

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 9 JUILLET 2013**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 12 NOVEMBRE 2013**

SOMMAIRE

I.	Information du président et de la vice-présidente de la CME.....	6
II.	Élection du président de la sous-commission Finances et investissements.....	7
III.	Revendication des urgentistes concernant l'aval des urgences.....	7
IV.	L'Hôtel-Dieu de Paris	14
V.	Missions, implantations et capacités des soins de longue durée à l'AP-HP	22
VI.	Point sur la démarche de sécurisation du médicament à l'AP-HP.....	26
VII.	Point sur l'urologie à l'AP-HP.....	29

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et de la vice-présidente de la CME (*P^r Loïc CAPRON, D^r Anne GERVAIS*)
2. Élection d'un nouveau président de la sous-commission *Finances et investissements*
3. Revendications des urgentistes concernant l'aval des urgences (*P^r Bruno RIOU*)
4. L'Hôtel-Dieu de Paris
 - Organisation de la consultation médicale sans rendez-vous 24 heures sur 24 (*P^r Jean-Yves FAGON*)
 - Devenir de la salle Cusco (*P^r Christian RICHARD*)
5. Missions, implantations et capacités des soins de longue durée à l'AP-HP (*M. Jean-Baptiste HAGENMULLER*)
6. Point sur la démarche de sécurisation du médicament à l'AP-HP (*P^r Béatrice CRICKX*)
7. Point sur l'urologie à l'AP-HP (*D^r Sophie COHEN*)
8. Adoption du compte-rendu de la réunion du 14 mai 2003

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

Avis sur deux premières demandes et trois demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel
Information sur la validation de la fin de la période probatoire de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel

Composition B

Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2013
Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2013

Composition A

Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2013

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r René ADAM
- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le P^r Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M. le D^r Paul AVILLAH
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BÉGUÉ
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^r Loïc CAPRON
- M. le D^r Bruno CARBONNE
- M. le P^r Jean-Claude CAREL
- M. le P^r Pierre CARLI
- M. le P^r Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^r Gérard CHÉRON
- M. le P^r Yves COHEN
- 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 Elisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le D^r Jean-Luc DUMAS
- M. le D^r Alain FAYE
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r GERVAIS HASENKNOPF
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le D^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r François HAAB
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- 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 Rémy NIZARD
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} LE D^r VALERIE PERUT
- M. le P^r Jean-Claude PETIT
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^r Guy SEBAG
- M. le P^r Georges SEBBANE
- M. le P^r Alain SIMON
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF

- ***avec voix consultative :***

- M^{me} Catherine BROUTIN, représentante de l'agence régionale de santé Île-de-France
- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail

- ***en qualité d'invités permanents, les doyens :***

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS
- M. le P^r Louis MAMAM
- M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN
- M. le P^r Benoît SCHLEMMER
- M. le P^r Serge UZAN

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

- M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale
- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M^{me} Carine CHEVIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Jean-Michel DIÉBOLT, directeur de la direction médico-administrative
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M^{me} Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- M^{me} Juliette TELLIER, directrice de la communication
- M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

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

- ***membres excusés :***

M. le P^r Thierry CHINET, M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT, M. le P^r Jacques DURANTEAU, M. le P^r Erea Noel GARABÉDIAN, M. le P^r Bertrand GUIDET, M. le P^r Olivier HENRY, M. le D^r Matthieu PICCOLI, M. le P^r Gérard REACH, M^{me} le D^r Annie ROUVEL TALLEC, M. le Pr Michel ZÉRAH.

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du Pr Loïc CAPRON.

I. Information du président et de la vice-présidente de la CME

Le président présente les excuses des P^{rs} Thierry CHINET, Isabelle CONSTANT, Jacques DURANTEAU, Noël GARABÉDIAN, Bertrand GUIDET, Gérard REACH et Michel ZÉRAH ainsi que celles des D^{rs} Anny ROUVEL-TALLEC, Olivier HENRY et Matthieu PICCOLI.

Le président annonce ensuite que la direction générale a organisé un séminaire, les 2 et 3 juillet 2013 destiné à alimenter la réflexion relative à la rédaction du plan stratégique de l'Assistance Publique pour la période 2015-2019. Le projet médical en constituera la pierre angulaire et la CME devra s'investir dans son élaboration. Le plan stratégique doit être en cohérence avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui sera négocié entre l'AP-HP et l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF).

La manière de travailler avec l'ARSIF reste floue. Un groupe de travail *ad hoc* de la CME sera mis en place en septembre sur les grandes restructurations. Il sera présidé par le président de la CME et les douze présidents de CME locales en feront partie.

Il conviendra de mettre l'accent sur le maintien d'une AP-HP unie pour la durée du plan 2015-2019.

Le séminaire des 2 et 3 juillet 2013 a également été l'occasion d'officialiser le départ du P^r Michel FOURNIER de la direction médico-administrative (DMA). Il rejoindra prochainement L'ARSIF en tant que conseiller auprès de son directeur général. M. Jean-Michel DIÉBOLT assurera l'intérim de la DMA Le prochain directeur sera nommé par la directrice générale, en concertation avec le président de la CME conformément au protocole du 27 novembre 2012 sur la gouvernance centrale de l'AP-HP.

Le séminaire de la CME sur le thème *L'AP-HP en Île-de-France* se tiendra les 20 et 21 septembre Une invitation personnelle, comportant un bulletin de réponse, sera adressée aux membres de la CME.

Le D^r Anne GERVAIS se réjouit qu'une enveloppe de 10 M€ ait été allouée aux GH qui viennent de recevoir leur notification pour les besoins en équipements. Cette dotation résulte d'une sous-consommation de l'enveloppe réservée aux travaux, qui peut ainsi bénéficier aux équipements.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, informe la CME que M^{me} Sylvia BRETON est appelée, depuis le 1^{er} juillet, à remplacer M. Jean PINSON en qualité d'adjoint à la direction médicale administrative. Par ailleurs, M^{me} Roselyne Vasseur, directrice des soins, endossera d'autres responsabilités, en dehors de l'APHP, à partir du mois de septembre. Il conviendra de choisir la personne appelée à remplacer M^{me} Roselyne Vasseur au sein de la CME. L'importance du travail collectif mené entre les médecins et le personnel non médical doit être soulignée.

Le D^r Patrick PELLOUX souhaite intervenir à propos du nouveau logiciel *Carmen* utilisé au sein du centre de régulation des SAMU. Pour déplorer son inadaptation, déjà dénoncée à plusieurs reprises par le SAMU de Seine-Saint-Denis et le CHSCT. Il considère que ce logiciel, mal conçu et mal évalué, n'est pas complètement adapté au travail mené au sein des urgences et souhaite qu'une réflexion sur l'élaboration d'un autre logiciel soit lancée.

Le président propose qu'une réponse soit apportée à ce sujet au mois de septembre.

Le P^r Paul LEGMANN demande si les chefs de pôle doivent être choisis parmi les praticiens titulaires d'un pôle ou du groupe hospitalier auquel ce pôle appartient.

M. Jérôme HUBIN précise que cette question n'est encadrée par aucune contrainte réglementaire spécifique. Aucun texte n'impose le choix d'un chef de pôle parmi les praticiens du pôle ou même parmi les praticiens d'un groupe hospitalier.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE déplore que l'acquisition d'endoscopes ne soit pas possible. Faute de marché, les investissements prévus à cet effet ne pourront pas être utilisés. Il est indispensable que des solutions soient rapidement apportées.

M^{me} Carine CHEVIER indique que, lors de la réallocation de l'enveloppe de 10 millions d'euros, une vérification a été opérée quant aux marchés. Les endoscopes, dans ce contexte, constituent une exception et une rectification a été mise en place dès le 20 juin. L'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) s'est engagée à lancer rapidement un marché pour l'acquisition de ces appareils. Une notification sera effectuée le 15 octobre. Ce point fait l'objet d'un suivi par la CME.

II. Élection du président de la sous-commission Finances et investissements

Le D^r Anne GERVAIS, nouvellement élue vice-présidente de la CME, a choisi de démissionner de la présidence de la sous-commission *Finances et investissements*.

Le D^r Guy BENOIT se porte candidat et rappelle que le travail réalisé par le D^r Anne GERVAIS a été unanimement apprécié. Il souhaite, pour sa part, exercer les responsabilités de président de la sous-commission Finances et investissements dans le même esprit. Les investissements constituent une problématique majeure.

Le président rappelle que les deux vice-présidents de la sous-commission *Finances et investissements* sont les P^{rs} Guy SEBAG pour les équipements et Michel ZÉRAH pour les affaires informatiques.

50 votants sont comptabilisés. Le P^r Guy BENOIT est élu à la présidence de la sous-commission Finances et investissements avec 46 voix favorables. 4 bulletins nuls ou blancs sont recensés.

III. Revendications des urgentistes concernant l'aval des urgences

Le P^r Bruno RIOU, chef du service des urgences de la Pitié-Salpêtrière et président de la collégiale nationale des universitaires de médecine d'urgence, évoque la préparation de l'ultimatum fixé par les urgentistes de France pour le 15 octobre 2013. Les conséquences de cette situation pour les patients sont importantes

- les conditions d'accueil inhumaines ;
- la maltraitance ;
- l'augmentation du risque d'erreurs médicales ;
- la hausse de la morbidité ;
- la progression de la mortalité, soit une multiplication des risques par 1,5 ou 2.

Une foison de preuves est fournie sur ces points par la littérature. Il en résulte, pour les urgences, les conséquences suivantes :

- une augmentation de la charge de travail ;
- une multiplication des risques d'erreurs ;
- une humiliation pluriquotidienne pour les personnels ;
- un sentiment de *burn out* exacerbé ;
- une fuite des urgentistes et des jeunes.

Il convient de rappeler que les patients sont souvent placés sur des brancards durant 24 heures à 48 heures. La recherche de lits est vécue de manière quotidienne comme pénible. Chaque année, 90 urgentistes sont formés mais tous n'intègrent pas l'AP-HP. Face à cette fuite des jeunes, un cercle vicieux s'instaure. Ce phénomène est international. Il n'affecte pas uniquement les patients qui se rendent aux urgences. Dès lors que des problèmes s'intensifient au sein d'un service d'urgence, ceux-ci sont pointés par les médias. Le phénomène des « couloirs de la honte », de caractère international, affecte également les hospitalisations.

Les urgences ne constituent pas un problème mais une solution aux problématiques du système de santé. Pourtant, les urgentistes constatent leur incapacité chronique à gérer la recherche de lits d'aval. Ils considèrent que cette mission ne relève plus de leurs responsabilités. Celle-ci concerne les établissements eux-mêmes, à l'instar de la gestion pratiquée dans d'autres pays.

Un *ultimatum* a donc été lancé par SAMU Urgences de France, largement soutenu. À partir du 15 octobre 2013, les urgentistes cesseront la recherche de lits pour les patients.

