser la diffusion des expériences positives.

Le projet relatif aux blocs opératoires ne s'appuie pas seulement sur le recours à des consultants. Il implique la communauté médicale et la CME elle-même. L'objectif d'efficacité doit tirer parti des expériences réussies. Les efforts de communication au sein de l'Assistance Publique doivent être poursuivis, d'autant plus que celle-ci est confrontée à la concurrence extérieure. Dans ce contexte, il est nécessaire de recourir aux mêmes outils que les indicateurs requis pour l'évaluation d'autres structures.

Au total, cette expérience au service de l'amélioration de l'efficacité paraît donc vertueuse.

VI. Valorisation d'innovations à l'AP-HP : idées et brevets

M^{me} Florence GHRENASSIA, directrice de l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels de l'AP-HP, évoque les innovations développées au sein de l'Assistance Publique dans les activités de soins. Chaque jour, au sein des CHU, les équipes y travaillent. Le pourcentage d'innovations mises en œuvre s'avère beaucoup plus important que dans les établissements privés, qu'il s'agisse de produits, de dispositifs médicaux ou du recours à des organisations nouvelles.

L'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels est complètement intégré à l'AP-HP. Il comprend une équipe de quinze personnes, dotées d'une formation à la fois scientifique, commerciale et/ou juridique. Ses membres sont forts d'une expérience préalable à l'étranger et dans l'industrie, ce qui leur permet un véritable dialogue professionnel avec les industriels.

A titre de comparaison, l'Université de Stanford, qui constitue un important berceau pour la création de brevets particulièrement rentables, emploie seulement douze personnes dans l'activité de transfert de technologies.

L'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels exerce les missions suivantes :

- détecter et protéger les innovations ;
- transférer des technologies et des innovations issues des équipes de l'AP-HP ;
- valoriser les molécules et les formulations issues de la R & D de l'Établissement Pharmaceutique de l'AP-HP ;
- négocier des droits de propriété intellectuelle et des licences ;
- mettre en place des partenariats industriels : consortiums industriels, contrats de collaboration et de R&D ;
- inciter les partenariats industriels au sein de certains sites hospitaliers : pépinières, plateformes de partenariats industriels.

En outre, l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels soutient et aide la création d'entreprises innovantes issues de l'AP-HP. Dès lors qu'une personne dépose un brevet, elle peut créer sa propre entreprise en recourant à des dispositifs fiscaux et financiers dans le cadre de la loi sur l'innovation et la recherche de 1999. Cinquante entreprises ont ainsi été créées par des médecins de l'AP-HP ayant déposé des brevets. L'Office accompagne les porteurs de projets innovants de création d'entreprises jusqu'à leur incubation et leur recherche d'investisseurs.

L'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels sensibilise et forme aux enjeux de la protection de l'innovation.

Il est impliqué au sein de grandes instances comme les pôles de compétitivité qui fédèrent, au niveau régional, l'ensemble des entreprises de santé. Il participe aux groupes de travail à l'intérieur du pôle de compétitivité Medicen Paris Région.

Il représente les structures de valorisation des CHU au sein de Covalliance, qui regroupe les structures de transfert de technologies de tous les membres de l'Alliance AVIESAN. L'Office anime le réseau Hôpital Tech Transfert, qui réunit l'ensemble des structures hospitalières des CHU en France. Il a été créé par F Ghrenassia voici six ans, à l'occasion de la mise en place des MERRI relatifs aux brevets.

L'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels gère un portefeuille de plus de 480 brevets internationaux. Plus de la moitié d'entre eux sont valorisés sous la forme de licences, qui rapportent des redevances à l'AP-HP. Quarante nouveaux brevets ont été déposés en 2012 dans les domaines des biotechnologies, du diagnostic, des biomatériaux, des dispositifs médicaux, des médicaments, de la génétique et des thérapies cellulaires et géniques.

Les trois quarts des brevets sont détenus en copropriété avec des partenaires académiques ou industriels. 187 licences actives, brevets et savoir-faire ont été créés en collaboration avec des laboratoires pharmaceutiques, des entreprises de dispositif médical ou des sociétés de biotechnologies françaises et internationales, dont 20 licences signées en 2012.

