

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE ORDINAIRE
DU MARDI 9 OCTOBRE 2012**

**APPROUVE LORS DE LA SÉANCE
DU 11 DÉCEMBRE 2012**

SOMMAIRE

I.	Information du président et du vice-président de la CME	3
II.	Vote d'une motion concernant les cessions immobilières de l'AP-HP	4
III.	Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP : conclusions du groupe ad hoc et vote d'une motion	6
IV.	Repos de sécurité pour les internes	7
V.	Rapport de la Cour régionale des comptes sur l'AP-HP	11
VI.	Création de deux nouveaux groupes de travail ad hoc :	14
1.	Télémedecine	14
2.	Hospitalité	15
VII.	Évolution des équipements lourds d'imagerie à l'AP-HP	16
VIII.	Nouveau portail Internet de l'AP-HP	19
IX.	Rapport d'étape 2012 du contrat de bon usage des produits de santé à l'AP-HP	21
X.	Calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP	22
XI.	Approbation des comptes rendus des séances du 10 juillet et du 11 septembre 2012	23
XII.	Questions diverses	23

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (P^f Loïc CAPRON, D^f Georges SEBBANE)
2. Vote d'une motion concernant les cessions immobilières de l'AP-HP (P^f Loïc CAPRON)
3. Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP (D^f Georges SEBBANE) : conclusions du groupe *ad hoc* et vote d'une motion
4. Repos de sécurité pour les internes (P^f Bruno CARBONNE et M. Julien LENGLET, CME)
5. Rapport de la Cour régionale des comptes sur l'AP-HP (M^{me} Carine CHEVRIER, direction des finances, M. Christian POIMBŒUF, direction des ressources humaines, M. Jean PINSON, direction de la politique médicale)
6. Création de deux nouveaux groupes de travail *ad hoc* :
 - Télémédecine (P^f Élisabeth DION, CME)
 - Hospitalité (P^f Gérard REACH, CME)
7. Évolution des équipements lourds d'imagerie à l'AP-HP (P^f Guy SEBAG, M. Didier LE STUM, direction de la politique médicale)
8. Nouveau portail Internet de l'AP-HP (P^f Michel ZERAH, M^{me} Anne-Christine SOLER, direction du service au patient et de la communication)
9. Rapport d'étape 2012 du contrat de bon usage des produits de santé à l'AP-HP (M^{me} Catherine MONTAGNIER-PETRISSANS, direction de la politique médicale)
10. Calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP (M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale)
11. Approbation des comptes rendus des séances du 10 juillet et du 11 septembre 2012
12. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition B

- Avis sur trois premières demandes et une demande de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur deux candidatures à des postes de praticiens hospitaliers plein temps (procédure article R.6152-9 du CSP)
- Validation de la période probatoire de 2 praticiens hospitaliers temps plein

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH d'odontologie
- Avis sur une prolongation de mise à disposition d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^r Yves AIGRAIN
- M. le D^r Jean-Claude ALVAREZ
- M^{me} le D^r Olivia ANSELEM
- M. le D^r Philippe ARNAUD
- M. le P^r Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^r Thierry BEGUE
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le D^r Philippe BUSTANY
- 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 CHERON
- M. le P^r Thierry CHINET
- M. le P^r Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M. 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 P^r Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^r Erea Noel GARABÉDIAN
- M^{me} le D^r GERVAIS HASENKNOFF
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le D^r Bernard GRANGER
- M. le P^r Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le P^r Olivier HENRY
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M. le D^r Matthieu LAFAURIE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le P^r Paul LEGMANN
- M. le D^r Julien LENGLET
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le P^r Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M. le P^r Jean-Claude PETIT
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^r Gérard REACH
- M. le P^r Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^r Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^r Guy SEBAG
- M. le P^r Georges SEBBANE
- M. le P^r Alain SIMON
- M^m le D^r Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^r Dominique VALEYRE
- M. le P^r Jean-Philippe WOLF
- M. le P^r Michel ZERAH

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- 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
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

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

- M. le P^r Jean-Luc DUMAS
- M. le P^r Serge UZAN

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

- M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale
- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
- M^{me} Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

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

- ***membres excusés :***

M. le P^r René ADAM, M^{me} le D^r Pascale GAUSSEM, M. le P^r Martin HOUSSET, M. le P^r Benoît SCHLEMMER

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

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

Le président présente les nouveaux membres présents : le D^r Philippe BUSTANY, en remplacement du D^r Jallal ASSOUD nommé PU-PH, M. Julien LENGLET, représentant des internes en remplacement de Fabien LE BRAS, et enfin le D^r Fabienne LECIEUX, en qualité de coordonnateur de la médecine du travail, invitée permanente, et leur souhaite la bienvenue.

Depuis la CME de septembre, deux réunions majeures du directoire se sont tenues. Celle du 18 septembre portait sur le projet de l'Hôtel Dieu. La décision de maintenir ou fermer les urgences a été reportée à une date ultérieure. La CME souhaite que cette date soit la moins éloignée possible. Les raisons de ce retard sont médicales, puisque le projet de remplacement ou de prolongation des urgences n'est pas mûr, ainsi que politiques, une décision sur les urgences de l'Hôtel Dieu ayant un impact majeur sur la vie politique municipale. Le P^f Jean-Yves FAGON, chef du service de réanimation à l'HEGP et ancien directeur de la politique médicale, a été nommé préfigurateur du projet soins du futur Hôtel Dieu, d'un commun accord entre la direction générale et le président de la CME. Il travaillera en étroite concertation avec le GH hôpitaux universitaires Paris Centre et fera des propositions sur le devenir des activités présentes à l'Hôtel Dieu et sur l'implantation de nouvelles structures de soins. Le P^f Jean-Yves FAGON devra proposer ses conclusions avant la fin de l'année 2012. Il faudra nommer un préfigurateur complémentaire pour la partie universitaire en santé publique du projet. Cette décision n'est pas encore prise. Préoccupé par la bonne gestion des personnels non médicaux confrontés aux incertitudes d'une restructuration majeure, le président CAPRON souhaite que la direction du site soit renforcée. Le 2 octobre, le directoire a abordé le projet médical de l'hôpital Trousseau, qui sera présenté à une prochaine CME.

Le président fait ensuite part d'un désaccord sur l'application de la loi HPST en matière de politique médicale à l'AP-HP. L'existence d'une direction de la politique médicale a été un obstacle à la mission de coordination de la politique médicale de l'établissement que la loi confie au président de la CME. M. Claude ÉVIN, directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, propose une médiation que la directrice générale et le président de la CME ont acceptée. Les anciens directeurs généraux et présidents de la CME du CHU de Lille ont été sollicités pour engager dans les plus brefs délais les consultations requises.

L'ARS a publié son schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui doit aboutir à un projet régional de santé (PRS) à la fin de l'année 2012 puis à la conclusion d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) entre l'ARS et chaque établissement de santé d'Île-de-France dans les six mois qui suivent. M. Claude ÉVIN présentera cette séquence à la CME du 13 novembre. Les CME centrale et locales et les collégiales de spécialistes doivent être parties prenantes. Le président demande aux membres de la CME de diffuser l'adresse Internet du SROS Île-de-France pour que chaque spécialité étudie la partie qui la concerne et fasse remonter ses informations à l'ARS.

Le vendredi 5 octobre, M^{me} Marisol TOURAINE, Ministre en charge de la santé, a reçu M^{me} FAUGERE, directrice générale, et le P^f Loïc CAPRON, président de la CME, au sujet de l'Hôtel-Dieu. Tant en ce qui concerne les urgences que le projet universitaire d'hôpital public, la ministre souhaite que les décisions soient prises en accord avec la communauté médicale et en harmonie avec les volontés politiques de la ville et de la région. Le financement de cette restructuration fera l'objet d'une négociation qui prendra en compte les capacités d'investissement contraintes de l'AP-HP dans l'esprit de la motion votée par la CME le 18 septembre.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que le ministère a fait une proposition de PLFSS 2013 avec un ONDAM de 2,7 % et de 2,4% pour la partie soins hospitaliers. Il reste des décisions à prendre sur les tarifs et les MIG, sans qu'un financement plus important ne soit acquis. Une grande vigilance est accordée à ce sujet. Par ailleurs, la loi Duflot a suscité de nombreuses réactions. Des travaux techniques sont engagés avec les préfetures pour préparer les décrets. Dans la presse, une carte des établissements visés a été publiée : elle inclut Fernand Widal, Saint-Vincent-de-Paul, le Siège de l'AP-HP et Sainte-Périne, où il n'existe pas de projet de cession contrairement aux trois premiers sites. Le fait que la réunion à la Préfecture ait donné lieu à cette carte signifie que la motion de la CME est importante. Le risque est très élevé pour l'AP-HP. Dans le plan pluriannuel présenté aux autorités de tutelle, le volume de cession atteint 250 millions d'euros, soit 40 millions d'euros en 2012 et 50 millions d'euros les années suivantes. Ces sommes sont fléchées au profit des investissements à l'hôpital et des équipements médicaux. Il convient de se mobiliser collectivement pour qu'elles reviennent aux investissements de l'AP-HP.