Le problème est reconnu par la ministre de la Santé, qui pour la première fois en a fait référence dans son discours lors du congrès « Urgences 2013 » et a fait état de maltraitance. Toutefois, la résolution de cette situation est loin d'être aussi simple que le discours officiel ne peut le laisser supposer. Depuis lors, des discussions multiples se sont engagées avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), les ARS, la Fédération Hospitalière de France (FHF) et les présidents de CME, les présidents des CHU et les présidents des CHG. Le Conseil national des urgences hospitalières, présidé par le P^r Pierre CARLI, est missionné pour apporter sa réflexion sur ce sujet.

Les médecins urgentistes font preuve d'une mobilisation très importante. Ils considèrent qu'il revient aux établissements de mettre en œuvre des solutions. En amont, l'effondrement de la médecine ambulatoire complique l'identification de solutions. Quant aux services d'aval, ils reçoivent de nombreux patients issus des urgences. Quoiqu'il en soit, le problème est ailleurs. Celui-ci concerne les patients hospitalisés.

Il est souvent affirmé que « l'aval de l'aval » pose problème. Là encore, celui-ci ne pourra être réglé dans l'immédiat. Enfin, même si les moyens s'avèrent insuffisants, il convient de rechercher d'autres solutions que la sollicitation de moyens supplémentaires.

Parmi l'ensemble du flux des hospitalisations, celles-ci concernent notamment les admissions aux urgences ainsi que les admissions programmées. L'afflux brutal de victimes, à l'instar d'une catastrophe peut être géré de manière efficace. Face à l'arrivée de milliers de patients aux urgences, la mobilisation s'avère très importante. En revanche, il est plus difficile pour les professionnels de santé de faire face à l'absence chronique de lits disponibles dans un établissement. Tel est le cas, notamment, durant les périodes de vacances scolaires. De même, la survenue d'une épidémie contribue à l'augmentation brutale du flux de patients aux urgences. Ce phénomène, qui concerne surtout la pédiatrie, est géré de manière plutôt efficace à l'Assistance Publique. Les pédiatres ont su s'organiser de longue date. En janvier-février, une situation analogue s'est produite dans les urgences adultes dans le contexte d'une épidémie de grippe qui s'est prolongée.

Les admissions aux urgences ne sauraient faire l'objet d'une régulation. Toutefois, celles-ci sont parfaitement prévisibles, qu'il s'agisse de la médecine adulte ou de la pédiatrie. Le nombre de patients qui seront reçus à court terme dans tel ou tel hôpital de l'AP-HP peut être estimé. En revanche, les admissions programmées sont, pour leur part, imprévisibles et doivent faire l'objet d'une régulation.

Le flux des urgences reste toujours inférieur aux flux des hospitalisations programmées. À la Pitié-Salpêtrière, par exemple, il est chaque jour nécessaire de trouver des lits pour une vingtaine de patients. Par rapport au nombre de patients admis, ce nombre de malades constitue un flux minime. La charge de trouver un lit revient alors aux urgences alors qu'elle devrait être répartie sur l'ensemble des services, ce qui en faciliterait probablement la gestion.

Des solutions ont été préconisées lors des Assises des urgences organisées l'année dernière par SAMU et Urgences de France et durant les Assises hospitalo-universitaires qui se sont tenues en décembre 2012. Le CNUH a constitué un groupe de travail à ce sujet. La DGOS a diffusé une instruction le 27 juin. Enfin, les conférences des présidents de CME, de CHU et des CHG ont évoqué cette problématique. Ces dernières ont publié un communiqué de presse. Un communiqué commun devrait être publié.

Les solutions consistent notamment à mieux organiser l'amont en privilégiant les admissions urgentes directes par le biais du SAMU Centre 15 et en prévenant les hospitalisations inutiles par le biais des urgences. Cela concerne notamment les EHPAD et les fins de vie. Seules 10 % des hospitalisations pourraient ainsi être prévenues à l'avenir. Malgré une prévention efficace, le problème reste donc entier.

Dans la perspective d'une meilleure organisation des urgences, il convient de favoriser la mise en place de médecins régulateurs et de circuits courts. Les « lits brancards » et les hospitalisations excédant 24 heures dans les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ne peuvent plus être tolérés. L'*ultimatum* du 15 octobre montre aussi que la recherche de lits constitue une situation intolérable. La mise en place de consultations post-urgences, limitant les hospitalisations, constitue une perspective intéressante. Des circuits ambulatoires de chirurgie d'urgence peuvent être développés. Il est également nécessaire de changer de paradigme en adaptant les hospitalisations programmées au flux prévisible des admissions non programmées. Au lieu de l'expression de « patients des urgences », il conviendrait d'employer celle de « patients de l'établissement actuellement hospitalisés aux urgences ».

L'organisation de l'aval des urgences représente le problème de l'ensemble de l'hôpital et de la communauté médicale.

Il a souvent été question du rôle d'un *bed manager*, à l'instar de l'organisation adoptée à l'hôpital Saint-Joseph. Cependant, il est beaucoup plus difficile d'instaurer une telle organisation dans un hôpital dont les lits sont pleins. Il n'y a pas besoin de *bed managers* mais plutôt d'un *bed management*. Dans ce contexte, plusieurs possibilités sont envisageables :

- mettre en place une gestion globale en fonction de flux prévisibles et de la conjoncture ;
- organiser une responsabilité par pôle ou groupe de service ;
- optimiser les durées moyennes de séjour ;
- instaurer des services de gériatrie aiguë et des services de médecine polyvalente post-urgences ;
- favoriser les sorties le matin par le biais de salon de sorties ;

- développer l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire pour réserver des lits d'hospitalisation conventionnelle ; mettre en place un système d'information efficient ; organiser la mise à disposition des lits pour les urgences ;
- imposer la coopération entre les services, selon la règle des 24-48 heures pour les patients « hébergés » ;
- réviser annuellement le nombre de lits par pôle et par service ;
- concevoir une procédure d'hôpital en tension.

Aucune évolution ne sera possible si la direction générale et le président de la CME se désintéressent de cette problématique. Aucun progrès ne sera effectif si les directeurs et les présidents de CMEL s'en désintéressent. Enfin, il convient d'éviter l'isolement des urgences. L'*ultimatum* du 15 octobre impose d'identifier rapidement les services d'urgences où la situation est critique. Le pourcentage de patients demeurant plus de 24 heures en UHCD, soit 22 % en moyenne, constitue un indice simple de dysfonctionnement. S'agissant de la pédiatrie, ce taux correspond à 6 %.

Le président rappelle que cette question se pose dans toute la France et requiert des réponses nationales. L'AP-HP devra appliquer des recommandations ministérielles qui s'ensuivront. Le travail de l'AP-HP sur son aval des urgences n'a pour intention nide résoudre la question nationale, ni de désolidariser nos urgentistes de l'action nationale prévue le 15 octobre.

Le Siège de l'AP-HP, et notamment le secrétariat général, réunit de manière régulière une plateforme des urgences où ces questions sont débattues. Une réunion a été organisée voici une dizaine de jours. Elle a permis de formuler un certain nombre de conclusions relatives à notre Établissement.

Le point essentiel est que les groupes hospitaliers prennent conscience du problème et s'y investissent.

Dans le courant du mois de septembre, un groupe ad hoc de la DMA et du secrétariat général recevra chacun des dix GH ayant un SAU d'adultes : président de CME locale, directeur, chef(s) de service des urgences, ou leurs représentants. Le thème des discussions sera 'organisation de l'aval du SAU. La CME sera représentée par le D^f Patrick PELLOUX et le P^r Loïc CAPRON qui, en 2002, avait rédigé un rapport sur l'aval des urgences à l'AP-HP.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, rappelle que le président de la CME a signé conjointement avec M^{me} la directrice générale une note annonçant ces réunions. Celles-ci seront organisées au début du mois de septembre, en prévision de la situation hivernale.

Le P^r Pierre CARLI observe que le phénomène observé a mis sous tension l'ensemble des services des structures d'urgences au cours des mois précédents. Il constitue probablement une chance pour l'Institution publique. Celle-ci peut réagir par la mise en place de dispositifs de soins beaucoup plus sûrs dans ces circonstances.

Voici quelques jours, les agences régionales de santé ont reçu une instruction précise évoquant la partition qu'elles devront jouer d'ici le 15 octobre. Dans ce cadre, de nombreux écrits ont été produits au cours de l'année.

Le P^r Pierre CARLI observe que le phénomène observé a mis sous tension l'ensemble des services des structures d'urgences au cours des mois précédents. Il constitue probablement une

chance pour l'Institution publique. Celle-ci peut réagir par la mise en place de dispositifs de soins beaucoup plus sûrs dans ces circonstances.

Voici quelques jours, les Agences Régionales de Santé ont reçu une instruction précise évoquant la partition qu'elles devront jouer d'ici le 15 octobre. Dans ce cadre, de nombreux écrits ont été produits au cours de l'année.

Le P^r Pierre CARLI ajoute qu'il a rendu deux rapports au ministère de la Santé. Ceux-ci fournissent des modes d'emploi pour construire la gestion de l'aval des urgences et gérer les situations de crise.

Il n'existe pas qu'une seule solution. Plus d'une dizaine de mesures peuvent être mises en place pour fluidifier l'aval des urgences. L'investissement manifesté dans cette problématique ne constitue pas la victoire des urgentistes sur le reste de l'hôpital. En réalité, la situation est exactement inverse. L'amélioration de l'aval des urgences, qui représente un point de tension, permet de proposer des marges majeures d'organisation dans la gestion des lits de l'hôpital public. C'est donc un levier très important pour l'ensemble des services. Sur la base d'un dispositif beaucoup plus large, ceux-ci pourraient facilement hospitaliser les patients et assurer de manière efficace l'occupation des lits et les sorties.

Le management des lits par l'hôpital constitue une solution innovante pour l'aval des urgences. L'AP-HP représente le plus vaste groupe hospitalier de France. La réflexion sur cette problématique s'y est instaurée de manière particulièrement collective. L'ensemble des conférences nationales a fait de ce sujet une priorité. Ainsi les urgences pourraient constituer le moteur à partir duquel une meilleure organisation pourra être instaurée. Il s'agit au total d'une opportunité exceptionnelle. Les urgences ne constituent pas un problème mais les prémisses de la solution.

Le P^r Bruno RIOU estime que la situation doit prioritairement évoluer au plan national. Des changements pourront ensuite avoir lieu au niveau local. Il reste à savoir si l'Assistance Publique est prête à orchestrer de tels changements.

Le président s'en dit convaincu. Celle-ci démontre la ferme résolution de s'emparer du problème et de surveiller l'application des mesures qui seront prises au sein de chaque SAU.

Le P^r Bruno RIOU souligne qu'au fil du temps, certains hôpitaux ont réussi une évolution considérable. En outre, certains établissements sont parvenus à limiter de façon drastique le nombre de transferts.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que des difficultés analogues peuvent être observées au sein de l'aval des urgences en Grande-Bretagne ou en Allemagne. Cette problématique est particulièrement complexe. Plus la fermeture de lits d'hospitalisation progresse, plus les services d'urgences sont saturés. Outre le problème constaté dans les secteurs de la médecine ou la gériatrie, la structuration de la psychiatrie et celle de la chirurgie constitue un enjeu majeur.