Plus de 700 contrats ont été signés en matière de recherche et développement et d'accès à des résultats d'essais cliniques et des bases de données.

Les revenus de l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels, en 2012, s'élevaient à 25,6 millions d'euros. Ils sont générés par les licences, les partenariats et l'exploitation des AMM (AGEPS) ainsi que les contrats de recherche collaborative issus des différents projets de recherche et développement.

Cinquante entreprises ont été créées, dont quatre entreprises en 2012, sur la base d'innovations issues des activités hospitalières et de recherche. Chaque année, dans le cadre d'APinnov, les rencontres de Transfert de Technologie de l'AP-HP, les porteurs de projets ont l'occasion de présenter leurs brevets et leur savoir-faire aux industriels. La prochaine édition aura lieu le 13 juin à Paris, sous le haut patronage du ministère du redressement productif.

Au sein de l'AP-HP, les médecins et les soignants représentent un potentiel d'innovations. Au quotidien, l'utilisation de médicaments hors AMM (Dans le respect de l'article R4127-8 du code de la Santé Publique) constitue l'une des forces de l'Assistance Publique. L'obtention d'un brevet portant sur un médicament ancien est extrêmement intéressante. En effet, la validation d'un tel médicament en matière de toxicologie est moins coûteuse pour un laboratoire.

Les innovations galéniques sont une autre force de l'Assistance Publique. L'Etablissement Pharmaceutique se montre très performant en matière d'innovations liées à des médicaments de niches, médicaments orphelins et ou nouvelles formes et posologies. En outre, il s'implique fortement dans le développement de plateformes technologiques portant sur la thérapie cellulaire et génique dans le cadre de la nouvelle réglementation des produits de thérapie innovants.

Les registres et les cohortes font trop fréquemment l'objet d'un transfert « sans papier » (ndlr, sans contrats de transfert de matériel biologique) faisant perdre tout droit à l'exploitation de leurs informations exceptionnelles. A l'ère de la médecine personnalisée, toute information clinique, biologique et matérielle issue d'un prélèvement de malade s'avère extrêmement précieuse car associée à des données explicites et uniques.

Des financements sont trouvés, y compris dans cette période de crise, pour valoriser des projets très innovants. En outre, des mesures publiques sont prises pour renforcer le transfert de technologies :

- renforcement de l'autonomie des universités ;

- développement du management de la PI ;
- professionnalisation du Tech transfert dans les organismes publics ;
- développement d'outils d'aide au transfert entre institutions, comme Covalliance au sein d'Aviesan ;
- soutien au développement de preuves de concept (maturation, prototypage) au plus près des laboratoires ;
- clarification du paysage de la valorisation des Unités mixtes de recherche (UMR) avec les Sociétés d'accélération du Transfert de Technologie (SATT), interlocuteurs uniques pour les CHU.

A titre de comparaison, aux Etats-Unis, l'hôpital est considéré comme une source essentielle d'innovations et de start-up.

De très nombreux produits sont issus d'hôpitaux universitaires. A titre d'exemple, le Propranolol est un bêtabloquant, découvert en 1960. Le Prix Nobel de médecine a été décerné à son inventeur, James W Black, en 1988. Les brevets cardiologiques sont tombés dans le domaine public en 2000. Un nouveau brevet a été mis au point en 2007 au CHU de Bordeaux pour l'utilisation du Propranolol dans le traitement de l'hémangiome. En 2011, une licence a été octroyée à Pierre Fabre.

Sur le plan financier, il convient de rappeler que 50 % des revenus des brevets reviennent aux inventeurs.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle qu'un conflit peut survenir entre le transfert de technologie et la publication scientifique, ce qui pose un véritable problème. Il serait nécessaire de cerner des solutions pour éviter tout retard dans la publication.