Le D^r Patrick PELLOUX s'étonne qu'à l'issue du débat en CME, lors d'une conférence de presse, la Directrice Générale ait annoncé la fermeture définitive des urgences de l'Hôtel Dieu.

Le président confirme avoir lu cette information ; la directrice générale aurait en outre affirmé que la CME n'a pas opposé de veto à ce projet, alors qu'elle a été informée et non consultée. La directrice générale affirme que les journalistes ont mal interprété ses propos.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, confirme n'avoir jamais mentionné une absence de veto de la CME. La présentation à la presse portait exclusivement sur le projet du nouvel Hôtel Dieu, dans sa partie offre de soins, universitaire, muséale, écoles et déménagement du siège. A aucun moment, il n'a été question des restructurations ni des urgences.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne que l'incertitude n'est pas bonne. Elle entraîne une dégradation de la qualité des soins pour les malades, ainsi qu'une baisse dramatique de l'activité de l'Hôtel Dieu (-10 %). Les patients se rendent moins aux urgences, pensant qu'elles sont fermées. Il importe de fixer un calendrier pour organiser les urgences, quelle que soit la décision prise. La CME doit se prononcer, d'un point de vue médical, sur la viabilité d'urgences de qualité à l'Hôtel Dieu.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que la reprise incessante d'alliances d'ouvertures et de fermetures est difficile à gérer pour un hôpital. Il n'en demeure pas moins que les urgentistes sont compétents et font honneur à l'AP-HP. Actuellement, de nombreuses personnes envisagent un avenir ailleurs. Il y a urgence à agir. Saluant la nomination du nouveau responsable des urgences de Cochin, il souhaite qu'une structure d'urgence de proximité soit maintenue. Le 7 octobre, 140 passages ont été enregistrés aux urgences médico-chirurgicales de l'Hôtel Dieu. Les redistribuer dans les hôpitaux voisins ne permettra pas aux autres urgences de faire face, ce qui implique la construction de nouveaux locaux. C'est périlleux.

En conclusion, **le président** souhaite que la CME débatte de ce sujet en novembre 2012.

II. Vote d'une motion concernant les cessions immobilières de l'AP-HP

Le président souligne l'actualité du sujet. Le nombre de terrains susceptibles d'être soumis à une décote majeure réduira d'autant la capacité d'investissement de l'AP-HP. Il est donc souhaitable que la CME adopte une motion sur le sujet, en sachant que la Ministre de la santé et des affaires sociales est à l'écoute de la communauté médicale.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, précise que l'article paru le 8 octobre dans *le Parisien* désigne les cessions éventuelles de terrains sur lesquels le PLU prévoit un minimum de 25 % de logements sociaux. Dans les sites désignés, une deuxième discussion aura lieu sur le montant de la décote de la partie affectée au logement social, qui peut aller de 35 à 100 %.

Le président donne lecture de la motion transmise préalablement aux membres de la CME qui donne lieu à échanges.

Craignant que les ministères ne se renvoient le sujet, **le P^r Serge UZAN** suggère de demander des mesures dérogatoires spécifiques tenant compte de la mission de service public de l'AP-HP.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, concède que la chance d'obtenir des compensations est faible. La première bataille se mène cependant avec la ville de Paris et le ministère du logement. Cette phrase implique une seconde bataille dans laquelle la Direction fera pression sur l'ensemble des autres ministères concernés et demandera des compensations à Bercy.

Le P^r Serge UZAN recommande d'agir en parallèle auprès des différents acteurs, il craint que cette approche progressive ne soit pas efficace.

Le D^r Patrick PELLOUX partage cette recommandation. Il semble plus intéressant d'évoquer une mesure dérogatoire qu'une compensation financière qui, dans le contexte actuel des finances publiques, risque d'entraîner une réponse négative.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE souligne que la décote existe déjà. A Saint-Vincent-de-Paul, le POS a été modifié ce qui fait que les terrains ne peuvent être vendus qu'à la mairie de Paris. La question est de savoir si d'autres décotes seront imposées à l'AP-HP. Il partage la proposition d'une dérogation.

M^{me} le D^r Martine MARCHAND suggère de refuser la décote plutôt que de demander à bénéficier d'une mesure dérogatoire.

Après débats et propositions de modifications, **le président** propose la motion suivante aux membres de la CME :

« La commission médicale d'établissement (CME) est attachée au maintien d'investissements à la hauteur des besoins requis pour garantir la qualité et la sécurité des soins à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), incluant l'humanisation de l'accueil réservé aux patients et le bien-être des soignants.

Un projet de loi vise à mobiliser le foncier public en faveur du logement social. Si les pouvoirs publics décident de soumettre l'AP-HP à de telles dispositions, la décote appliquée sur ses cessions immobilières réduira sa capacité d'investissement déjà extrêmement contrainte. La CME demande que l'AP-HP soit exclue de la loi relative à la mobilisation du foncier public et des établissements visés par ses décrets d'application. »

La motion est approuvée par 64 voix pour, 3 voix contre et un vote blanc sur 68 votants.

III. Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP : conclusions du groupe ad hoc et vote d'une motion

Le D^r Georges SEBBANE rappelle la lettre de mission du président de la CME et les objectifs du groupe de travail. Il présente ensuite la composition du groupe de travail, qui comprend des médecins de la CME, un représentant de la DPM (Dr Josiane HOLSTEIN), ainsi que des gériatres chargés du SLD. Le groupe a procédé à des auditions en région parisienne et à Nantes, où il a rencontré la directrice générale adjointe du CHU, les représentants de la CME et la directrice de l'ARS Nantes Pays de Loire. Il a audité plusieurs responsables du Siège (DEFIP, DRH), ainsi qu'à la FHF et à l'ARSIF.

Le contexte régional est celui de la convergence tarifaire, c'est-à-dire d'une imposition budgétaire conséquente sur le SLD à l'AP-HP. Parallèlement, il existe une demande d'humanisation des sites de SLD, notamment de la part de l'ARSIF. Le SROS SLD va être publié fin 2012. Des éléments sont à prendre en compte, dont le rééquilibrage géographique intra-régional entre Nord et Sud et l'adaptation du SLD aux populations non gériatriques.

A l'AP-HP, le secteur du SLD est important et contribue à la filière du parcours de soins. Il relève d'une problématique sanitaire alors que l'EHPAD relève d'une problématique médico-sociale. 465 lits d'EHPAD ont été créés, sans différenciation entre le personnel SLD et EHPAD. La mise en place de la convergence porte sur un montant de 30 millions d'euros, soit l'équivalent de 600 ETP en PNM. L'humanisation porte sur un montant minimum de 200 voire 250 millions d'euros. Les ratios intègrent les agents/lits, les soignants/lits, les IDE et les AS/lit. La convergence minorera les ratios, entraînant ainsi une dégradation de la qualité et de la sécurité des soins.

Le D^r Georges SEBBANE présente ensuite le montant de l'effort de convergence, la dotation soins théoriques et ses conséquences sur les dotations jusqu'en 2016.

En conclusion, les gériatres réaffirment la nécessité du maintien d'un secteur sanitaire, en redéfinissant sa capacité cible. Le médico-social ne relève pas des missions de l'AP-HP, premier CHU d'Île-de-France. Le mécanisme de convergence, quant à lui, n'obéit à aucune logique : c'est une imposition budgétaire. Au plan national, 80 % des soins de longue durée sont soumis à convergence, mais les autres ne le sont pas. L'application de cette convergence en milieu sanitaire remet en question la qualité des soins et la sécurité des patients. Le groupe de travail demande donc l'arrêt sans délais du processus de convergence. Les autorités politiques, au plus haut niveau, semblent avoir compris la remise en question des soins d'ordre sanitaire que cette convergence tarifaire entraînerait. Dans l'attente des conclusions des travaux prévus à l'échelle nationale sur le sujet, l'AP-HP, conjointement avec la DHOS et l'ARS d'Île-de-France, doit déterminer la capacité cible de l'AP-HP en SLD dans le cadre d'un rééquilibrage géographiques régional. Enfin, l'humanisation doit être poursuivie et le financement doit être accompagné par l'ARS. L'AP-HP doit être associée au travail de l'ARS.

A l'issue de ces travaux, le groupe de travail soumet la motion suivante à l'avis de la CME :

« La CME de l'AP-HP demande que le processus de convergence tarifaire concernant les soins de longue durée soit suspendu sans délais car il aura un impact négatif sur la qualité et la sécurité des soins. L'humanisation des unités de soins de longue durée de l'AP-HP doit être poursuivie. Leur capacité en lits et leur répartition géographique sont à redéfinir pour satisfaire au mieux les intérêts régionaux ».

Le président souligne l'importance de cette motion, qui demande à l'ARS de suspendre la convergence, c'est-à-dire un prélèvement obligatoire de 30 M€, pour relancer le débat au niveau national sous l'égide du ministère en charge de la santé.