Il arrive que plusieurs établissements se montrent ouverts à l'accueil d'un patient souffrant d'une fracture ouverte mais se trouvent finalement contraints à y renoncer, faute de boîtes de stérilisation. De nombreux dysfonctionnements, au quotidien, rendent la situation difficile.

L'*ultimatum* du 15 octobre peut paraître dangereux, voire révolutionnaire. Cependant, un *big bang* est nécessaire pour refondre l'organisation des urgences. L'Assistance Publique est porteuse de la première histoire de la structuration de la santé publique en France, voire en Europe.

Dans le contexte de la crise économique, un million de personnes ont perdu leur emploi et leurs attaches sociales depuis un an. Celles-ci font déjà leur arrivée au sein des services d'urgences et subissent une situation de rupture en matière de prise en charge et de soins. Or les urgences, point d'entrée dans le système de santé, font partie d'un maillon censé fournir une assistance à la population.

Le recours à des *bed managers* ne représente aucune solution crédible. L'Assistance Publique doit retrouver le sens de sa mission et répondre à l'objectif commun des équipes. D'ici le 15 octobre, les règles du jeu doivent évoluer. Ensemble, tout est possible.

Le D^r Brunot RIOU observe que l'aval des urgences ne concerne pas uniquement la gériatrie et la médecine polyvalente mais aussi la chirurgie et les médecines spécialisées. L'ensemble de l'hôpital est appelé à y participer. Des unités dédiées à l'aval des urgences ont été constituées. Or leur dimension ne sera jamais suffisante.

Le D^r Anne GERVAIS considère que l'ultimatum du 15 octobre constitue un signal fort. Un problème se pose en amont des urgences. Une réflexion doit être menée au sujet des maisons de santé et des liens de l'Institution avec la médecine de ville. Les passages aux urgences représentaient 9 millions de personnes en 1995. Aujourd'hui, 18 millions de personnes y sont accueillies alors même que la fermeture des lits crée des difficultés croissantes.

Le redéploiement des lits fait partie des solutions qu'il convient d'envisager. Cependant, aucune évolution ne sera possible sans l'association des professionnels de terrain à la réflexion menée. Actuellement, il est insupportable pour ces professionnels d'entendre leur travail mis en cause. Si certains patients sortent de l'hôpital après 16 heures, il convient de rappeler que cette situation se produit généralement dans l'attente du résultat d'un examen à 15 heures 30.

Le P^r Bruno RIOU souligne que, certains jours, les lits d'hôpital dans lequel il exerce des fonctions sont censés être pleins. Or la nuit, des lits permettent finalement l'accueil de patients dans les services. Cette situation paradoxale est bien le signe d'un dysfonctionnement. La transmission d'examen biologiques à 16 heures pour décider une sortie constitue un autre dysfonctionnement. Une organisation doit être trouvée en vue d'organiser la sortie plus précoce des patients.

L'octroi de moyens supplémentaires n'est pas prévu d'ici le 15 octobre. Des solutions doivent donc être identifiées.

Le P^r Thierry BÉGUÉ observe que l'orthopédie est particulièrement exposée aux problèmes dont pâtissent les urgences. Des pathologies telles que les fractures du col du fémur ou les fractures du poignet ne sont nullement prévisibles. D'un côté, l'administration demande qu'un taux de remplissage supérieur à 85 % soit atteint dans les services. De l'autre, l'aval des urgences entraîne la mobilisation de lits.

Le P^r Bruno RIOU souligne qu'à la Pitié-Salpêtrière, les patients atteints d'une fracture du col du fémur ne demeurent pas au sein du service d'orthopédie mais sont confiés sans délai au service de gériatrie. Certaines fractures du poignet peuvent être gérées dans un circuit ambulatoire d'urgence. Par ailleurs, certains services de chirurgie parviennent à gérer correctement le flux des urgences alors que le taux de remplissage des lits est considérable. Il arrive que les difficultés ne tiennent qu'à l'organisation interne d'un établissement.

Le P^r Pierre CARLI estime que la gestion de l'amont des urgences s'est heurtée depuis dix ans à une impasse. Les dispositions instaurées quant aux maisons médicales visent à répondre à un problème d'une autre nature, lié à la permanence des soins ambulatoires. A l'hôpital, les chefs de

service du pôle doivent contribuer eux-mêmes au plan d'organisation de l'aval des urgences. Les services d'aval doivent être intégrés dans le pôle des urgences. Le dimensionnement est facile car le flux d'urgences est parfaitement prévisible.

Le D^r Nathalie DE CASTRO tente, depuis dix ans, d'organiser les sorties des patients de manière précoce, en matinée, et constate qu'elle n'y est pas parvenue. En effet, les soignants doivent gérer l'organisation des petits déjeuners, des toilettes et le nettoyage des chambres pour qu'elles soient prêtes à 14 heures. Par conséquent, les contraintes du personnel paramédical doivent être également prises en compte.

Le P^r Bruno RIOU répond qu'un gain de 10 % à 15 % par rapport à l'ensemble des hospitalisations s'avère parfois possible. L'objectif ne consiste pas forcément à libérer des lits à 10 heures mais à prévoir que des lits seront disponibles à 16 heures ou 17 heures. Une information pourrait suffire à améliorer l'organisation mais elle reste parcimonieuse.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle que les services de médecine, dans les hôpitaux du nord de Paris, sont en nombre insuffisant. Alors qu'ils sont censés répondre aux attentes d'un bassin de population particulièrement important, ces établissements se trouvent confrontés à une impasse.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que la solution n'est pas uniquement médicale. A titre d'exemple, de nombreux jeunes qui avaient fêté l'issue des épreuves du baccalauréat ont été accueillis aux urgences parce qu'ils souffraient de fractures. Or il s'est avéré que des services de traumatologie manquaient de matériel de stérilisation.

Certains établissements, pour des raisons historiques, disposent d'un aval important. Tel est le cas de la Pitié-Salpêtrière. D'autres établissements, en revanche, doivent répondre aux attentes d'un bassin de population particulièrement conséquent. Les hôpitaux du Nord de Paris sont confrontés à cette situation. Or des évolutions sont indispensables. Il est nécessaire de développer des services de médecine polyvalente ainsi que des unités mobiles permettant d'offrir, avant toute autre priorité, une véritable qualité des soins.

Il est anormal que de grands centres de cancérologie privés ne disposent pas de permanences de soins et adressent leurs patients aux urgences de l'hôpital public. De façon générale, les règles du jeu sont biaisées. La médecine libérale agit comme bon lui semble. Les cliniques privées procèdent à une certaine sélection de leurs malades. Dans ce contexte, le rôle de l'agence régionale de santé est crucial. Alors qu'une politique territoriale de santé est actuellement définie, l'Assistance Publique ne saurait assumer l'ensemble des urgences de l'Île-de-France.

Des moyens sont nécessaires. Il convient de rouvrir des lits à vocation polyvalente au sein des hôpitaux.

Le président rappelle que la CME et la direction générale de l'AP-HP poursuivent leur réflexion à ce sujet. Des actions seront menées dès la rentrée. Une réunion de la plateforme des urgences sera organisée.

IV. L'Hôtel-Dieu de Paris

1. Organisation de la consultation médicale sans rendez-vous 24 heures sur 24

Le président souligne que le P^r Jean-Yves FAGON et son équipe s'investissent fortement dans la réflexion menée sur l'avenir de l'Hôtel-Dieu. La CME a déjà émis deux votes à ce sujet.

Le P^r Jean-Yves FAGON propose un point sur l'organisation de la consultation médicale 24 heures sur 24 sans rendez-vous. Celle-ci constitue la conséquence directe de la décision prise par la CME, voici quelques mois, en vue de l'accélération de la fermeture du service des urgences de l'Hôtel-Dieu.

Une telle décision suscite deux conséquences. D'une part, des opérations ont été menées sur des sites permettant de suppléer à l'activité de l'Hôtel-Dieu. D'autre part, il convient de mettre en place l'organisation de cette consultation. Le projet global porte également sur l'organisation de consultations spécialisées et très spécialisées et sur la mise en place d'un secteur de prévention et de dépistage.

Dans les prochaines semaines, une consultation sans rendez-vous de premier recours 24 heures sur 24 sera créée. Ensuite, une consultation de médecins généralistes sera progressivement mise en place. L'activité d'imagerie subsistera à l'Hôtel-Dieu. Le traitement de prélèvements biologiques sera réorganisé en lien avec l'hôpital Cochin. L'espace Santé Jeunes et le centre de diagnostic répondant aux activités de médecine spécialisée seront maintenus.

Le service sera assuré par des médecins ayant l'expérience de la médecine d'urgence. Il sera adossé à un plateau technique de radiologie et d'activité de biologie. Le SMUR H 24 assure d'ores et déjà le transfert des malades les plus graves. Les personnels feront l'objet d'une mutualisation partielle avec les unités médico-judiciaires (UMJ) et les unités de la salle Cusco. A terme, la permanence des soins sera assurée par les médecins gérant les consultations.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires et de l'activité d'imagerie constitue un enjeu essentiel. Elle relève d'une décision de l'agence régionale de santé. L'assistance publique a quant à elle fait part de son souhait d'y participer. Dans un premier temps, celle-ci viendra compléter l'organisation initiale. L'évolution mènera à une permanence des soins ambulatoires assurée par des médecins généralistes.

Les médecins généralistes seront des enseignants en médecine générale, issus des facultés de partenaires, ainsi que des praticiens ayant déjà une activité au sein d'un cabinet ou d'un centre de santé. Cette organisation nécessite que des efforts soient poursuivis. Il reste à préciser la place des enseignants en médecine générale au sein de cette structure, dont l'installation est prévue dans les locaux actuels du SAU.

Les médecins généralistes sont plutôt favorables à ce que la permanence des soins ambulatoires soit mise en place sur le site plutôt qu'au sein de leur cabinet. Les premières consultations devraient débiter durant la seconde quinzaine de septembre. La montée en charge de l'activité sera progressive. L'équipe sera partiellement partagée. L'activité du SAU diminuera progressivement.

Une évaluation des flux de patients et de l'organisation sera instaurée dès l'ouverture des premiers boxes de consultation.

Des tranches horaires seront instituées, en fonction de l'activité observée. A priori, à partir des données existantes 60 % de l'activité de 7 heures à 19 heures, 30 % de l'activité de 19 heures à 23 heures, 10 % de l'activité durant la nuit profonde. En fonction du flux des patients, un nombre progressif de boxes de consultation sera ouvert.

En fonction du flux des patients, un nombre progressif de boxes sera étendu.

La densité des effectifs de personnels non médicaux impliqués dans ce projet s'avèrera sans commune mesure avec la densité du personnel de SAU. L'objectif ne consiste pas à remplacer le personnel du SAU mais à proposer une offre de consultations différente. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) sera adapté au nombre de boxes ouverts.