M^{me} Florence GHRENASSIA répond qu'il s'agit d'une question d'organisation. Le dépôt d'un brevet n'empêche en aucun cas la publication d'un article. Son contenu sert d'ailleurs à la rédaction du brevet. C'est l'ordre qui est important, tout d'abord le dépôt du brevet puis la publication pour éviter toute divulgation rendant impossible de déposer un brevet. Les auteurs sont à distinguer des inventeurs, qui doivent avoir contribué à l'idée elle-même.

Le P^r Jean-Philippe WOLF souligne que le suivi effectué pour la valorisation des brevets rencontre des difficultés. Les médecins ne sont pas des démarcheurs. Ils attendent que l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels effectue ce travail.

M^{me} Florence GHRENASSIA observe que les chirurgiens, présents dans les congrès, sont très proches des laboratoires et savent cerner les interlocuteurs qui peuvent se montrer intéressés par leurs innovations. D'autres médecins, en revanche, sont moins à même de valoriser leurs inventions. Telle est la mission de l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels qu'il ne faut pas hésiter à solliciter et relancer car les industriels ne sont pas toujours intéressés par nos innovations et ont eux-mêmes des développements d'autres produits en cours.

Cependant, il arrive qu'une innovation, quel qu'en soit l'intérêt, ne corresponde pas à un modèle économique. Aucun industriel n'a envie de se lancer sur un tel marché. Ceux-ci n'ont manifesté aucun intérêt, par exemple, pour le développement d'un nouveau test sur le HIV 2.

Chaque innovation correspond à un marché potentiel différent.

Le P^r Jean-Philippe WOLF souhaite que des pistes soient proposées pour que la mise en œuvre de brevets soit plus efficace.

M^{me} Florence GHRENASSIA indique que l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels envoie systématiquement des offres de technologies aux industriels dès le dépôt des brevets. Un médecin ayant rédigé un article peut s'adresser à l'Office avant de l'envoyer aux revues, afin d'étudier la possibilité de déposer un brevet. Le délai correspond à deux ou trois semaines.

Par la suite, une offre de technologies est rédigée en français et en anglais. Celle-ci n'est pas confidentielle, dans la mesure où le brevet n'est pas encore public. Ce document fournit des explications sur les apports potentiels de l'invention. Il est expédié aux interlocuteurs qui, dans le monde industriel, sont les leaders du domaine. Des rencontres annuelles sont organisées. En outre, l'Office assure une présence dans des salons spécialisés, ce qui favorise la prise de contact avec des laboratoires et des fabricants de dispositifs médicaux. Les offres de technologies y sont présentées.

En revanche, il serait nécessaire que les inventeurs soient mieux informés de ces démarches. L'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels a donc développé un système d'information à leur intention, sur le site internet. Un guide du porteur de projet innovant a également été rédigé.

Le P^r Catherine BOILEAU souligne que les praticiens hospitalo-universitaires dépendent de plusieurs institutions, employeurs (université, hôpital, instituts de recherche comme l'INSERM, le CNRS, l'INRA par exemple) et donneurs d'allocations de recherche. Ils doivent donc prendre en compte les règles très spécifiques appliquées par leurs autorités de tutelle à la protection des résultats. Le dépôt d'un brevet est une démarche plutôt simple mais qui doit être faite rapidement avant soumission d'un manuscrit pour publication. Dans un contexte scientifique international hautement compétitif, il n'est pas envisageable de retarder une publication. L'instauration d'un guichet unique permettrait de faire valoir les droits des différentes institutions sans perte de chance pour les chercheurs (PH, et HU).

M^{me} Florence GHRENASSIA précise que des accords sont conclus avec les universités. L'inventeur n'a donc aucune démarche à effectuer. La transmission des informations entre les tutelles est assurée. En vertu du Code de la propriété industrielle, les praticiens hospitalo-universitaires ont deux employeurs, l'Assistance Publique et l'Université. Les brevets créés sont attribuables à ces employeurs. Leur copropriété est détenue pour moitié, entre l'AP-HP et l'université, et ce pour les sept universités parisiennes.