Le D^r Olivier HENRY remercie le Dr Georges SEBBANE pour la clarté de son exposé. Il insiste sur le fait que la convergence est un moyen de réaliser des économies en enlevant du personnel, ce qui équivaut à obliger l'AP-HP à dispenser des soins de longue durée avec les moyens des maisons de retraite. Cela est inacceptable pour les gériatres de l'AP-HP. Par ailleurs, l'humanisation, inscrite dans la loi et par conséquent incontournable, s'accompagnera d'une réduction du nombre de lits. Celle-ci semble souhaitable en raison du surdimensionnement actuel de l'offre de SLD. Pour autant, il ne faudrait pas sous-dimensionner ce secteur. Le danger serait grand, alors, de plonger la filière de soins des patients âgés dans des difficultés déjà connues, notamment aux urgences.

Soulignant que les soins de longue durée ne se limitent pas à la gériatrie, **le président** demande des précisions sur les autres types de SLD. Il existe un grand besoin en neurologie et en psychiatrie adulte. Ces patients conduisent souvent à bloquer les lits aigus et de soins de suite plusieurs mois, sans intérêt pour eux mais avec un coût élevé pour les hôpitaux et la Sécurité sociale. Il demande si l'ARS s'intéresse réellement à ce sujet.

Le D^r Georges SEBBANE indique que cette problématique a été abordée au cours d'une réunion avec l'ARS la semaine précédant la CME. Le SLD consiste à prendre en charge au long cours les situations pathologiques auxquelles sont confrontées des personnes ayant eu des accidents de la vie. Avant 50 et 60 ans, il n'existe pas de structure définie pour les patients victimes d'accidents neurologiques, ou présentant des situations psychiatriques. Pour la première fois, l'ARS a entendu le besoin de telles structures. 3 173 lits de SLD sont actuellement dédiés à la prise en charge des malades gériatriques. Il faudra que l'AP-HP soit force de proposition pour transférer des lits à vocation SLD vers d'autres modalités de prises en charge. Pour la première fois, une baisse du taux d'occupation des lits de SLD est constatée alors que des patients sont placés en gériatrie par défaut, faute de prise en charge adaptée. Des prises en charge au long cours impliquent que tous les spécialistes concernés travaillent sur le sujet.

M^{me} Isabelle KERHOAS, au nom de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, souligne que les conditions de travail du personnel méritent aussi d'être humanisées. Les difficultés de recrutement sont réelles.

A l'issue de ces échanges, **le président** soumet la motion lue par le D^r Georges SEBBANE au vote de la CME.

La CME approuve la motion par 60 voix pour, une voix contre, sur 61 votants.

IV. Repos de sécurité pour les internes

Le président souligne l'actualité du sujet du repos de sécurité pour les internes, qui suscite une mobilisation dans toute la France. L'AP-HP peut être fière de l'avoir anticipé puisque sont présentées ce jour les conclusions d'un travail de six mois.

M. Julien LENGLET, représentant des DES de spécialité médicale à la CME, confirme le caractère précurseur de ce travail. L'enquête a été réalisée en 2011 sur le syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP). 45 questions ont été posées aux internes et seuls les questionnaires complets ont été pris en compte. Les objectifs étaient d'évaluer l'application du repos de sécurité en 2011, les causes de non-application et leurs conséquences. 787 internes ont accepté de répondre, avec une représentation à part égale des spécialités. Il leur a été demandé d'évaluer les deux

derniers semestres. Le repos de sécurité a été appliqué de façon totale dans 55 % des cas, partielle dans 29 % des cas et 16 % des internes n'ont pas eu de repos de sécurité consécutif à 24 heures de travail. La gynécologie-obstétrique (46 % de repos partiel et 14 % de repos inexistant) et les spécialités chirurgicales (44 % de repos inexistant) sont celles qui ont le plus de progrès à faire.

Les causes de non-application sont principalement des problèmes d'organisation interne, une instruction directe du chef de service, voire un refus. Les stratégies d'évitement des risques en lendemain de garde adoptés par les internes sont de ne pas faire de geste (12 %), ne pas signer les prescriptions (2 %) et les deux (7 %), même s'il est difficile de ne pas pratiquer ni signer de prescription en lendemain de garde. 36 % des internes ont déclaré avoir fait une erreur thérapeutique ou diagnostique à l'issue d'une garde, avec des conséquences certaines pour les patients dans 13 % des cas, incertaines dans 19 % des cas. Le taux d'erreurs atteint 45 % en additionnant les erreurs certaines et incertaines (erreurs de côté, de doses, de chambres, de noms...). Sont par ailleurs relevés 24 % d'accidents domestiques en sortie de garde, 15 % d'accidents de voiture et 10 % d'accidents corporels. Il convient de rappeler que le repos de sécurité adopté en 2002 suite au décès d'une interne après un accident de voiture après plus de 24 heures de travail.

L'article 2 de l'arrêté du 14 septembre 2001 définit ainsi le repos de sécurité :

« Le repos de sécurité, d'une durée de 11 heures, est constitué :

- dans les activités de service continu définies à l'article 8 ci-dessous, par une interruption totale de toute activité, prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée ;

- pour les autres activités, par une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient, prise immédiatement après chaque garde de nuit. »

La définition du repos de sécurité par les internes est également intéressante : seul un interne sur deux connaît la véritable définition et 38 % le croient compatible avec un travail administratif à l'hôpital. 90 % des répondants considèrent que le repos de sécurité protège les patients et les internes.

En conclusion, les réponses apportées comportent des biais puisque les internes étaient volontaires et donc probablement plus engagés. Les réponses étaient multiples et il est difficile de repérer les doublons. Enfin, les spécialistes sont surreprésentés par rapport aux généralistes.

Le P^r Bruno CARBONNE rappelle que le repos de sécurité est défini comme un arrêt total de l'activité de 11 heures à la sortie de garde. L'application du repos de sécurité est excellente à très bonne (85 %) dans les spécialités à gros effectifs, en raison d'une masse critique d'internes, et dans quelques spécialités à moindres effectifs (gynécologie médicale, biologie, pédiatrie). Elle est moyenne (60%) en spécialités médicales, médiocre à mauvaise en spécialités chirurgicales (39 % pour la gynécologie obstétrique et 19 % pour la chirurgie). Les causes de la non-application du repos de sécurité sont très diverses. Elles sont parfois le fait des chefs de services (rarement des internes) ; le plus souvent, elles sont liées à « l'organisation des Services ». Suite à ces constats, un groupe de travail composé d'internes de chirurgie viscérale, thoracique, de gynécologie-obstétrique et de représentants des PU-PH de spécialités chirurgicales a été réuni.

L'application du repos de sécurité est inéluctable. Elle ne susciterait aucune opposition de principe pour des raisons de sécurité, réglementaires (elle fait partie de la V2010 de l'accréditation, sous la responsabilité de la CME) et légales. Le repos de sécurité présente des avantages tels qu'une moindre pénibilité, une meilleure attractivité de la formation et une amélioration de la sécurité des

patients et des soignants en sortie de garde. En revanche, elle a pour inconvénients de diminuer le temps de formation, du nombre de gardes, du nombre d'interventions réalisées en garde et le temps de formation diurne hors garde. Les internes mentionnent la difficulté ou l'impossibilité d'organisation de l'activité chirurgicale diurne. Paradoxalement, les internes de chirurgie choisissent volontiers des stages très chargés qui n'appliquent pas le repos de sécurité.

Le prérequis pour l'application du repos de sécurité est le remplacement de l'interne en repos de sécurité pour les activités chirurgicales diurnes, ce qui pose la question de la qualité/compétence du personnel de remplacement (pas de remplacement par IBODE/Externe/Senior, personnels pas plus disponibles que les Internes). Aucune de ces solutions n'est satisfaisante et elles dévaloriseraient le statut d'interne, tout en entraînant une perte supplémentaire d'opportunités de formation des internes. Un interne en repos de sécurité doit être remplacé par un autre interne. Le second prérequis est la qualité de formation des internes. Le repos de sécurité s'applique dans de nombreux autres pays européens depuis longtemps. Un des moyens de limiter la perte d'opportunités de formation serait de poursuivre le développement de nouvelles méthodes d'enseignement (école de chirurgie, animaux, simulation, chirurgie virtuelle...).

Le nombre d'internes nécessaires au fonctionnement d'un service ayant une continuité de soins (garde sur place) dépend de la nature de l'activité du service :

- 5 internes par service pour une activité diurne à 3 blocs opératoires fonctionnels ;
- 1 interne supplémentaire par bloc opératoire fonctionnel supplémentaire.
- Soit : $n \text{ (internes)} = n \text{ (blocs)} + 2$.

Ce nombre est déjà disponible dans certains services (gynécologie obstétrique notamment). Il ne l'est pas du tout dans la plupart des services de chirurgie.