Durant la seconde quinzaine du mois de septembre, deux boxes de consultations devraient être ouverts. Leur gestion sera assurée par des médecins volontaires qui travaillent actuellement au sein des SAU de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Cochin et qui se sont exprimés de manière très claire vis-à-vis du projet.

Le chef de service est favorable à une diminution des temps partiels au profit de l'instauration quasi exclusive de temps pleins dans le fonctionnement du SAU. Les médecins travaillant à temps plein pourront consacrer 25 % de ce temps au site de l'Hôtel-Dieu s'ils le souhaitent. Les médecins exerçant à temps partiel consacreront celui-ci à leur activité au sein de l'Hôtel-Dieu. L'activité du SMUR restera rattachée au SAU de l'hôpital Cochin, sous la responsabilité du chef de service des urgences de cet hôpital. Cette structure sera pilotée en collaboration étroite avec le responsable du SAU ou son représentant.

Le 8 juillet, 21 médecins travaillant actuellement au SAU Cochin Hôtel-Dieu ont manifesté leur volonté de disposer d'une activité au sein de la structure de l'Hôtel-Dieu, pour un total de 5,5 ETP. Certains d'entre eux y consacreront la totalité de leur temps. Dans plusieurs cas, celui-ci correspondra à une fourchette comprise entre 40 % et 60 % d'un temps plein. Les autres médecins y consacreront 20 % à 25 % de leur activité. Cette organisation permettra le fonctionnement de la structure.

Sur le plateau technique, des équipements de radiologie conventionnelle et un scanner seront disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le reste des équipements sera disponible en journée et 5 jours sur 7.

En ce qui concerne l'activité de radiologie, un accord avait été signé entre l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Cochin. S'agissant de l'activité de biologie, une réflexion doit être menée en vue de faciliter la transmission des examens biologiques une heure trente après l'arrivée d'un patient, en lien direct avec la plateforme de l'hôpital Cochin.

Un premier schéma relatif aux comptes de résultats prévisionnels a été établi. Selon les hypothèses de travail, les tarifs appliqués relèveront du secteur 1 conventionné de l'assurance maladie. Des débats sont menés quant à la possibilité d'obtenir des fonds supplémentaires liés au FIR. Les activités susceptibles de participer à l'amélioration de l'équilibre global ne font pas encore l'objet d'un chiffrage.

Il convient de poursuivre la réflexion relative à l'organisation du travail. Selon une évaluation optimiste, le taux de recouvrement des créances est fixé à 5 %.

2. Devenir de la salle Cusco

Le P^r Christian RICHARD, coordonnateur des risques associés aux soins, indique qu'à l'occasion du projet relatif au devenir des urgences de l'Hôtel-Dieu, la question de l'avenir de la structure d'hospitalisation des gardés à vue (HGV), dite salle Cusco s'est trouvée posée. M. Edouard-Gabriel Cusco fut, à la fin du 19^e siècle, le premier titulaire de la chaire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu. La salle portant son nom a été créée en 1943.

Au moment de la prise de décision par la direction générale de l'AP-HP du maintien sur le site de l'Hôtel-Dieu de l'unité médico-judiciaire (UMJ) et de l'HGV, deux logiques se sont affrontées : une logique médicale d'une part, suggérant que le maintien sur place de cette structure, comme seule unité d'hospitalisation à terme était difficilement compatible avec le respect d'une qualité et d'une sécurité des soins maximale et une logique judiciaire mettant en avant la qualité du service rendu au cœur de Paris à proximité de la préfecture de police et du tribunal de grande instance de Paris. C'est à ce jour la logique judiciaire qui a prévalu. .

En regard de cette décision, c'est la problématique de la qualité et de la sécurité des soins dispensés qui fait l'objet de cette présentation.

Selon l'avis général des personnes interrogées, l'organisation actuelle de l'HGV donne satisfaction dès lors qu'elle se borne, dans la très grande majorité des cas à une simple surveillance médicale. L'expression de « commissariat couché » a d'ailleurs été employée à son propos. Aujourd'hui, 9 lits sont disponibles. Leur taux d'occupation est d'environ 50 %. L'équipe de médecins comprend trois praticiens hospitaliers titulaires à plein temps, cinq praticiens hospitaliers contractuels et une trentaine d'attachés. La majorité du personnel médical travaille en temps partagé avec l'UMJ. L'encadrement est assuré par l'accueil des urgences.

Le fonctionnement actuel repose sur un trio composé d'un médecin urgentiste, un médecin psychiatre et un médecin légiste. Ce trio a vocation à évaluer la sévérité et le risque d'aggravation de la santé des gardés à vue admis au sein de l'HGV. Seuls les patients dont la stabilité est évidente peuvent y être hospitalisés. L'UMJ dispose d'une expérience particulière dans la prise en charge des transporteurs de stupéfiants *in corpore*.

Quelque 1 000 séjours ont été dénombrés en 2012. 80 % des patients médicaux ont été considérés comme stables. Le pourcentage de patients pour lesquels un transfert secondaire a été réalisé vers des structures plus aigües reste très limité. Une dizaine de malades médicaux et cinq patients chirurgicaux ont été transférés. Une seule intervention chirurgicale a été pratiquée. Elle concernait un transporteur de stupéfiants.

Le recours à l'avis d'un psychiatre est indispensable, tout particulièrement pour l'évaluation des risques suicidaires et de l'état d'agitation des patients. Des délais courts sont nécessaires pour l'obtention des résultats des examens biologiques et la pratique de la radiologie standard.

Les services judiciaires et les services de police expriment leur satisfaction vis-à-vis de cette organisation. Le fonctionnement entre l'UMJ et l'HGV est harmonieux. L'objectif consiste à éviter une hospitalisation dispersée des personnes gardées à vue dans l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance Publique.

Dix préconisations ont été exprimées.

Selon l'avis général, le maintien de cette structure d'hospitalisation ne peut être qu'une solution transitoire. La réflexion sur l'organisation future doit se poursuivre.

Il convient de faire de cette structure une unité fonctionnelle du pôle de médecine ambulatoire actuellement en voie de constitution.

L'éclatement entre l'UMJ et l'HGV doit disparaître. Un projet architectural doit favoriser leur proximité.

Il est indispensable que le trio entre le médecin légiste, l'urgentiste et le psychiatre soit maintenu. Ce trio doit disposer d'une compétence spécifique dans la prise en charge du risque suicidaire et des transporteurs de stupéfiants.

Par ailleurs, la présence d'un SMUR 24 heures sur 24 est nécessaire. Celui-ci doit disposer d'une capacité d'intervention en cas de détresse vitale. Une contractualisation doit être établie entre l'HGV, l'UMJ et le service d'accueil des urgences de l'hôpital Cochin pour le transfert des malades instables et, si besoin, leur hospitalisation en aval de l'HGV. La possibilité d'un recours à un plateau médico-technique comportant échographie et scanner et à un laboratoire de biologie standard est requise. Les délais d'utilisation de ces équipements doivent être compatibles avec la gestion de l'urgence.

Cette période de changement génère une inquiétude forte parmi les équipes, qu'il s'agisse des soignants ou des médecins. En effet, ces derniers se montrent peu enclins à la prise en charge de patients hospitalisés, souvent atteints de pathologies multiples, dont ils n'ont pas une grande habitude.

Il est essentiel qu'une charte de fonctionnement soit validée par le chef de pôle et l'équipe administrative et soignante et qu'elle implique les équipes médicales et soignantes.

Une évaluation régulière de l'activité doit être mise en place, en lien avec la direction générale. Le cas échéant, des corrections immédiates devront être apportées.

En termes de sécurité des soins, le maintien de cette structure ne paraît possible qu'à la condition formelle, qu'un cahier des charges précis soit établi. Le recours à un SMUR 24 heures sur 24 est indispensable.

Par ailleurs, il apparaît indispensable de renforcer l'information et la communication vis-à-vis des médecins et des soignants.

Au total, cette organisation ne peut s'inscrire que dans un cadre transitoire.

Le président rappelle qu'un « projet alternatif » pour l'Hôtel-Dieu a été conçu. Le bureau de la CME a pris connaissance de ce projet, disponible sur le site de la CME. Il a décidé à l'unanimité que ce texte ne fera pas l'objet d'une présentation en séance plénière de la CME.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE, président de la CME locale du groupe hospitalier des hôpitaux universitaires Paris Centre, auquel appartient l'Hôtel-Dieu, donne lecture d'une motion validée hier soir en bureau de CME Locale :

« La direction du groupe hospitalier Cochin Broca Hôtel-Dieu, réunie en bureau extraordinaire le lundi 8 juillet 2013, est en désaccord sur les conditions de transfert et d'organisation des activités du site de l'Hôtel-Dieu au sein du groupe hospitalier. Elle rappelle que l'ensemble des activités médicales de l'Hôtel-Dieu dépend encore du groupe hospitalier. Elle insiste sur le fait que les incertitudes du projet de l'Hôtel-Dieu ont des répercussions négatives sur l'activité du site et l'équilibre financier du groupe hospitalier.

Elle soutient la fermeture du SAU de l'Hôtel-Dieu en date du 4 novembre 2013 et demande que des propositions concrètes, concernant la consultation sans rendez-vous et son environnement économique, soient rapidement arrêtées, en accord avec le groupe hospitalier.

Elle regrette la confusion existante entre la mission de préfiguration du futur Hôtel-Dieu et le processus d'attribution des moyens médicaux ou non médicaux. Elle souhaite que le transfert des activités de l'Hôtel-Dieu vers l'hôpital Cochin s'effectue selon des moyens médicaux et médicotechniques adaptés, qui avaient été antérieurement validés par le directeur du groupe hospitalier, concernant l'imagerie, la biologie, la psychiatrie et les consultations spécialisées.

Cette motion a été votée à l'unanimité des membres présents moins une abstention. »

Le président constate que les réserves émises par le groupe hospitalier concernent essentiellement la gouvernance du projet, l'absence d'information sur la consultation 24 heures sur 24 et la confusion régnant dans l'organisation du plateau technique, c'est-à-dire l'imagerie et la biologie.

Le budget d'exploitation correspond à 500 k€ par an. Cinq ETP médicaux sont insuffisants pour assurer le fonctionnement de la consultation 24 heures sur 24.

Le P^r Jean-Yves FAGON rappelle que cette motion reflète la position des médecins exerçant au sein du SAU de Cochin Hôtel-Dieu ayant exprimé la volonté de participer au projet. L'ensemble des ressources nécessaires au fonctionnement de cette maison médicale, dans le cadre d'une activité cible fixée à 30 000 passages est évalué à 11 ETP. Il est donc nécessaire de compléter l'équipe qui permettra l'ouverture, durant la première quinzaine du mois de septembre, d'un premier box de consultations. Dès le 4 novembre, la fermeture du SAU devra être relayée. Une permanence des soins en nocturne et dans la nuit profonde devra être mise en œuvre.

Le D^r Christophe TRIVALLE constate que le statut des médecins généralistes n'est pas clair. Il reste à préciser si ces praticiens seront salariés ou réglés à l'acte. En outre, le ratio de personnel prévu paraît peu réaliste. Des questions se posent également sur la rentabilisation du scanner. Enfin, le devenir final de la salle Cusco n'est pas précisément fixé.