De nombreux brevets donnent lieu à une copropriété du fait de la mixité de leurs inventeurs, qui peuvent être également salariés du CNRS, ou de l'INSERM et un praticien hospitalo-universitaire, par exemple. En mai 2009, un décret a institué des règles régissant la copropriété entre organismes publics en fixant un mandataire unique. Un seul interlocuteur assure le dépôt des demandes de brevets, le suivi de leur délivrance et les négociations vis-à-vis des industriels. Le brevet est néanmoins déposé aux noms de tous les copropriétaires, c'est un titre de propriété qui constitue le patrimoine des organismes, repérés dans les indicateurs internationaux, le portefeuille de brevet d'un organisme est directement lié à sa compétitivité en innovation et transfert industriel. (Classement annuel des déposants de brevets OMPI, Classements internationaux des pays innovants sur la base des brevets de leurs organismes de recherche GII, etc...)

Certaines difficultés se posent vis-à-vis d'un partenaire comme l'INSERM. En effet, de nombreux brevets sont attribuables de droit à l'Assistance Publique mais les copropriétés ne sont pas régularisées. De ce fait, durant une longue période, l'AP-HP n'a pas pu bénéficier des MERRI sur ces brevets et s'est également trouvée mal positionnée dans les classements internationaux de brevets. En outre, les retours se sont avérés insuffisants. La régularisation de ce portefeuille devrait intervenir avant fin 2013.

VII. Conclusions du groupe de travail sur les évolutions de la révision annuelle des effectifs de praticiens hospitaliers

Le **président** observe que les présidents de CME locales souhaitent participer plus activement aux discussions portant sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Un groupe de travail s'est réuni à deux reprises sous l'autorité du P^r Thierry BÉGUÉ. Des représentants des groupes hospitaliers, présidents de CME locales ou de présidents de sous-commissions locales du temps et des effectifs médicaux, ont participé à ces réunions.

La lettre de cadrage qui sera prochainement diffusée fera donc l'objet de modifications substantielles.

M. Jérôme HUBIN évoque l'évolution des règles qui seront appliquées pour la révision des effectifs de praticiens hospitaliers à partir de l'année 2014.

En ce qui concerne le rôle des collégiales, celles-ci apportent aux présidents de la CME locales et à la CME un avis sur les candidats, qui peut prendre la forme d'un classement, et un avis sur les stratégies d'organisation des disciplines à l'AP-HP.

Pour que ces avis soient pris en compte par les présidents de CME locales, il est nécessaire que les présidents de collégiale aient connaissance des demandes de postes avant leur classement par les groupes hospitaliers. Il est également nécessaire que les présidents de CME locales aient connaissance des avis des collégiales.

En 2013, il sera d'ores et déjà tenu compte de l'avis des collégiales. Dans l'idéal, il serait souhaitable que ces avis soient fournis d'ici le 15 juin afin qu'ils puissent être pris en compte lors de l'interclassement. La plupart des réunions organisées par les CME locales pour procéder à un classement des demandes de postes de PH se déroulent entre le début du mois de juin et le début du mois de juillet.

En 2014, les présidents de collégiales seront invités à contacter les présidents de CME locales afin de s'informer en amont sur les demandes prévisibles. Ils auront le temps d'évaluer la qualité des candidatures et l'opportunité des demandes avant la transmission de ces données aux groupes hospitaliers.

Il est proposé de mieux associer les groupes hospitaliers aux arbitrages visant à maintenir la dimension redistributive de la révision. Il est également important de prendre en compte, au moment de la révision des effectifs de PH, l'effort d'économies demandé sur la masse salariale du personnel médical. Les priorités définies par les présidents de CME locales dans leur classement doivent être mieux prises en compte. . A cette fin, les présidents de CMEL et les présidents des CTEM locales seront invités, en octobre-novembre 2013, à présenter le classement de leurs demandes au groupe restreint de la CME chargé d'analyser l'ensemble des demandes de postes. Les échanges entre le groupe restreint et les représentants des groupes hospitaliers seront ainsi favorisés.