Pour augmenter le nombre d'internes par service, il n'est pas possible de compter sur l'accroissement du nombre d'internes par filière, qui n'augmente pas parallèlement à l'augmentation des besoins. Deux solutions semblent possibles :

- **Modifier la répartition des internes (difficile) :**
 - Réorientation vers les Services les plus formateurs ?
 - Compléter les effectifs par des « FFI » (DFMS-DFMSA) ?
 - Inciter au recrutement de stagiaires associés ?
- **Réorganiser les gardes de chirurgie :**
 - Regroupement des sites d'accueil des urgences chirurgicales ;
 - Mutualisation d'un pool d'internes qui participent à la garde ;
 - Répartition des internes en repos de sécurité entre plusieurs services ;
 - Réflexion qui ne repose pas sur l'AP-HP seule (ARS).

Les textes stipulent l'arrêt total de toute activité dans le service en sortant de garde. Des efforts bilatéraux (pédagogie) sont nécessaires de la part des internes (bénéfice indiscutable) et des chefs de service lorsque les conditions sont réunies pour l'application. Pourraient sortir (officieusement) du champ d'application certaines activités hors soin :

- enseignement dans le service, staffs ;
- séances de bibliographie ;
- activités de recherche clinique ;
- autres...

Le repos de sécurité pourrait être appliqué immédiatement dans les services qui ont les moyens « techniques » (nombre adéquat d'internes). Pour les services n'ayant pas les moyens humains, il faut adapter les moyens. L'objectif pourrait être une application en novembre 2014. Enfin, il est proposé de créer un observatoire de suivi de l'application du repos de sécurité, composé de représentants CME, du groupe des internes et de représentants du SIHP.

Le P^r Serge UZAN recommande d'articuler cette réflexion avec celle de la commission nationale, dont l'un des objectifs est de réduire la durée de formation des internes. Le passage à la formule 5+2, appelé à aller vers 4+1+1, risque d'entraîner une perte supérieure à un semestre. Il faut intégrer ce point à la réflexion de la CNIPI, dont les résultats vont être remis en cause. Aux Pays-Bas, les internes sont en service académique et leur nombre est plus élevé qu'en France, ce qui facilite la rotation. Le principe des demi-gardes, qui s'arrêtent à minuit, permettent de travailler le lendemain.

Le D^r Nathalie de CASTRO souligne que la réflexion sur le repos de sécurité des internes de chirurgie doit s'appliquer aux internes de médecine. Ces derniers sont confrontés à un problème de continuité de service le week-end : ils doivent assurer celle de leur service et des services à garde, ce qui les oblige à être présents en permanence. Ce phénomène s'est accentué depuis l'imposition des repos de garde. Ils sont d'astreinte dans les services ou de garde aux urgences ce qui implique une présence tous les week-ends. De nombreux internes effectuent également des gardes à l'extérieur, sans repos de sécurité. Ce point doit faire l'objet de réflexions.

M. Julien LENGLET tient à préciser, pour les internes de médecine, que l'arrêté existe depuis dix ans. Un établissement de santé ne peut pas se permettre de ne pas respecter la loi. Les internes de médecine sont majoritairement à l'origine de la proposition soumise à la CME. Travailler le lendemain d'une garde n'a pas de sens.

Le D^r Patrick DASSIER constate que ce travail témoigne d'une nette évolution de la CME et de l'AP-HP sur le repos de sécurité des internes, sachant que l'obtention du repos de sécurité pour le personnel médical en 2003 avait suscité de nombreuses oppositions. Aux Etats-Unis, le repos de sécurité pour les internes n'est pas un droit, mais une obligation. Il a été mis en place suite à des problèmes survenus pendant des gardes ayant entraînés des affaires judiciaires célèbres. En France, les internes ont droit à un repos de sécurité de 11 heures. Pour les PH, il est d'une durée égale au temps de travail continu, celui-ci ne pouvant dépasser 24H. Si l'échéance 2013 semble proche, n'oublions pas que le repos de sécurité fait partie du droit européen depuis 2003.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que la loi résulte de la loi européenne sur le temps de travail et le repos de sécurité. Cette question ouvre celle de la pénibilité des conditions de travail de l'ensemble des praticiens de toutes catégories médicales.

Le P^r Noël GARABÉDIAN rappelle qu'il est indispensable de faire appliquer le repos de sécurité car le moindre problème, en cas de non respect, peut avoir de lourdes conséquences. Il convient également de faire preuve de vigilance face à la multiplication des gardes. En effet selon les spécialités, la garde peut être très intéressante pour la formation mais dans certaines spécialités le programme froid est davantage formateur. Enfin, il faut augmenter le poste du nombre d'internes en veillant à ce qu'ils ne soient pas en surnombre, au risque de ne pas être formés comme il convient à l'issue de l'internat.

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU indique que le groupe CME des internes vient d'élaborer un questionnaire qui sera adressé dans les prochains jours par courrier électronique aux chefs des services concernés par les gardes afin de dresser un état des lieux à l'AP-HP du respect du repos de

sécurité et des difficultés éventuelles rencontrées pour son application. Cette enquête a vocation à être répétée.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souligne qu'il est nécessaire de se rapprocher des hôpitaux généraux de la région, que l'application du repos de sécurité va placer en difficulté. Par prudence, il faut associer les représentants des CME et établissements des hôpitaux généraux de la région Île-de-France.

Le président demande combien d'internes ont réalisé le stage à l'AP-HP et hors AP-HP et si une différence est constatée sur l'application du repos de sécurité.

M. Julien LENGLET répond que deux tiers des internes réalisent un stage à l'AP-HP et un tiers hors AP-HP. Aucune différence n'est constatée sur ce sujet.

Le D^r Michel DRU souligne que le repos de sécurité ne doit pas paralyser un service. Il convient de s'interroger sur le rôle des seniors au sein des services où travaillent les internes et d'étudier le repos de sécurité des chefs de clinique et des PH de ces services.

V. Rapport de la Cour régionale des comptes sur l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des finances, présente le rapport de la Cour Régionale des Comptes (CRC) qui porte sur la période 2008-2010. Le contrôle a été effectué fin 2011. Il est définitif depuis septembre 2012. Quatre sujets méritent l'attention de la CME.

- **La mise en place du nouveau système d'information de gestion et la fiabilité des comptes :**
La CRC conclut à l'amélioration de la fiabilité des comptes et du suivi budgétaire, à l'amélioration du contrôle interne avec la révision des circuits et procédures, mais déplore les dérogations à la réglementation comptable du fait de l'application SAP. L'AP-HP a répondu que le nouveau système d'information de gestion permet de diminuer le nombre de dérogations. Ces « dérogations » ont été validées par l'arrêté du ministre du budget signé en juillet 2011. Par ailleurs, le budget informatique a été dépassé de 13 % ; jusqu'à 15 %, le dépassement est considéré comme classique.
- **La politique d'emprunts *in fine* :**
La CRC pointe l'impact des emprunts « *in fine* » sur les résultats financiers. L'AP-HP répond que ce n'est pas le type d'emprunt (« *in fine* » ou « amortissable ») qui est important pour les résultats financiers mais le profil de remboursement de la dette. En annexe de l'EPRD, le déroulé des remboursements de la dette sera désormais présenté au conseil de surveillance.
- **La politique de provisions :**
La CRC souligne que le suivi comptable des provisions ne répond pas à une procédure clairement définie. Le montant de certaines provisions est insuffisant (propre assureur) tandis que d'autres sont trop élevées (comptes épargne temps). L'AP-HP répond que les provisions, notamment en matière de responsabilité médicale, ont fait l'objet, pour la clôture des comptes 2011, d'un travail dédié de justifications tant sur le fond (fait générateur) que sur la forme (transmission de PJ). Les provisions pour propre assureur ont fait l'objet d'un travail précis avec la DAJ et le ratio correspond aux préconisations de la CRC. Enfin, l'AP-HP met en avant une méthode de valorisation sincère pour les provisions pour CET.
- **Investissements et trajectoire financière :**
La CRC observe que les montants maximaux des AE et CP 2005-2009 ont été dépassés. Le cadrage financier 2010-2014 ne prend pas en compte l'impact des engagements antérieurs. Elle souligne l'insuffisance des analyses de ROI des opérations d'investissement et l'absence de de

retour à l'équilibre en 2012 contrairement à ce qu'indique le PGFP 2011-2015. L'AP-HP a répondu que les montants maximaux d'AE et CP prévus dans le plan 2005-2009 ont été respectés. Le cadrage 2010-2014 a pris en compte l'impact en AE et en CP des opérations majeures initiées et non achevées sur le plan 2005-2009. Les opérations d'investissement font systématiquement l'objet d'études préalables (validation du projet médical, des capacités, du ROI). Le PGFP 2012-2016 a actualisé le PGFP 2011-2015 avec les dernières données : il indique le décalage du retour à l'équilibre.