Le P^r Jean-Yves FAGON indique que des contacts ont été noués avec les responsables d'enseignement de médecine générale des facultés Paris V, Paris VI et Paris VII. D'autres contacts ont été pris avec des enseignants de médecine générale. Les négociations s'avèrent difficiles. Des candidatures sont émises par des médecins généralistes qui ne sont pas responsables d'enseignement. Or ceux-ci expriment des positions fondamentalement différentes. Certains d'entre eux ont exercé des fonctions de chefs de clinique et souhaitent intégrer l'Hôtel-Dieu dans la perspective d'y développer leur vie professionnelle. D'autres praticiens, ayant un cabinet en ville, proposent de consacrer quelques demi-journées de travail à l'Hôtel-Dieu.

Des progrès restent à réaliser pour que la médecine générale soit intégrée à ce projet sans compromettre le cœur de métier de ces praticiens. Si l'accord des enseignants de médecine générale des facultés est obtenu, une demi-douzaine de médecins généralistes pourrait participer au projet.

Le P^r Christian RICHARD remarque que, durant la période transitoire, la présence de médecins assurant la consultation H24 sur le site de l'Hôtel-Dieu favorisera la sécurité de l'hospitalisation des personnes gardées à vue.

En matière de sécurité des soins, des préconisations ont été exprimées. Dans le cas où l'évaluation montrerait que celles-ci ne sont pas respectées, cette structure d'hospitalisation

devrait être remise en cause. Une réflexion est en cours sur le devenir de l'ensemble composé par l'UMJ et l'HGV prenant en compte les souhaits de l'Assistance Publique, de la préfecture de police, du tribunal de grande instance et des instances politiques.

Le P^r Jean-Yves FAGON rappelle que des équipes infirmières et paramédicales seront présentes parmi les postes spécialisés. Des personnels non médicaux feront partie du centre de prélèvement.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que, depuis la signature de la motion, l'implication des médecins généralistes dans le projet reste à préciser. En outre, un problème social risque de se poser puisque le passage de 30 000 patients est prévu chaque année alors que le nombre d'ETP à temps plein est limité à 11 personnes pour des consultations dites simples.

Des solutions doivent être identifiées en aval alors que la saturation des autres services d'urgences, dans les hôpitaux Saint-Louis, Saint-Antoine et Lariboisière, la Pitié-Salpêtrière et Cochin, est réelle. Enfin, les sapeurs-pompiers réclament des indemnités de transport liés aux déplacements supplémentaires qu'ils effectueront à partir du centre de Paris.

Au total, il serait préférable de maintenir un SAU à l'Hôtel-Dieu. La médecine générale ne souhaite pas s'impliquer dans la médecine et la permanence des soins. C'est dans ce contexte que des personnels issus des urgences de l'hôpital Cochin et de l'Hôtel-Dieu sont requis pour assurer le fonctionnement de la consultation. Enfin, le SMUR de l'Hôtel-Dieu sera conservé mais il n'est pas destiné à la permanence des soins. Le maintien des urgences permettrait des économies considérables. Il est donc nécessaire de sursoir au projet.

Le D^r Anne GERVAIS déplore que les médecins généralistes n'aient pas été associés à l'élaboration du projet.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que, parmi les 21 médecins généralistes, 17 d'entre eux travaillent actuellement sur le site de l'Hôtel-Dieu. Les autres médecins exercent leurs activités sur le site de l'hôpital Cochin. Dans le contexte de la fermeture du SAU, la mise en place d'une structure de relais aurait été nécessaire. Or la participation de médecins généralistes à la garde 24 heures sur 24 n'est aucunement prévue. En revanche, ceux-ci seront intégrés postérieurement au programme, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

Le P^r Gérard CHÉRON souhaite des précisions sur l'activité du personnel de nuit.

S'agissant des effectifs, il n'est pas certain que le mouvement de restructuration ne soit pas assorti de la création de postes de praticiens hospitaliers (PH).

Le P^r Jean-Yves FAGON rappelle qu'à partir de la fermeture du SAU, une permanence de soins hospitalière sera ouverte afin d'assurer un relais. Postérieurement à la décision émise par l'ARS, la permanence des soins ambulatoires viendra se greffer à ce processus. En fonction de la situation nocturne, des ressources seront adaptées à la permanence de soins pour répondre à la demande. Durant la première phase, l'implication de médecins généralistes n'est pas prévue dans la permanence de soins 24 heures sur 24.

S'agissant des effectifs, la problématique de l'imagerie n'a pas été prise en compte dans le modèle envisagé voici six mois. En effet, la fermeture du SAU n'était pas encore programmée à cette époque. L'offre de biologie et d'imagerie 24 heures sur 24 est en cours d'organisation. La création d'un poste et demi de praticien hospitalier en imagerie sera sollicitée.

Le P^r Bernard GRANGER considère que l'ambiguïté du projet n'est pas totalement levée. Le choix entre un service d'urgence ou l'instauration d'une consultation de médecine générale n'est pas complètement clair. Quoiqu'il en soit, l'implication initiale des urgentistes puis celle des médecins généralistes dans le projet sont indispensables.

L'unité de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu comporte 17 lits et 7,7 ETP. Cette unité travaille en collaboration avec l'unité médico-judiciaire. Elle délivre chaque jour de nombreux certificats de comportement et expertise les victimes. Le projet prévoit que 13 lits feront l'objet d'un transfert à la Pitié-Salpêtrière et 4 lits à l'hôpital Cochin. Le premier établissement comporte déjà 60 lits de psychiatrie. Le second établissement 12 lits. Le principe d'une certaine proportionnalité a donc été respecté.

Une méthodologie semblable doit s'appliquer aux effectifs médicaux. La charge de travail en psychiatrie, à l'hôpital Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital Cochin, est appelée à augmenter dans le contexte du transfert de lits. En ce qui concerne la présence psychiatrique à l'Hôtel-Dieu, les effectifs actuels sont suffisants mais ils ne le seront plus à l'avenir.

En outre, les UMJ assurent des activités d'expertises plutôt que des activités de soins. A l'avenir, le financement de ces activités devrait être assuré par la Police et la Justice, comme c'est le cas dans les autres villes de France.

Le D^r Nicolas DANTCHEV confirme que le problème d'effectifs n'est toujours pas réglé, malgré les efforts réalisés par les acteurs impliqués dans les transferts. L'éclatement des 17 lits et la nécessité de maintenir sur le site une présence de psychiatrie pour l'activité médico-judiciaire nécessiteront des effectifs de psychiatres supplémentaires.

Le P^r Guy LEVERGER estime que le fonctionnement d'une consultation 24 heures sur 24 suscite une certaine confusion par rapport aux objectifs initiaux présentés pour l'Hôtel-Dieu. En effet, cette consultation de médecine jour et nuit ne sera pas un service d'urgences. Il est donc difficile de comprendre pourquoi cette structure restera ouverte la nuit.

Le P^r Jean-Yves FAGON insiste sur le fait que le schéma initial ne prévoyait pas cette consultation 24 heures sur 24. C'est la décision relative à la fermeture du SAU qui a suscité ce projet. La structure créée servira de relais, conformément aux demandes qui ont été exprimées. Elle sera opérationnelle durant la seconde quinzaine du mois de septembre.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que les doyens ont apporté leur soutien au projet de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci ouvre à un certain nombre d'étudiants des possibilités d'apprentissage en médecine générale. Il offre également des opportunités pour la formation et le développement de la recherche clinique.

Les relations avec le monde de la médecine générale sont complexes. Les départements de médecine générale des universités ont manifesté leur intérêt pour le projet. Toutefois, ces entités ne représentent pas à elles seules la médecine générale. Il convient d'opérer une distinction entre les généralistes appelés à assurer le fonctionnement futur de la structure et les médecins associés au projet de formation et de recherche.

Le pragmatisme du projet paraît de bon aloi. Des solutions pourront être trouvées.

M. Olivier YOUINOU fait part de l'avis du comité technique d'établissement, dont il est le représentant. Il est souhaitable que l'Assistance Publique se montre ambitieuse et permette à la fois le maintien d'un SAU à l'Hôtel-Dieu et la réalisation d'autres projets. Ainsi, l'ouverture d'une maison d'accueil 24 heures sur 24 présente un intérêt important vis-à-vis d'une

population qui n'a plus accès à la médecine générale. Malgré les contraintes économiques actuelles, il est tout à fait possible d'envisager la création d'une telle structure.

Au total, le projet proposé reste flou. La capacité des services à absorber l'activité du SAU de l'Hôtel-Dieu n'est pas évidente. Le CTEC a émis le vœu suivant :

« Les élus représentants du personnel du CTEC, lors de la séance du 8 juillet 2013, au regard de l'absence de réponse satisfaisante de la direction générale, réitèrent l'exigence d'une expertise indépendante concernant le projet de restructuration de l'hôpital Hôtel-Dieu et les transferts des urgences de ceux-ci.

Compte-tenu de l'importance de cette restructuration, de son impact sur la prise en charge de la population, la seule position de la CME ne saurait répondre à cette demande. L'exigence des membres élus du personnel s'appuie aujourd'hui sur les instructions ministérielles du 27 juin 2013 relatives aux plans d'action régionaux sur les urgences.

Dans l'attente de cette expertise, il est évident que le CPEC suspend son avis et maintient la nécessité d'un moratoire. »

Ce vœu a fait l'objet d'un vote à l'unanimité des représentants du personnel, qui représentent eux-mêmes plus de 50 000 salariés de l'Institution.

M. Olivier YOUINOU souligne que des pouvoirs sont conférés à la communauté médicale au travers de la commission médico-administrative en matière de gestion de gouvernance de l'hôpital. Tel n'est pas le cas pour les personnels paramédicaux et les personnels techniques et ouvriers, qui représentent 50 000 personnes.

Un avis défavorable sera donc exprimé sur le transfert du SAU de l'Hôtel-Dieu vers quatre sites. Au plan local, les travaux nécessaires ne sont pas programmés, à moins d'être prévus de manière trop floue.

Le P^r Philippe ARNAUD souhaite des précisions sur l'organisation liée aux dispositifs médicaux et à la prescription médicamenteuse à l'Hôtel-Dieu.

Le P^r Jean-Yves FAGON indique que, dans un premier temps, cette organisation restera implantée sur le site de Cochin. Elle y restera maintenue tant que le pôle appartiendra au groupe hospitalier. Par ailleurs, un travail d'éducation thérapeutique sera mené. Dès l'ouverture de la consultation, une analyse systématique des prescriptions sera effectuée en lien avec l'équipe de pharmaciens associée au projet.

Le P^r Paul LEGMANN constate que le projet comporte des imprécisions alors que des moyens concrets y sont investis. Des éclaircissements sur le financement de ces moyens sont nécessaires. En outre, il convient de rappeler que 250 lits de l'Hôtel-Dieu feront l'objet d'un transfert sur le site de l'hôpital Cochin, ce qui nécessite l'adéquation du matériel technique et des effectifs médicaux et paramédicaux. Des accords ont été conclus sur ce point. Leur respect est indispensable. La sécurité des patients actuellement hospitalisés à l'Hôtel-Dieu, et qui feront l'objet d'un transfert vers l'hôpital Cochin, doit être préservée.