Certaines règles concernent la justification des demandes de postes qui doivent répondre aux critères suivants :

- la cohérence avec les orientations stratégiques du groupe hospitalier ;
- l'importance de cette demande pour répondre aux besoins de santé ;
- l'incidence de cette demande sur l'activité de la structure demandeuse ;
- la portée de la demande dans le parcours du candidat pressenti ;

- la possibilité de proposer des redéploiements de postes de praticiens hospitaliers internes aux groupes hospitaliers.

Les groupes hospitaliers sont invités à formuler des propositions de redéploiement interne de postes de PH vacants. Dès lors, il est important de comprendre qu'en cas de validation par la CME des propositions de redéploiements internes de postes, les postes perdus par les services « donateurs » ne représenteront jamais des emprunts qui engagent la CME.

Il convient de noter que certaines demandes ne sont pas à classer.. Il s'agit des retours d'emprunt et des demandes d'emplois financées par le biais de crédits fléchés, tels les MIGAC ou les CRMR. En revanche, les autres demandes, y compris celles qui portent sur le maintien de postes, doivent être prises en compte dans la démarche d'interclassement. Les arbitrages porteront plus spécifiquement sur les demandes de maintien de postes les plus mal classées.

Des règles sont également proposées pour l'encadrement des candidatures. Les candidats aux postes de praticiens hospitaliers doivent faire preuve d'une expérience d'au moins deux ans, en situation de responsabilité clinique au sein d'une équipe hospitalière, au moment de leur nomination. A défaut, le parcours des candidats sera examiné avec une attention particulière.

En cas de promotion HU, il est rappelé que, dans tous les cas, le poste de PH du titulaire promu fait l'objet d'une reprise. Cela n'empêche nullement le service concerné de demander la recreation du poste de praticien hospitalier. Cette demande sera analysée par la CME. La demande de poste ne pourra pas être formulée par anticipation. Par conséquent, la création du poste concernera systématiquement l'année suivante.

En ce qui concerne le calendrier, la note de cadrage sera diffusée à la mi-mai. Le retour des demandes devra être effectif au 12 juillet 2013. Le Siège se chargera de la consolidation des demandes durant l'été. En octobre-novembre, le groupe restreint se prêtera à l'analyse des demandes et à la rencontre avec les représentants des groupes hospitaliers.

A la fin du mois de novembre, le bureau élargi de la CME procédera au pré-classement des demandes de postes. En décembre, la CME effectuera un classement définitif des demandes dans le groupe « A », relatif aux demandes soutenues, ou dans le groupe « C », relatif aux demandes non soutenues. La publication interviendra dans le courant du premier trimestre 2014.

Le P^r Pascale GAUSSEM souhaite des précisions sur le mode de transmission de l'avis des collégiales, qu'il s'agisse d'une note, d'une appréciation ou d'un classement.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne que le classement effectué par les collégiales repose sur la qualité des candidats et le contenu de leur expertise. Il convient notamment d'éviter les doublons.

Le P^r Noël GARABÉDIAN revient sur la promotion d'un praticien hospitalier à un poste de PU-PH. Dans le cas où celle-ci concerne l'Assistance Publique, il est surprenant qu'un service ait à exprimer une demande pour que le poste soit maintenu.

Par ailleurs, la place attribuée à l'aspect financier d'une demande reste à préciser. Il est souhaitable que chaque groupe hospitalier obtienne des précisions à ce titre. Un équilibrage au niveau central est nécessaire.

Le P^r Thierry BÉGUÉ répond que les conséquences de la promotion d'un praticien hospitalier à un poste de PU-PH ont fait l'objet de discussions très animées. La réattribution d'un poste de PU-PH à un service doit tenir compte d'un certain nombre de critères, et notamment la discipline

concernée. De fait, lorsqu'un praticien hospitalier est promu dans un autre établissement, il peut entraîner avec lui des patients dont il avait la charge. A l'inverse, tel n'est pas le cas lorsque le poste concerné se situe dans un service de réanimation. L'activité du service doit donc être analysée lorsque celui-ci requiert le maintien d'un poste de praticien hospitalier.