M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines, souligne les points saillants du rapport concernant la politique de logement. La CRC émet des observations sur le taux d'occupation des logements de l'AP-HP par les personnels de l'institution. 68 % sont occupés par des personnels en lien avec l'AP-HP. Une occupation à 100 % ne pourrait procéder que d'une modification législative ou réglementaire. Le retour de logements en baux emphytéotiques fait que des logements sont occupés par des personnes pour lesquelles le droit d'habitation l'emporte sur le contrat du travail. En aucun cas, l'AP-HP ne peut mettre à terme aux baux au motif d'un départ de l'AP-HP ou d'un départ en retraite. La CRC souligne que la politique logement est un élément d'attractivité et de fidélisation du personnel. Elle note un effort significatif et l'obtention de résultats en matière d'inventaire : l'AP-HP connaît précisément le parc immobilier du domaine privé, des baux emphytéotiques et du domaine public. La CRC constate que des progrès de gestion ont été effectués, des modifications sont intervenues sur les critères d'attribution des logements, avec la volonté de contribuer à la politique d'attractivité des personnels infirmiers (50 logements sur 500 dévolus chaque année).

La CRC émet des observations méritant des explications. Les logements *intra-muros* sont occupés par des catégories A et B alors que les logements en périphérie parisienne sont occupés par des catégories C. L'AP-HP explique que les critères d'attribution, semblables à ceux des bailleurs sociaux, tiennent compte du niveau de salaire et de la capacité de paiement du loyer. La CRC attire l'attention sur le fait que le coût du loyer étant inférieur au prix du marché, l'AP-HP pourrait ainsi octroyer un avantage en nature. L'AP-HP a fait observer que cette question a été examinée par l'URSSAF, qui s'est basée sur le niveau d'imposition et non des loyers du marché pour conclure à l'absence d'avantage en nature. Enfin, la CRC considère qu'une évolution réglementaire est indispensable pour le logement du personnel ouvrier et technique. Logé dans l'établissement, il assure la continuité de l'activité, notamment la garde technique. Il est régi par un décret de 2010 sur les gardes de fonction qui ne prévoit pas explicitement que ce personnel puisse être logé. L'attention du ministre a été attirée sur une nécessaire modification pour assurer leur logement.

Enfin, le logement de fonction représente 10 % du parc de l'AP-HP. Celle-ci conteste l'interprétation que fait la CRC du droit statutaire : les logements de fonction sont attribués à des personnels, les uns sans contrepartie, les autres en contrepartie de 40 jours de garde par an. La DGOS confirme l'interprétation de l'AP-HP. Par ailleurs, la CRC lie l'affectation d'un logement au lieu d'exercice professionnel. Son patrimoine étant unique, l'AP-HP a fait observer qu'il n'était pas obligatoire d'affecter le logement sur le site professionnel. En revanche, la chambre a observé que l'AP-HP a pris des dispositions pour rapprocher les lieux de logement et professionnel, notamment pour éviter des déplacements trop longs en période de garde.

M. Jean PINSON, adjoint au directeur de la politique médicale, présente les observations de la CRC sur les soins de suite et de réadaptation. La CRC n'a pas remis en question la stratégie de l'AP-HP. Elle constate que l'équipement en lits SSR est globalement suffisant, mais déséquilibré d'un point de vue géographique et par nature d'activité et qu'un rééquilibrage s'avère nécessaire. En revanche, la CRC émet des appréciations discutables sur la consolidation des partenariats existants quand l'AP-HP est opérateur et quand elle ne l'est pas, jugeant la stratégie de son projet médical ambiguë à cet égard.

Le président s'enquiert du pouvoir de sanction et de rétorsion de la CRC.

M^{me} Carine CHEVRIER répond qu'en matière de gestion, les constats sont parfois utiles pour réécrire les procédures et rattacher des opérations à des bases réglementaires. En général, le rapport de la CRC est publié et suivi d'un éventuel passage en commission disciplinaire. A ce stade, il n'entraîne pas de suites pour l'AP-HP.

Le P^r Bernard GRANGER souligne la sévérité du rapport de la CRC concernant la politique immobilière de l'AP-HP. *« Au 31 décembre 2010, près de 100 directeurs d'hôpital affectés au siège bénéficient dans des conditions contestables d'un logement de fonction, ce qui constitue une charge annuelle de l'ordre de 2 millions d'euros, compte tenu du coût annuel d'un logement de fonction (20 000 euros). La direction actuelle de l'AP-HP (qui doit gérer au mieux les deniers publics) arguant du contenu concret des gardes, considère que les contraintes qui en résultent pour les directeurs d'hôpital affectés au siège justifient pleinement l'octroi d'un logement de fonction, par nécessité absolue de service. L'ordonnateur précédent estime quant à lui nécessaire de supprimer lesdits logements, ce qui permettrait de réaliser une économie de 2 millions d'euros. La CRC préconise d'en restreindre le bénéfice aux seuls directeurs de sites hospitaliers. »* Il donne ensuite lecture d'un exemple d'abus à l'HEGP. L'interprétation de la loi diffère selon la CRC et l'AP-HP, juge et partie. Le Pr Bernard GRANGER constate un détournement par l'administration, et au profit de celle-ci, des ressources de l'AP-HP. La « *nécessité absolue de service* » signifie que la présence sur site du directeur est indispensable. Or la CRC observe qu'ils ne sont pas logés sur les sites hospitaliers. Cette notion est utilisée de manière abusive et l'octroi d'un logement de fonction constitue un avantage excessif. La Directrice générale a déclaré qu'elle n'aurait pas l'usage d'un logement de fonction. Si elle n'en a pas besoin, pourquoi d'autres en auraient-ils besoin ? Dans son hôpital, Le Pr Bernard GRANGER a été choqué de voir octroyer un appartement de fonction à un directeur récemment nommé sur un site hospitalier, avec des travaux réalisés rapidement, alors même que les demandes de travaux dans l'intérêt des patients se heurtent à des refus ou des retards en raison de contraintes budgétaires. Ce directeur quitte l'AP-HP et garde son appartement de fonction quelques mois tout en travaillant dans le secteur privé, où il n'aura pas d'appartement de fonction alors qu'il va diriger un établissement privé important de la banlieue parisienne.

M. POIMBŒUF répond que le P^r Bernard GRANGER complète l'appréciation de la CRC par des observations personnelles. La DRH a interrogé la DGOS à ce sujet. Le décret de janvier 2010 confère un droit statutaire aux personnes exerçant à l'hôpital public. Dans d'autres secteurs professionnels, la convention collective ne prévoit pas d'attribution de logement. A l'AP-HP, depuis 1941, les directeurs bénéficient d'un logement pour être à proximité des sites. La situation actuelle est héritée d'une politique qui n'a pas toujours conduit à une proximité du logement par rapport au lieu d'affectation. L'AP-HP a engagé une action volontariste pour les rapprocher depuis plusieurs mois. Les directeurs du siège, quant à eux, effectuent des gardes sur leur site d'affectation antérieur ou au siège et à la Direction générale. Le Directeur Général de l'ARS considère que le mécanisme de garde organisé à l'AP-HP est de bonne qualité pour assurer la continuité du service.

Le P^r Bernard GRANGER note que selon la CRC, le nombre de gardes ne justifie pas l'attribution d'un logement de fonction.

Le D^r Anne GERVAIS attire l'attention de la CME sur la question des partenariats publics-privés (PPP), qui pourraient être dénommés « perdant-gagnant ». Le contrat pour la centrale biomasse à l'hôpital Avicenne, par exemple, représente un montant de 12 millions d'euros. L'AP-HP paiera pendant 21 ans 1,1 millions d'euros par an, soit 23 millions d'euros. Elle cite également l'exemple du bail emphytéotique du bâtiment d'endocrinologie de la Pitié-Salpêtrière, qui atteint 92 millions d'euros sur l'ensemble de la période, soit le double du montant initial... Elle demande si de tels

contrats sont appelés à se renouveler et le cas échéant, si l'AP-HP ne peut préférer des contrats de location-vente pour de petits montants.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que le loyer couvre l'investissement initial, ainsi que la maintenance du bâtiment. A la Pitié-Salpêtrière, les conditions financières ont été revues. Il n'y a pas eu de nouvelle opération PPP depuis cette date.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que la CRC a décidé d'une investigation sur le sujet des PPP.

Pour la future centrale d'énergie d'Avicenne, **le P^r Yves COHEN** précise que l'hôpital payera un loyer d'un montant de 2 millions d'euros par an. Ce montant comprend une part correspondant aux investissements mais aussi le coût de la maintenance et la fourniture de l'énergie. L'hôpital paie actuellement 1 240 000 euros par an que pour la fourniture d'énergie.

Le D^r Georges SEBBANE interpelle M. Jean PINSON sur les appréciations de la CRC : l'AP-HP doit se positionner sur les soins de suite et de réadaptation. Jusqu'à présent, elle en a mis en place à dose homéopathique. Elle va devoir envisager une véritable tarification.

M. Jean PINSON répond que l'AP-HP tente de développer le SSR spécialisé, comme le prévoit sa stratégie. Ce développement est contraint par le mode de financement du SSR. Une partie de la politique est mise en place par redéploiement des moyens permis par l'optimisation des modes de prise en charge.