Le P^r Jean-Yves FAGON rappelle que plus de 800 personnes ont fait ou feront l'objet d'un transfert à Cochin. Le débat rapporté ici concerne 1,5 ETP.

Le D^r Nathalie DE CASTRO estime que la motion, telle qu'est actuellement rédigée, ne reflète pas la teneur des débats menés au sein de la CME. Il est à craindre qu'un tel texte ne soit utilisé

qu'en termes de communication. En outre, la décision de la fermeture du SAU de l'Hôtel-Dieu n'a pas été décidée par un vote de la CME.

Le P^r Thierry BÉGUÉ estime que le développement original de la médecine générale au sein de l'Institution constitue l'intérêt majeur du projet. Deux secteurs nécessitent une évaluation, l'activité de la consultation de médecine générale entre minuit et huit heures du matin ainsi que l'activité des secteurs techniques de biologie et d'imagerie, pour déterminer la pertinence des budgets ainsi consommés.

Le P^r Catherine BOILEAU insiste sur la rupture de paradigme que représente le maintien de l'activité de biologie sur le site de l'Hôtel-Dieu. Depuis dix ans, l'Institution met l'accent sur l'efficacité de la biologie. Or même une biologie délocalisée implique un coût qui devra être intégré au projet.

Le P^r Jean-Yves FAGON exprime le souhait que les actes biologiques prescrits aux patients accueillis dans le cadre ambulatoire soient réalisés dans un délai adéquat lorsque c'est nécessaire, mais en étant très attentif aux coûts engendrés par les différentes solutions proposées. Une organisation devra être trouvée afin que cette mission puisse être remplie.

Le président constate qu'à plusieurs reprises, durant cette séance, la motion du 13 novembre 2012 a été mise en cause. Il convient d'en rappeler le contenu essentiel :

« Considérant que presque tous les services d'hospitalisation de l'Hôtel-Dieu, incluant la chirurgie générale, la réanimation et la médecine interne, auront été transférés à la fin de l'année 2013 et que l'hôpital ne pourra plus assurer la sécurité continue de tous les soins sur place, la CME de l'AP-HP exprime les préconisations suivantes.

Que la fermeture progressive du service d'accueil des urgences de l'Hôtel-Dieu soit décidée sans délai, qu'elle soit graduellement mise en œuvre durant l'année 2013, avec la prise de relais par une consultation sans rendez-vous qu'assurera une maison pluridisciplinaire vouée aux soins primaires de proximité, dont les horaires d'ouverture seront adaptés à la demande, une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) étant maintenue sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, aussi longtemps que nécessaire, afin de répondre aux besoins urgents du voisinage. »

De toute évidence, le projet de consultation médicale sans rendez-vous 24 heures sur 24 suscite encore des questionnements

La critique a porté essentiellement sur deux points : 1. l'effectif médical est notoirement insuffisant. 5,5 ETP sont proposés alors que 11 ETP sont considérés comme nécessaires ; 3. la participation de médecins généralistes au projet, et qui en ferait toute la richesse, reste aléatoire. Un point d'information sur l'Hôtel-Dieu sera fait à nouveau lors de la CME du 10 septembre prochain afin de voir si les points en discussion auront avancé.

V. Missions, implantations et capacités des soins de longue durée à l'AP-HP

Le président indique que la direction générale a confié une mission à M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER afin de prolonger les échanges ayant porté sur les soins de longue durée (SLD). Ce travail a été mené en lien avec les gériatres de la CME et le syndicat des gériatres des hôpitaux de Paris. L'objectif consistait à élaborer de nouvelles propositions relatives aux soins de longue durée.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER rappelle que les soins de longue durée constituent une activité sanitaire, par opposition aux EHPAD qui se définissent comme des structures médicosociales. La nature des patients et les soins dispensés n'y sont pas identiques.

Depuis 2010, l'Assistance Publique dispose de dix-huit sites de SLD. Seize d'entre eux sont dédiés à la gériatrie. Deux sites sont spécialisés dans la neurologie et s'adressent à des patients âgés de moins de soixante ans. Tel est le cas à l'hôpital Albert-Chenevier et à la Pitié-Salpêtrière. Depuis 2010, cinq sites accueillent également des places d'EHPAD. Toutefois, ceux-ci ne sont pas gérés comme des EHPAD. Ils relèvent de la responsabilité de médecins hospitaliers qui assurent le suivi des patients. A l'inverse, la responsabilité médicale au sein des EHPAD revient au médecin traitant et au médecin coordinateur.

Le financement de cette activité est à la journée, avec trois sources de financement qui coexistent : l'assurance maladie pour la partie soin et la dépendance et l'hébergement qui sont financés par les conseils généraux.

Pour l'Assistance Publique, cette activité représente un budget de 230 millions d'euros, soit plus de 3 000 lits, et 3 600 ETP. Le ratio correspond à 0,8 % de soignants par lit. 43 % des chambres comportent encore deux lits alors que la norme instaurée en 1999 se limite à un taux de 5 %. Par ailleurs, un certain nombre de sites sont d'une grande vétusté.

Le groupe de travail a pu constater que la prise en charge des patients, dans le cadre des SLD, est justifiée par rapport à la mission de ces structures. La demande ne décroîtra pas, compte tenu des tendances démographiques. A ce titre, le maintien des capacités régionales est nécessaire. Cette activité sanitaire est directement utile à l'AP-HP car elle constitue « l'aval de l'aval » pour le court séjour gériatrique et les soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques.

Les sites disposant de SLD se caractérisent par leur variété, qu'il s'agisse de leur taille, des types de territoires dont ils relèvent et de l'état du bâti. En ce qui concerne leur implantation territoriale, 40 % des lits de l'AP-HP se trouvent à Paris et 28 % des lits sont situés dans le Val-de-Marne.

Actuellement, près de 200 lits ayant fait l'objet d'une autorisation et d'un financement par l'Agence Régionale de Santé ne sont pas ouverts. Dans le Val-de-Marne et à Paris, les lits de SLD sont nombreux. Ils représentent la quasi-totalité de l'offre dans le département. Les actions envisagées pourraient donc avoir un impact considérable.

Les recommandations proposées par le groupe de travail sont les suivantes.

Il convient de concentrer les efforts sur les personnes très âgées présentant des poly-pathologies et un risque élevé de décompensation.

En outre, il est nécessaire de maintenir les capacités d'accueil actuelles en distinguant la priorité représentée par le Grand Paris, d'une part, et l'accueil en périphérie, d'autre part.

Au fur et à mesure des rénovations engagées, les normes devront être respectées, partout.

Le raisonnement ne saurait se limiter à chaque groupe hospitalier, séparément. En effet, certaines implantations au sein d'un même département relèvent de plusieurs groupes hospitaliers. Par conséquent, la vision doit correspondre aux territoires de santé, et non seulement aux GH. Les Conseils généraux fournissent d'ailleurs la moitié du financement.

Il est aussi indispensable de renforcer les flux gériatriques entre les groupes hospitaliers parisiens afin d'éviter une dispersion des moyens. Les filières de prise en charge des patients doivent être plus souples, à l'intérieur de Paris.

Il convient de mettre fin à l'activité d'EHPAD, celle-ci ne correspondant pas au cœur de métier de l'Assistance Publique. Cette activité doit être prise en charge par des opérateurs spécialisés.

La réouverture des lits fermés serait un objectif irréaliste. Il est préférable de concentrer les investissements sur un petit nombre d'opérations qui apportent des réponses. La fermeture de sites isolés constitue une autre proposition.

Certains hôpitaux sont susceptibles d'accueillir des structures de SLD destinés aux patients jeunes, principalement en neurologie. Il est donc proposé d'apporter un soutien à ces projets. Ce rôle doit revenir aux spécialités concernées et non aux gériatres.

Le plan est proposé sur une durée de quinze ans. A l'issue du plan, l'objectif consiste à limiter les chambres à deux lits à un taux de 6 %.

La solution consiste à concentrer les trois quart des investissements sur quatre opérations majeures, soit deux opérations à Paris et deux opérations dans le Val-de-Marne. En ce qui concerne le Nord de la région, c'est-à-dire les départements de Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise, la réflexion doit être poursuivie. La plupart des autres opérations seront réalisées sur le fondement de micro-adaptations au coût limité. Le total des investissements représenterait 200 millions d'euros.

Pour les hôpitaux des départements de grande couronne (60, 91, 95) l'option consiste à intensifier les coopérations externes dans la mesure où les sites gériatriques de l'AP-HP dans ces secteurs travaillent majoritairement avec des établissements de court séjour ne relevant pas de l'AP-HP.

S'agissant du financement, l'AP-HP perçoit un budget d'hébergement octroyé par les départements, dont une partie à vocation à participer au financement des investissements du SLD.

Lors du Conseil de Tutelle, le 8 juillet, l'ARS d'Ile-de-France a proposé d'attribuer aux soins de longue durée des crédits à hauteur de 10 millions d'euros par an durant la période 2013 à 2016. Au-delà, l'ARS s'engage à poursuivre son financement, selon des modalités qui restent à négocier. Un avenant au CPOM de l'AP-HP sera élaboré à cette fin, durant l'été pour une signature en septembre.

Le D^r Marie-France MAUGOURD, présidente du syndicat des gériatres des hôpitaux de Paris, indique qu'un travail conjoint a été mené par les syndicats, les représentants de la CME et M. HAGENMÜLLER. Ses propositions ont fait l'objet d'un accord et le projet semble intéressant. Cependant, la réduction de l'enveloppe budgétaire consacrée aux longs séjours pose problème. En outre, il est souhaitable que la convergence soit annulée.

Au-delà de cette première étape, le groupe souhaite poursuivre son travail sur le thème des soins et de l'architecture. Ces sujets ont toute leur importance puisqu'ils concernent des malades lourdement polyhandicapés, qui présentent des pathologies chroniques et un risque de décompensation notoire.

Le président rappelle que la CME a voté en 2012 une motion sollicitant l'arrêt de la convergence. Elle n'a pas été suivie sur ce point.

Le D^r Marie-France MAUGOURD précise que l'ARS n'a toujours pas fourni sa réponse. Un certain flou subsiste.

Le D^r Georges SEBBANE indique qu'en matière de convergence, certains éléments de réponse ont été fournis par la Direction générale de l'ARS. L'application de la convergence par l'ARSIF n'est pas comparable à la situation observée pour d'autres ARS. A ce jour, celle-ci n'a pas rendu d'avis totalement négatif. Une évolution, au regard de la prise en compte de l'arrêt de la convergence, n'est pas impossible.