Le président rappelle que l'avis du groupe hospitalier et du chef de pôle doit être pris en compte.

En ce qui concerne le cadrage budgétaire lié à la révision des effectifs, des discussions approfondies ont été menées avec la directrice générale. Celui-ci doit être effectué un an avant la révision ; or à cette date, les efforts d'efficience restent hypothétiques puisque l'EPRD n'est pas encore connu. L'anticipation s'avère fort délicate en la matière.

Par ailleurs, il convient de préciser si ce cadrage budgétaire doit être opéré au niveau central ou au niveau des groupes hospitaliers. Une autonomie accrue accordée aux groupes hospitaliers en matière de révision des effectifs pourrait contribuer à la fragmentation de l'AP-HP en douze entités. Au-delà de cette démarche d'ordre budgétaire, c'est le maintien ou non de l'unicité de l'Assistance Publique qui pourrait être en cause.

La lettre de cadrage 2014 n'opérera aucune répartition de l'effort d'efficience selon les différents groupes hospitaliers.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, se réjouit du travail opéré pour clarifier les règles relatives à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers. En 2014, la révision des effectifs tiendra compte d'un cadrage financier. Les règles posées sont d'autant plus importantes qu'elles renforceront encore la responsabilité de la CME dans ce domaine. L'ensemble des commissions devront veiller au respect de ce cadrage, contrairement à la situation qui a prévalu au cours de ces dernières années.

Le P^r Ariane MALLAT souhaite des précisions sur les redéploiements prévus en 2013.

Le président rappelle qu'un poste vacant peut être soit maintenu, soit prélevé : pour contribuer à l'effort d'efficience ou pour faire l'objet d'un redéploiement. Pour sa part, la CME mettra tous ses efforts en œuvre pour que des redéploiements de postes aient lieu. Lorsque cette démarche est restreinte aux groupes hospitaliers, le système est moins souple. Il est donc préférable qu'elle soit menée au niveau de la CME, en étroite concertation avec les groupes hospitaliers.

Le P^r Ariane MALLAT espère que la note de cadrage tient compte de ce message. En effet, celui-ci ne ressort pas toujours suffisamment lors des discussions menées avec les directions sur la révision des effectifs.

M. Jérôme HUBIN confirme que cet aspect est bien pris en compte dans la note de cadrage. Celle-ci rappelle la dimension redistributive de la CME, sans laquelle aucune révision ne serait possible.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE se dit favorable à ce que le redéploiement soit mené au niveau de la CME centrale. En revanche, il convient d'éviter toute opposition entre cette instance et les CME locales. Le processus doit être mis en œuvre dans un climat de confiance. Par ailleurs, les redéploiements doivent tenir compte de la situation de l'emploi médical au sein des groupes hospitaliers et des efforts menés par certains groupes hospitaliers ayant procédé à des rendus de garde.

Le président insiste sur le fait que la révision finale des effectifs est décidée au sein du bureau élargi de la CME. Les douze présidents de CME locales y sont présents. L'arbitrage est donc partagé de la manière la plus loyale possible. Il revient à la directrice générale d'en disposer.

M. Jérôme HUBIN précise que, en cas de promotion HU, la reprise de poste durant une année N, permet la formulation d'une demande de réattribution de poste pour l'année N + 1. Cette demande peut être assortie d'un effet pécuniaire à compter du 1^{er} janvier de N+1. De ce fait, la perte de masse salariale liée à la reprise du poste de PH, correspondant à la capacité à rémunérer un médecin en remplacement du collègue promu, se limitera, au pire, à quatre mois. La plupart des services accompagnent leur demande de réattribution de poste auprès de la CME par une demande de financement institutionnel total.

VIII. Adoption du compte rendu de la réunion du 9 avril 2013

Le compte rendu de la réunion du 9 avril 2013 est adopté à l'unanimité.

Aucune question diverse n'étant abordée, la séance est levée à 12 heures 50.

* *
*
*
*

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

mardi 11 juin 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 29 mai 2013 à 16 heures 30