Le P^r Paul LEGMANN a le sentiment que la DRH et la Direction des finances contestent systématiquement les points du rapport de la CRC et s'interroge sur les points éventuellement positifs.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, répond que l'AP-HP a adressé des réponses écrites au premier rapport de la CRC qui ne les a pas incluses dans son rapport mais mises en annexe. Elle lui a également adressé des remarques orales, dont un certain nombre s'inspiraient du plan stratégique. La directrice générale regrette que ses arguments sont peu pris en compte dans la publication qui est faite. Il importe de défendre l'institution.

Le président estime qu'il est dangereux de faire reposer l'attribution d'un logement de fonction sur la notion de service de garde. La mise en avant de cette argumentation par les médecins pourrait les conduire à revendiquer un logement gratuit. Il serait moins coûteux de payer les gardes des administratifs que de leur octroyer un logement de fonction.

VI. Création de deux nouveaux groupes de travail ad hoc

1. Télémédecine

Le P^r Élisabeth DION indique que le groupe de travail sur la télémédecine a pour mission de porter un regard institutionnel sur le sujet. Son objectif est d'établir un état des lieux des réseaux et projets en cours, d'analyser et de délivrer un agrément des nouveaux projets, et de réfléchir sur la structuration de la télémédecine à l'AP-HP.

Les critères d'analyse et d'agrément des projets de Télémédecine en vue d'un soutien institutionnel pourraient être les suivants :

- pertinence médicale ;

- lien avec les collégiales de spécialité ;
- cohérence avec le plan stratégique de l'AP-HP ;
- articulation avec les objectifs de l'ARS ;
- congruence avec les appels à projet financés par les ministères et les organisations internationales.

Le but de l'agrément et de la labellisation institutionnelle est de procurer à ces projets des ressources mutualisées en matière d'informatique, de finances, de législation, de recueil des données, d'évaluation et d'enseignement.

Le groupe de travail se composera d'un représentant de la DPM, M. Jean PINSON, d'un représentant de la direction des Finances, du NSI patients, de médecins et d'un représentant de spécialité en fonction des sujets.

Le président souhaite que ce groupe de travail aboutisse à la création d'un label télémédecine AP-HP.

Le P^r Philippe ARNAUD souhaite que la pharmacie ne soit pas oubliée dans les spécialités. La télémédecine inclut la prescription et des items qui la concernent. Aucun texte officiel n'a été publié sur le sujet. Une réflexion doit être menée sur l'interface entre médecine et pharmacie.

M^{me} Roselyne VASSEUR souligne que les paramédicaux sont concernés par ces évolutions. Il serait utile de les associer, à la mesure de leurs compétences, à ces réflexions.

Le P^r Élisabeth DION prend note de ces demandes.

2. Hospitalité

Le P^r Gérard REACH souligne qu'il est aisé de définir la qualité et la sécurité. Cette exigence est définie dans la loi HPST et fait partie de la responsabilité de la CME. Le concept d'hospitalité est plus flou. Or il s'agit à l'évidence d'une attente de la part des usagers. La CME se doit d'être impliquée dans cette exigence, d'où la proposition d'un groupe de travail ad hoc. L'hospitalité peut s'envisager comme la qualité et la sécurité sur un plan humaniste.

Le groupe de travail doit définir son périmètre :

- qualité de l'accueil et de la sortie du patient ;
- qualité humaine de la prise en charge par l'ensemble des personnes ;
- qualité des informations données (éducation thérapeutique) ;
- qualité hôtelière ;
- évaluation de la satisfaction des usagers ;
- cas spécifiques.

Le groupe de travail doit également définir le concept d'hospitalité, dont la lecture peut être philosophique et éthique, en le clarifiant du point de vue du soignant et de l'utilisateur. Il pourrait s'appeler « hospitalité en acte ».

Enfin, le groupe de travail doit définir des actions et s'engager dans une démarche qui relève de l'évaluation des pratiques professionnelles et du développement professionnel continu : définition de référentiels, proposition d'audits, proposition d'actions éventuelles d'amélioration.

En conclusion, le Pr Gérard REACH suggère de constituer le groupe de travail avant la fin de l'année, avec des médecins, chirurgiens, personnels non-médicaux, philosophes, éthiciens, doyens, internes et représentants des usagers, pour un programme de deux ans, avec une information régulière de la CME sur l'avancement des travaux. Les produits à fournir au terme du mandat seraient la production de référentiels, des exemples d'actions d'EPP, l'organisation d'une étude multicentrique, d'un colloque, voire la rédaction d'un ouvrage.

Le D^r Julie PELTIER souligne une forte demande des patients et des familles. Les demandes des familles concernent « surtout » des demandes pratiques. Il convient à cet égard de conserver des postes de secrétaires hospitalières, d'aides-soignants et d'agents d'accueil.

Le P^r Philippe ARNAUD recommande d'inclure les pharmaciens dans le groupe de travail. Il indique par ailleurs que la HAS travaille actuellement sur le DPC et l'élaboration de référentiels : il serait souhaitable de travailler en partenariat avec elle.

Le P^r Gérard REACH précise que le médicament est inclus dans le thème de la sortie des patients.

VII. Évolution des équipements lourds d'imagerie à l'AP-HP

M. Didier LE STUM (DPM) présente les rapports d'activité sur les équipements lourds, diffusés avant l'été aux directions et pôles concernés. Il rappelle que ces rapports répondent à une obligation réglementaire, leur forme est donc contrainte. L'imagerie médicale recouvre les examens réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie soumis à autorisation. Le contenu des trois rapports est le suivant :

- une présentation par âge moyen et taux de vétusté ;
- une description du mode de fonctionnement des équipements ;
- l'activité réalisée et son évolution ;
- les actes demandés par les services de réanimation ;
- un indicateur sur l'état de dépendance des patients, leur âge, leur origine géographique ;
- une analyse par site et/ou par appareil

1. Scanners

Au 31 décembre 2011, 24 sites sont équipés de scanners et 42 appareils sont en fonctionnement.

Le P^r Guy SEBAG souligne que ce nombre est considérable. Cependant, l'offre diminue. L'AP-HP représente aujourd'hui environ 20 % de l'offre contre 27.5 % en 2001. Elle est orientée vers les SAU et l'hospitalisation. Concernant le rythme de renouvellement, un amortissement sur 7 ans permet de bénéficier de forfait technique à taux plein. Des compléments ont été installés, la plupart à moyens médicaux constants.

M. Didier LE STUM indique que les équipements couvrent 12 000 actes par an (moyenne constatée par appareil installé), au bénéfice de consultants externes (30 %), des patients hospitalisés (46 %) et des urgences (24 %). Les objectifs institutionnels étaient fixés à 10 000 à 12 000 actes/appareil/an à pondérer pour la pédiatrie et les malades « lourds ».

Le P^r Guy SEBAG souligne que l'activité est soutenue et la croissance importante. Les urgences représentent un tiers de l'activité, ce qui repousse les consultants externes et rend difficile la programmation de l'ambulatoire.

M. Didier LE STUM projette ensuite les résultats 2011 concernant l'activité par nature d'actes, le niveau de dépendance des patients l'âge des patients et l'origine géographique. Ces données sont relativement stables. L'ouverture de 7 scanographes au moins dix heures par jour témoigne de l'amplitude de l'activité. Les immobilisations sont équivalentes à 1,3 scanner. L'âge moyen de vétusté est de 5,3 années, avec 9 machines de plus de 8 ans.

Le P^r Guy SEBAG souligne qu'un tiers du parc approche de l'obsolescence, ce qui pose un problème de sécurité et de radioprotection. Les horaires étendus de travail imposent des amplitudes horaires importantes aux radiologues. Les progrès technologiques sont rapides. Le défi est de faire accéder les patients ambulatoires aux scanners. Les groupes prioritaires institués par la direction générale montrent que la location pourrait être une bonne solution financière. Elle impose cependant une logique ambulatoire, avec des horaires étendus et un renforcement des effectifs. Le problème de l'attractivité et des effectifs médicaux continue à se poser. Enfin, la radioprotection est un enjeu majeur. Le scanner représente 10% des examens réalisés en imagerie mais 58 % de l'irradiation des patients. Dans l'étude britannique du Lancet de 2012, il triple le risque de survenue dans les dix ans de leucémie aigue et de néoplasie cérébrale chez l'enfant. Ainsi, donc, on ne peut demander aux sites de radiologie pédiatrique d'avoir les mêmes objectifs d'activité que les sites adultes.

M. Didier LE STUM indique que 25 autorisations supplémentaires vont être accordées en Île-de-France.

2. IRM

M. Didier LE STUM indique qu'il existe 21 sites d'implantation avec 34 machines installées à ce jour. 6 implantations récentes ont lieu ces trois dernières années (3 remplacements, 3 compléments).