Le ministère des personnes âgées déplore le fait que la convergence se poursuive. Toutefois, ce ministère a été dessaisi de cette problématique au profit du ministère de la Santé.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER explique que la proposition de l'ARS consiste à ne pas réaliser de convergence fondée sur les résultats de la coupe '*pathos*' sur le budget SLD de l'Assistance Publique en 2013. En revanche, depuis plusieurs années, le financement est fourni pour 3 200 lits alors que 3 000 lits seulement sont ouverts. La notification reçue en 2013 est fondée sur un retour des crédits au niveau réellement ouvert, annoncée depuis plusieurs années. Actuellement, l'ARS applique les instructions nationales qu'elle a reçues. Elle ne reprend pas le budget alloué au titre de la convergence. En effet, les crédits sont maintenus dans son enveloppe nationale.

En 2012, 200 lits étaient financés à hauteur de 36 000 euros par lit et par an alors qu'ils ne sont pas ouverts. Ces crédits font l'objet d'une reprise, dont 50% en 2013. Par la suite, il conviendra d'attendre les conclusions du ministère de la Santé quant à l'évolution du mode de financement. Celles-ci devraient être connues d'ici la fin de l'année.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que cette problématique constitue une priorité, au même titre que les urgences. Les établissements pratiquant des soins de longue durée n'adressent pas leurs patients aux urgences, contrairement aux EHPAD. Des structures de SLD conformes aux normes, sont indispensables. Le travail réalisé représente un engagement fort de la part de l'AP-HP.

Le président rappelle que les investissements prévus représentent 200 M€ sur une durée de quinze ans. L'ARS s'est engagée, pour sa part, à fournir un minimum de 10 M€ durant les quatre années à venir

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que le lien avec l'hospitalisation à domicile et les soins de longue durée a toujours été cultivé. Il convient de saluer le travail considérable qui a été effectué. Celui-ci montre que l'Institution sait évoluer. L'accent doit être mis sur le maintien à domicile. En outre, le lien avec la régulation du SAMU constitue un enjeu capital dans les situations les plus difficiles.

Le D^r Georges SEBBANE observe que le travail mené a le mérite de poser les véritables problèmes. Toutefois, des incertitudes subsistent quant à la problématique du financement.

Dans la région Nord, la prise en charge des patients âgés constitue un enjeu de premier ordre, qui dépasse le seul niveau des groupes hospitaliers. Or aucun engagement n'est pris et aucun financement n'est prévu. La prudence reste donc de mise. Depuis une dizaine d'années, des promesses ont été exprimées mais elles ne se sont pas concrétisées.

Le D^r Alain FAYE insiste sur le fait que le projet correspond à un investissement de 200 millions d'euros. Le travail effectué a permis de mettre l'accent sur la prise en charge des personnes âgées

sur le versant sanitaire. La réflexion sur la capacité finale de l'Assistance Publique en matière de SLD doit se poursuivre.

M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER rappelle qu'en vertu du plan proposé, 2 400 lits resteraient gérés par les hôpitaux de l'AP-HP. L'essentiel de la décrue serait lié à l'engagement des hôpitaux périphériques dans des liens de coopération à avec d'autres hôpitaux publics. Actuellement, ces lits sont très largement occupés par des patients qui ne proviennent pas d'hôpitaux de court séjour de l'Assistance Publique.

Par ailleurs, les financements évoqués ne doivent pas faire l'objet d'arbitrages par rapport à d'autres activités sanitaires de l'AP-HP. En effet, les crédits d'investissement proposés (40M€) sont ponctionnés par l'ARS sur une enveloppe dont l'affectation est exclusivement destinée aux soins de longue durée. A défaut d'un tel usage, il n'est pas possible de les obtenir pour d'autres investissements sanitaires, leur utilisation pouvant plutôt servir au renforcement des EPHAD externes. L'intérêt de l'AP-HP est bel et bien de saisir cette opportunité de financement.

Enfin, le financement propre de l'AP-HP venant du budget d'hébergement, constitue une dotation séparée dont l'objet se limite aux seuls soins de longue durée.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, salue la qualité du travail qui a été mené. Les discussions menées avec l'ARS s'avèrent exemplaires. Pour la première fois, des engagements réciproques ont été pris. Ils concernent un segment très important des activités de l'Assistance Publique et s'inscrivent dans un contrat pluriannuel et de moyens. Une visibilité est fournie jusqu'en 2016. Il est d'ailleurs essentiel que l'AP-HP, acteur majeur en matière de SLD, puisse s'exprimer sur cette problématique alors qu'elle constituait jusqu'à présent un point faible dans le plan stratégique.

Certes, la vigilance est nécessaire. Toutefois, le passé récent a montré que l'ARS tient ses promesses. Des investissements ont été affectés à l'hôpital Dupuytren et à l'hôpital Sainte-Périne.

Il est bien sûr souhaitable que les travaux complémentaires puissent porter leurs fruits.

VI. Point sur la démarche de sécurisation du médicament à l'AP-HP

Le P^r Béatrice CRICKX expose le point annuel.2012/2013 sur le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

En matière de sécurité du médicament, l'évaluation est indispensable. Elle se décline par l'arrêté du 6 avril 2011 diffusé par la DGOS, le suivi des résultats de certification V2010 de l'AP-HP. (Critères 20.a, 20.a bis et 20b), le bilan des rapports des pharmacies à usage interne (PUI). Enfin s'agissant du rapport d'étape du CBUS, 60 % des critères ont trait au système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Un bilan a été présenté aux directeurs des groupes hospitaliers le 19 décembre 2012. En outre, des points d'étape réguliers sont proposés lors des rencontres trimestrielles des responsables du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ).

Le programme Qualité et Sécurité est structuré selon six grands axes. Entre avril 2012 et la fin de l'été 2012, l'objectif a consisté à organiser l'action des RSMQ nommés, ainsi que leur groupe Médicament. L'objectif, pour la fin de l'année, concernait la gestion des risques. Au début de l'année 2013, l'accent a été mis sur la formation, la communication et le système documentaire.

97 % des actions ont été réalisées ou sont en cours. Les principales faiblesses concernent les actions de communication. La démarche est valorisée dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Depuis le début de l'année 2013, le projet est intégré au programme QSS CAPCU de la CME.

La tutelle instaure une cotation, par un système de points, pour chacun des axes du programme. Concernant le CBUS, les engagements de la direction et les dispositions organisationnelles sont requises. Une étude des risques *a priori* est sollicitée, ainsi que la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration de la PECM.

Un effort particulier doit porter sur la déclaration interne des erreurs médicamenteuses et des dysfonctionnements liés à la PECM. Des indicateurs ont été proposés. Ceux-ci sont calqués sur la demande des différentes tutelles.

En 2013, la structuration du système de management de la qualité (axe 1) consistera à poursuivre les actions initiées en 2012 et à clarifier le rôle de chaque acteur dans l'interface entre la pharmacie et l'unité de soins. Un groupe de travail poursuit sa réflexion sur ce point. M. Patrick de COURCEL, représentant des usagers à l'hôpital Bichat, en fait partie.

La gestion des risques (axe 2) constitue un enjeu majeur. En 2011, une analyse *a priori* a été réalisée sous la forme d'une cartographie des risques potentiels dans les 42 PUI et l'ensemble des unités de soins. Les questionnaires ont été remplis. La seconde version du logiciel Archimed permet à chaque site, chaque pôle et chaque service d'obtenir sa cartographie exacte comprenant une échelle de criticité.

En 2013, les objectifs consistent à analyser l'ensemble des fichiers Archimed. Des dénominateurs communs transversaux pourraient être identifiés et constituer des axes de travail pour les pharmacies et les unités de soins. L'Agence Régionale de Santé a procédé à cette analyse pour 1 400 unités de soins. Les efforts doivent porter sur la gestion du traitement personnel du malade, le non partage des tâches et le renforcement des liens entre la pharmacie et les unités de soins.

L'accent est mis sur le signalement des erreurs médicamenteuses et leur analyse systémique. Cet objectif correspond à un véritable changement de culture, plutôt centrée actuellement sur le responsable de l'erreur. Or les processus sont en cause puisque, dans la chaîne du médicament, plusieurs filtres peuvent avoir été affectés par un dysfonctionnement. Une réunion pluri-professionnelle doit renforcer l'apprentissage collectif et permettre la révision de l'ensemble du dispositif.

Si une erreur n'est pas reconnue, aucun apprentissage n'est possible. Selon les estimations actuelles, pour un apprentissage collectif mis en œuvre, dix apprentissages individuels ne sont jamais reconnus. Des fonds MIG ont été fournis par la DGOS afin de financer la formation de quatre personnes sur chaque site hospitalier.

La communication constitue l'axe 4. Il convient de promouvoir et valoriser les partages d'expérience. Les présidents de CMEL sont incités à réaliser une présentation annuelle sur la gestion du médicament au sein des groupes hospitaliers.

En ce qui concerne le système documentaire, c'est-à-dire l'axe 5, le partage de documents et d'outils commun est indispensable. Les établissements, et plus particulièrement les hôpitaux gériatriques, se sont vus reprocher l'absence de données sur le broyage des médicaments dispensés aux personnes âgées. La base de données sur les médicaments et le broyage, mise au point par le CLAN et revue par la COMEDIMS, sera réactivée prochainement. La COMEDIMS

s'est saisie de la problématique des accidents liés au permanganate de potassium. Une affiche relative à l'administration du KCL par injection intraveineuse sera diffusée.

Un important travail a été fourni pour mettre au point un manuel Assurance Qualité dont la trame a été fournie à l'ensemble des sites.

L'informatisation est souvent considérée comme une priorité. Certes, des efforts sont effectués. Dans l'attente de l'outil Orbis, il convient d'accorder une priorité au déploiement du plan informatique dans les hôpitaux. En ce qui concerne le dossier pharmaceutique dont l'objectif consiste à connaître les prescriptions fournies à un patient, durant les quatre mois précédant son admission dans un service hospitalier. Des appels d'offres ont été lancés. Des conventions sont passées.

Enfin, il est indispensable que les présidents de CMEL et les directions se prêtent à un bilan des erreurs médicamenteuses et veillent à l'interface entre la pharmacie et les cliniciens. Il convient de porter toute l'attention nécessaire à la formation des préparateurs en pharmacie et à leur mode de recrutement. Quant aux chefs de pôle, ils doivent s'assurer qu'un référent Médicaments est bien présent dans chaque service.

Le P^r Pierre CARLI souligne toute l'importance de ces propos dans le cadre de la certification. Pour les présidents de CME locales, celle-ci constitue un sujet majeur. L'organisation du circuit du médicament est difficile. Les services de pharmacie ont du mal à disposer d'effectifs en nombre suffisant.

Le D^r Nathalie DE CASTRO rappelle que les RMM représentent un outil essentiel. Dans les services à risques, l'organisation du circuit du médicament est plus facile. La proximité entre les médecins et les infirmières permet une identification au jour le jour des incidents.

Au sein de son propre service, le D^r Nathalie DE CASTRO ne peut pas organiser de RMM depuis trois ans. En effet, elle ne peut plus s'appuyer sur l'aide des cadres de santé, alors que ceux-ci contribuaient à motiver les infirmières. Le développement des RMM doit se fonder sur un renforcement des liens de travail avec les cadres.