Le P^r Guy SEBAG souligne le retard pris dans l'installation des IRM et la vétusté des machines.

M. Didier LE STUM indique que 4 600 examens (moyenne constatée par appareil installé) sont réalisés chaque année avec une part de consultants plus importante. L'activité de consultation externe apporte des recettes directes en termes de forfait. Elle est relativement stable dans le temps. **M. Didier LE STUM** projette ensuite les indicateurs d'activité, qu'il commente en séance.

- l'âge moyen : 6,8 ans (entre 1996 et 2011, 11 de plus de 8 ans)
- Taux de vétusté : 85,4%
- Amplitude moyenne journalière : 11h25 (médiane à 11h30)
- 30 IRM sur des amplitudes égales ou supérieures à 10h, dont 19 sur des amplitudes comprises entre 11h et 14h pour des activités programmées ;
- Heures disponibles par an pour les patients programmés : 94 500 heures en 2011, soit + 6% par rapport à 2010 ;
- Immobilisations déclarées : 3 996 heures = 1,4 IRM fermée toute l'année.

Le P^r Guy SEBAG souligne que l'activité est soutenue. Elle a augmenté de 15 % entre 2009 et 2011, conformément aux objectifs institutionnels de l'activité. 11 machines ont plus de 8 ans. Un effort important de rattrapage est à fournir. L'amplitude de l'ouverture des IRM allonge aussi les horaires de travail des radiologues. Il présente ensuite les éléments de prospective :

- La diffusion des appareils à 3 Tesla ;
- La diversification du parc en introduisant l'IRM ostéoarticulaire dédiée & spécialisée ;

- En terme d'innovation technologique & recherche seront à évaluer l'IRM 7 tesla, IRM-TEP & l'IRM interventionnelle
- La nécessaire substitution au scanner notamment en neuroimagerie, neurovasculaire, obstétrique et pédiatrie;
- Les plateaux ambulatoires d'imagerie à horaire étendu avec un potentiel certain d'autofinancement
- L'alternative à l'achat ;
- L'optimisation des plateaux grâce à une approche par la méthode Lean ;
- Dans le SROS 4 : entre 8 et 10 nouvelles autorisations d'IRM sont nécessaires selon l'enquête collégiale radiologie/DPM.

3. Gamma-caméras et TEP installés au 31/12/2011

M. Didier LE STUM indique que les éléments à retenir pour la médecine nucléaire sont les suivants :

- **TEP**
 - 2628 actes par an, +8% par rapport à 2010 ;
 - 7 TEP installés au 31 décembre 2011 ;
 - Age moyen 4,2 ans, taux de vétusté 42,5% ;
 - Pas de remplacement de TEP à programmer jusqu'en 2014 ;
 - + 1 TEP en 2012 ;
 - Activité moyenne actes/an (+ % par rapport à 2010) ;
 - 22% hospitalisés, 78% consultants ;
 - L'augmentation d'activité des TEP se fait par substitution à la scintigraphie.
- **Gamma Caméras :**
 - 36 GC installées au 31 décembre 2011 ;
 - Age moyen 6,2 ans, taux de vétusté 62,1% ;
 - Activité moyenne 1 726 actes/an ;
 - 37% hospitalisés, 61% consultants, 2% urgences.

Au total, il y a 15 sites d'implantations de médecine nucléaire dans 7 GH, 2 GH ne disposent pas d'un tel équipement.

Le P^r Pierre WEINMANN rappelle que l'AP-HP a le monopole de la médecine nucléaire Paris intramuros. C'est une source de recettes importante pour les établissements. Les gammas caméras, quant à elles, sont vieillissantes. Il faut veiller à leur renouvellement Des technologies sont apparues qui permettent de réaliser des examens plus rapidement, en irradiant moins les patients. Concernant la scintigraphie cardiaque, l'équipement peut être amorti dans le cadre d'un mécanisme de location-vente en moins de deux ans.

Le P^r Michel ZÉRAH indique que l'AP-HP est probablement l'une des seules institutions hospitalières au monde à ne pas disposer d'IRM opératoires. Il faudrait dimensionner le nombre de machines nécessaires. Dans le monde, les machines sont mixtes : il est possible d'y accéder par la salle d'opération ou par un accès patient. L'architecture des nouveaux bâtiments doit prévoir les conditions d'accessibilité aux machines.

Le P^r Guy SEBAG souligne que le problème est de financer les machines dans le cadre d'une utilisation hybride, laquelle implique aussi une autorisation.

Le P^r Paul LEGMANN souligne la vétusté des machines. Cette question est liée à celle de l'attractivité de l'institution, de la sécurité des patients et des revenus directs de l'hôpital, qui devrait offrir un accès au secteur 1, y compris *intramuros*.

Le président demande s'il est possible de recourir aux procédés de *leasing* pour renouveler le parc. Il semble que l'actuelle directrice des finances soit plus ouverte sur le sujet.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que le précédent directeur financier a ouvert l'étude de l'alternative à l'achat à sa demande. Il faut savoir que l'investissement public est le moins cher, grâce à un emprunt à taux bas. Porté par un opérateur privé, l'achat est plus coûteux. Il n'est pas inintéressant pour autant d'y recourir, notamment pour les équipements à obsolescence rapide ou pour la recherche. Ce sujet s'envisage au cas par cas. Il ne permet pas de contourner les enveloppes d'investissement. A la Pitié-Salpêtrière, un investissement de cette nature a été autorisé pour répondre à un besoin ponctuel.

Le P^r Guy SEBAG précise qu'il faut s'appuyer sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les différentes études d'appel d'offres montrent que la location réduit de 15- 20 % le coût par rapport à l'achat, assure le renouvellement et le progrès technologique. Il faut cependant que la facturation soit adaptée. La réinternalisation des flux ambulatoires sur le parc de l'AP-HP peut changer des choses.

VIII. Nouveau portail Internet de l'AP-HP

Le P^r Michel ZÉRAH rappelle que le portail est en train de devenir l'outil de communication interne et externe le plus important, à la fois en matière de ressources humaines, mais il est également utilisé par la médecine de ville. C'est également souvent le premier contact des patients avec l'institution. 416 000 connexions uniques sur la page d'accueil du site ont été enregistrées en septembre 2012 et 50 600 sur celle du site de Necker.

M^{me} Anne-Christine SOLER rappelle que le projet de portail est porté par la direction du service aux patients et de la communication et conçu et réalisé par le centre de compétences informatiques. Le pilotage éditorial du portail est assuré par la direction de la communication de l'AP-HP. Il répond à deux enjeux :

- augmenter la présence et la visibilité de l'AP-HP sur Internet pour mieux valoriser l'offre de soins ;
- apporter aux publics cibles (patients, usagers, professionnels de santé) les informations et services dont ils ont besoin pour rendre l'hôpital plus accessible.

Le portail prendrait la forme d'un réseau de portails interconnectés. Chaque portail de GH reçoit un clone de la plateforme principale, sur laquelle il peut monter son site. La plateforme déployée possède une grande puissance. Il sera possible de développer un nombre important de sites.

- Le portail du GH de Necker est pilote. Il présente l'offre de soins, les centres spécialisés et peut mettre l'accent sur des dispositifs. L'hôpital Mondor, quant à lui, utilise le site pour faciliter la prise de rendez-vous. Le déploiement du réseau de portails de l'AP-HP est avancé : 4 GH sont désormais dotés de leur portail. 3 autres sont en préparation.

Le portail doit permettre une recherche dans l'offre de soins (recherche à partir de mots clés, du nom du médecin, ...). La base Offre de soins permet de fournir aux usagers les informations concernant les consultations externes de l'AP-HP et décrivant l'organisation médicale des GH en pôles et services. Elle contient les informations concernant tous les médecins et les acteurs de

l'offre de soins de l'AP-HP. Une nouvelle version de cette base institutionnelle doit être déployée, elle apportera deux évolutions :

- des flux automatisés pour alléger les saisies et fiabiliser les mises à jour ;
- l'introduction de nouvelles informations sur les structures et consultations

Deux points doivent faire l'objet d'attention :

- la recherche d'une convergence avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR-Ile-de-France) ;
- Réalisation de filtres sur la base de données Offre de soins, permettant à un portail de GH de proposer en 1^{ère} intention l'offre de soins du GH.

Enfin, les autres chantiers en cours sont le passage en production de l'infrastructure des portails et l'acquisition d'un moteur de recherche web couvrant tous les sites intranet et internet de l'AP-HP.

Le président annonce que la CME sera prochainement informée sur la réforme de la messagerie. Il demande si le portail inclut un lien vers la CME facilement accessible. Il souhaiterait qu'un membre de la CME soit associé au comité de rédaction du portail.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond que le site de la CME est annoncé sur le portail. Il est possible d'accroître sa visibilité sur le portail. La Direction générale a mis en place un comité de pilotage stratégique sur le portail. Des propositions vont être soumises au président de la CME pour qu'un représentant de la CME intègre le comité de pilotage et participe au comité éditorial. Mme TELLIER, directrice de la communication de l'AP-HP, est chargée de la mise en place du dispositif de gouvernance et soumet cette proposition à la CME.