Le P^r Béatrice CRICKX constate que les RMM peuvent être vécues comme une sanction. Les Directions Qualité ont un rôle à jouer dans cette évolution comme intervenant extérieur non hiérarchique.

M^{me} Roselyne VASSEUR rappelle que l'infirmière chargée de l'administration du médicament, au terme d'une chaîne longue et compliquée, constitue le maillon ultime qui peut permettre d'éviter une erreur, à moins qu'elle ne commette elle-même une erreur.

En lien avec le P^r Béatrice CRICKX, les directions de soins des groupes hospitaliers et les présidents de CMEL, une importante politique de formation initiale et continue est développée. Celle-ci est considérée comme prioritaire pour l'ensemble des professionnels infirmiers. Des audits de la phase d'administration, introduits dans le suivi des conférences stratégiques et budgétaires, constituent un indicateur de sécurité.

Cette action collective doit se poursuivre. Dans le cadre du DPC, une réflexion pourra être menée sur la transformation du programme actuel de formation.

Le D^r Guy BENOIT souhaite remercier l'équipe travaillant aux côtés du P^r Béatrice CRICKX. La communication constitue un enjeu essentiel pour développer la prise de conscience. A titre de comparaison, les accidents de la route engendrent 2 000 décès par an et constituent une priorité

nationale. Les accidents thérapeutiques ou les incidents liés à la prise de médicaments sont quotidiens. Or une sous-déclaration des incidents est observée dans les établissements, ce qui est regrettable.

Le P^r Béatrice CRICKX insiste sur l'importance de la sensibilisation sur le terrain.

Le D^r Philippe ARNAUD évoque le statut des préparateurs qui ne sont pas titulaires. Leurs effectifs, au sein de l'Assistance Publique, sont loin d'être négligeables.

Le P^r Béatrice CRICKX rappelle que le CBUS définit un objectif chiffré pour la validation pharmaceutique des prescriptions. Actuellement, le taux atteint correspond à 50 %. Aucune progression n'est constatée. En revanche, l'interaction entre les médecins et les pharmaciens ou les préparateurs en pharmacie est génératrice de progrès. Elle contribue à la pharmacovigilance. Il serait regrettable que les dimensions budgétaires viennent obérer la sécurité des prescriptions.

Le D^r Georges SEBBANE demande si un plan relatif aux armoires sécurisées a été élaboré.

Le P^r Béatrice CRICKX répond qu'un programme 2012-2016 a été conçu. Il fait l'objet d'un financement de 500000'euros. Une armoire sécurisée coûte 50 000 euros en moyenne. Actuellement, il est procédé au recensement des besoins, notamment dans les services à hauts risques comme la réanimation et la gériatrie où les services sont dépourvus de pharmaciens en fin de semaine.

Théoriquement, une armoire sécurisée est automatisée et reliée à l'outil informatique, notamment dans la phase de prescription. Or sur le terrain les sites offrant cette possibilité de liaison restent rares. A défaut, la présence d'un préparateur en pharmacie restera nécessaire.

VII. Point sur l'urologie à l'AP-HP

Le D^r Sophie COHEN présente les principales caractéristiques de la chirurgie urologique :

- 9 % de l'activité chirurgicale de l'Assistance Publique ; troisième activité chirurgicale de l'AP-HP, 30 % de séjours médicaux. L'activité externe est très importante : 108 115 consultations ont été dénombrées en 2012 et 12 129 actes externes ont été réalisés.
- La chirurgie ambulatoire en urologie : 6 gestes marqueurs font l'objet d'une cible par l'Assurance Maladie. L'objectif consiste en l'atteinte d'un taux de 80 % pour ces actes dits marqueurs. Or à l'heure actuelle, ce taux se limite à 56,4 %.
- Huit services d'urologie avec 313 lits, six d'entre eux effectuent des greffes rénales. sont dénombrés. Le nombre d'ETP correspond à 60 séniors et 28 internes.
- Entre 2009 et 2012, l'attractivité a augmenté de 0,2 points. À l'inverse, l'attractivité des cliniques privées connaît une baisse. Cette tendance est particulièrement flagrante dans le département de Seine-Saint-Denis. En Île-de-France, la part d'attractivité de l'AP-HP correspond à 25 %. À Paris et dans la petite couronne, elle atteint 39 %.
- L'urologie se définit par une forte activité de chirurgie carcinologique. Le cancer de la prostate représente, en volume, le second cancer en France. L'activité chirurgicale de l'AP-HP liée aux cancers de la prostate, du rein et de la vessie représente 32 % de l'activité de la région. Il s'agit, en matière d'activité, du second type de cancer traité au

sein de l'AP-HP. Selon la classification effectuée par le biais de la méthode InCA, qui se limite aux diagnostics principaux, les services de l'hôpital Henri-Mondor et de l'hôpital Cochin se caractérisent par une très forte activité de chirurgie carcinologique. Dans les autres services, l'activité tend à décroître. Une diminution de l'activité chirurgicale lourde de la prostate devrait être observée au dépend d'une surveillance active ou d'une chirurgie moins lourde.

- La greffe rénale constitue un enjeu majeur à l'Assistance Publique qui gère la plus importante liste d'attente en France. La durée d'attente avant greffe, qu'elle soit moyenne ou médiane, est également la plus longue. Au sein même de l'Assistance Publique, des différences notables sont observées entre les équipes.
- Le recours à la robotique se développe à la fois dans les maladies prostatiques mais également dans les maladies rénales.
- Les sphincters artificiels et les traitements focaux sont en cours de développement.

L'activité globale, entre 2010 et 2012, s'est limitée à moins de 1 % d'augmentation au sein de l'Assistance Publique. Au premier trimestre 2013, l'activité d'urologie a connu un bon démarrage dans l'ensemble des services. En termes de prévisions d'activité, le vieillissement de la population devrait susciter une augmentation mécanique de l'activité d'urologie.

Si l'hospitalisation complète connaît une croissance, ce n'est pas le cas paradoxalement de l'hospitalisation partielle.

En ce qui concerne le taux de chirurgie ambulatoire des gestes marqueurs répertoriés par l'assurance maladie, le taux moyen atteint par l'AP-HP correspondait fin 2012 à 56,4 % alors que la cible est de 80%. Toutefois, certains hôpitaux approchent le taux cible de 80 %.

Les *États généraux de la greffe* viennent de s'achever. Lors du séminaire organisé le 17 juin 2013 par le ministère de la Santé, un certain nombre de points ont été soulevés. Une des priorités nationales dans ce domaine sera de promouvoir la greffe à partir de donneurs vivants. Le taux de 50 % enregistré dans les pays nordiques est loin d'être atteint. Un des moyens également pour développer la greffe à partir de donneurs décédés est de pouvoir disposer de machines à perfusion permettant d'évaluer la qualité des greffons dits limites.

D'un point de vue démographique, l'urologie constitue une spécialité très attractive pour les internes. Ceux-ci rencontrent même une difficulté d'accès aux postes de chefs de clinique. Des sites comme l'hôpital de la Croix-Saint-Simon ou l'hôpital Foch participent à leur formation. Les données disponibles à l'AP-HP montrent que, les arrivées dans cette spécialité sont plus nombreuses que les départs.

La baisse de l'activité d'urologie dans les structures privées ne se limite pas forcément à une tendance conjoncturelle. Elle se traduit par une hausse de l'activité d'urologie au sein des structures publiques et surtout au sein des ESPIC. L'hôpital Saint-Joseph, l'Institut Mutualiste Montsouris et la Croix-Saint-Simon constituent des sites très attractifs pour les malades.

Dans le cadre de la réorganisation de la permanence des soins, souhaitée par l'Agence régionale de santé, les services d'urologie de l'Assistance Publique sont sollicités.

Le P^r François HAAB observe qu'il n'existe pas d'urologie universitaire dans le département de Seine-Saint-Denis, où l'offre de soins publique reste extrêmement faible. En outre, celle-ci est peu présente dans le nord des Hauts-de-Seine. Par ailleurs, l'activité de cancérologie prostatique

suscite des polémiques. Il serait nécessaire que les centres intégrés de cancérologie présentent des bilans d'activité spécifiques. En effet, la prise en charge de l'activité oncologique ne relève pas uniquement d'un service de chirurgie urologique mais d'un ensemble rassemblant l'oncologie, la radiothérapie et la chirurgie.

Aujourd'hui, une forte distorsion est constatée entre l'offre de chirurgie robotique proposée par l'activité libérale et celle de l'Assistance Publique. La forte poussée des ESPIC est liée à l'attractivité qu'exercent les équipements robotiques pour les patients. D'ores et déjà, les internes tendent à privilégier les services dispensant une formation à la chirurgie robotique, ce qui correspond aux attentes des cliniques. Par conséquent, il est souhaitable que l'Assistance Publique puisse développer ce type de plateformes. Celles-ci peuvent d'ailleurs faire l'objet d'un partage avec d'autres spécialités chirurgicales.

Le président souhaite qu'un point sur les robots chirurgicaux soit inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la CME.

Le D^r Sophie COHEN constate qu'en Seine-Saint-Denis, les hôpitaux proposent une offre d'urologie très faible. Depuis quelques années, les urologues des cliniques privées tendent à quitter ce département.

En comparaison avec l'orthopédie, l'activité d'urologie n'a jamais été très organisée dans le secteur privé.

Le D^r Anne GERVAIS demande si les interventions sur la prostate connaissent une augmentation aussi importante au sein de l'AP-HP qu'au niveau national.

Le D^r Sophie COHEN répond par la négative.

Le P^r Martin HOUSSET rappelle que des plateaux techniques dans les ESPIC, sont souvent ouverts aux radiologues ou chirurgiens privés, par exemple pour l'utilisation des robots opératoires, en recourant alors à l'encadrement technique et aux compétences des équipes présentes. Cela peut constituer une part importante de l'activité de ces établissements, mais qui reste cependant difficile à chiffrer. L'acte relève des tarifs opposables mais un reversement peut être effectué en faveur du chirurgien qui a incité le patient à entrer dans l'établissement.

Enfin le Pr Martin Housset rappelle l'importance pour l'AP-HP d'investir sur les thérapies focales, domaine dans lequel elle est très en retard, par rapport au secteur libéral et aux ESPIC ?

Le P^r Thierry BÉGUÉ constate qu'un certain nombre de sites disposant d'un secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) n'ont pas la possibilité d'ouvrir des consultations en urologie. Le problème de la territorialité de l'AP-HP dans ses propres établissements pose question. Il serait nécessaire qu'une offre de consultations soit développée sur l'ensemble des sites MCO de l'Institution.

Le D^r Sophie COHEN note que des consultations urologiques ont été développées à l'hôpital Avicenne. En outre, une consultation est proposée à Raymond Poincaré.

Le doyen Jean-Luc DUMAS précise que des conventions de partenariats sont signées en fonction des flux. En outre, des conventions d'enseignement sont conclues en lien avec l'Université Paris VII.

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

* *
*

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

mardi 10 septembre 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 28 août 2013 à 16 heures 30