Le P^r Jean-Philippe WOLF salue l'évolution du portail de l'AP-HP. Il demande s'il est possible d'héberger les sites d'un service, comme l'assistance médicale à la procréation.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond que le projet vise à offrir aux sites dispersés un accès aux plateformes de GH. Il est en effet possible au site du GH d'apporter des informations plus ciblées. Les sites peuvent être ouverts à tous publics ou réservés à des communautés.

Le P^r Jean-Claude ALVAREZ suggère de mettre en ligne le catalogue des activités de recours sur le site de l'AP-HP pour qu'il soit plus accessible à l'extérieur.

Le P^r Bernard GRANGER observe que les informations du site Internet de l'AP-HP sont rarement actualisées. L'effort de mise à jour n'est pas fait. Le moteur de recherche n'est pas intuitif. Il est plus rapide d'effectuer une recherche sur Google.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond que la mise à jour s'effectue manuellement. Des flux automatisés sont en cours de mise en place pour la faciliter. La pertinence du moteur de recherche s'appuie sur le repérage de mots clés qui décrivent finement l'activité. Les référents sont aidés pour penser les mots clés. Le travail sur le répertoire des personnels d'Île-de-France va être très précis à cet égard.

Le P^r Catherine BOILEAU constate qu'il est souvent question de consultation et de service clinique lorsqu'on présente le site Internet de l'AP-HP. Or une partie de l'activité ne relève pas de la consultation. Les biologistes, par exemple, ont une activité de recours qui mérite d'être mise en valeur pour son attractivité et sa rentabilité.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond que les mêmes champs sont utilisables pour décrire l'activité quelle que soit la spécialité, afin que l'ensemble des acteurs de santé de l'AP-HP soient représentés dans l'offre de soin.

Le président demande si l'e-mail du médecin est fourni.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond qu'il est possible de récupérer l'adresse Email d'un médecin sur deux dans les bases de données de gestion du personnel. L'annuaire électronique est interne à l'AP-HP. Il n'est pas exposé sur Internet.

Le P^r Paul LEGMANN demande si les centres d'appels vont être remplacés par les prises de rendez-vous en ligne. Il serait par ailleurs utile de pouvoir envoyer les comptes rendus et images de manière sécurisée.

M^{me} Anne-Christine SOLER répond que les deux dispositifs se complètent efficacement. Ils ne s'excluent pas.

A la question du **P^r Paul LEGMANN**, le **P^r Michel ZÉRAH** indique qu'il est déjà possible d'envoyer un compte rendu sécurisé à un correspondant de ville par la messagerie Apicrypt. Ce point sera détaillé lors de la présentation sur l'évolution de la messagerie AP-HP.

IX. Rapport d'étape 2012 du contrat de bon usage des produits de santé à l'AP-HP

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS (DPM) rappelle qu'il s'agit d'une autoévaluation qui donne lieu à la rédaction d'un rapport d'étape institutionnel annuel qui se base sur des informations fournies par chaque hôpital de l'AP-HP. L'objectif de ce rapport est de voir si les engagements souscrits par l'AP HP auprès de l'ARS et de l'assurance-maladie sont respectés et de suivre la montée en charge de la sécurisation des circuits du médicament et des DM, ainsi que le respect du bon usage des produits de santé innovants et coûteux. La structure de pilotage mise en place depuis 2006 au niveau du siège aide à la rédaction de ce rapport.

En termes de sécurisation des circuits, on ne peut que constater qu'il subsiste de grandes disparités entre les établissements. Globalement, on enregistre cependant une montée en charge de la prescription informatisée (2/3 lits MCO ; + 8%), de l'analyse pharmaceutique des prescriptions (1/2 lits MCO +2%), de la préparation centralisée des anticancéreux (4/5 sont centralisées) et de l'enregistrement informatisé des administrations (1/2 lits MCO ; +6%). En revanche, il n'y a pas de réelle amélioration du taux de délivrance nominative des traitements. Au contraire, on constate la fermeture de certaines antennes pharmaceutiques dans les services de soins. Au niveau de la sécurisation du circuit des DMS, il n'y a pas de réelle amélioration de l'informatisation de l'ensemble de ce circuit qui permettrait notamment d'améliorer la traçabilité de la pose des DMI dans le dossier du patient

En ce qui concerne les produits de santé innovants et coûteux, l'AP-HP s'est engagé à respecter leur bon usage et notamment les référentiels en vigueur. Les dépenses correspondantes ne doivent pas dépasser certains pourcentages d'évolution et l'AP-HP n'est pas à l'abri de contrôles dans ce domaine. Au premier semestre 2012, les dépenses de ce type de médicaments atteignent 122 millions d'euros ; 76,5 % de ces dépenses sont dues à 14 d'entre eux ; 44,5 % à 4 médicaments (influximab, immunoglobulines humaines normales iv, rituximab, bevacizumab). Les dépenses des dispositifs médicaux implantables représentent 31,4 millions d'euros et croissent de façon importante dans trois domaines : cardiovasculaire, prothèses de membres inférieurs et implants cochléaires.

En conclusion, le CBUS est un véritable levier dans la démarche de sécurisation des circuits des produits de santé en lien avec la certification et l'arrêté du 6/04/2011. Les objectifs à atteindre chaque année sont plus exigeants. On constate une évolution régulière au sein de l'AP-HP avec cependant toujours des marges d'amélioration importantes. Le système d'information patient, les réorganisations des PUI et le contexte budgétaire ont un impact sur ces enjeux. Le non-respect des référentiels de bon usage doit être justifié au cas par cas car il existe un risque financier qui pourrait être important.

Le P^r Philippe ARNAUD souligne que la prescription hors AMM est légitime dans un CHU. La question est de savoir si elle est justifiée par les données scientifiques. Il insiste par ailleurs sur la nécessité de maintenir les systèmes d'information actuels en attendant le NSI Patient.

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS confirme la nécessité de justifier dans le dossier du patient l'utilisation des médicaments dans toute situation clinique hors AMM ou recommandation temporaire d'utilisation.

Le P^r Thierry BÉGUÉ fait part de l'inquiétude des chirurgiens quant à la limitation des capacités d'innovation dans les dispositifs implantables. Il convient de rechercher des procédures simples pour un certain nombre de DMI.

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS répond que c'est une vraie question. Une réflexion institutionnelle sur ce sujet serait intéressante.

Le P^r Béatrice CRICKX souligne que le contrat de bon usage soulève le sujet du management de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament, notamment pour la désignation des responsables du circuit dans chaque GH.

Le D^r Guy BENOÎT souligne l'importance de la création d'une interface entre le NSI Patient et le NSI Gestion. Le contrat de bon usage fait remonter de nombreux problèmes dont l'impact financier n'est pas neutre.

M^{me} Catherine MONTAGNIER-PÉTRISSANS indique que la Direction des Finances et les Départements d'Information Médicale (DIM) travaillent sur l'amélioration de l'exhaustivité de la remontée d'informations.

X. Calendrier de la révision 2013 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH) à l'AP-HP

M. Jérôme HUBIN (DPM) présente le calendrier de la révision 2013 des effectifs de PH, qui commence par l'analyse exhaustive des 343 demandes enregistrées à ce jour, dont 203 de maintien de postes, dont 167 PH temps plein, une dizaine de retours d'emprunt, 21 de financement total, 25 de financement partiel. L'anesthésie réanimation fait l'objet d'un traitement particulier, justifié par le volume des demandes de maintien de postes et la nécessité de préserver la discipline. Les demandes des Collégiales seront examinées par la DPM, la décision sera prise par la DPM et le Président de CME, selon un calendrier identique au reste des demandes. Jérôme HUBIN précise que le nombre total de demandes est encore susceptible de varier.

- en cours : rencontres avec les Présidents de Collégiale ;
- pour le 15 octobre, classement des candidats par les Collégiales ;
- les 15, 22, 29 octobre et 5 novembre, 4 réunions du groupe de travail CME pour examiner toutes les demandes sauf celles formulées pour l'anesthésie-réanimation et établir un pré-classement (A : soutien de la demande, B : demande à revoir, C : demande non soutenue) ;

- 26 novembre et 3 décembre : 2 réunions du bureau de la CME élargi aux membres de la CTEM pour aboutir à un pré-classement définitif ;
- CME du 11 décembre 2012 : classement définitif des demandes
- janvier 2013 : arbitrage final de la Directrice Générale.

Le président indique que le cadrage budgétaire de la révision figure dans le PGRP 2013 qui circule dans les GH. La directrice générale va rédiger une note de cadrage budgétaire avec une ambition de 4 M€ sur le titre 1, soit une quarantaine de postes de PH temps plein. La direction des finances et la direction générale espèrent pouvoir reprendre des postes d'attachés sans entraver le fonctionnement des hôpitaux. La CME a la volonté de suivre un raisonnement médical et non pas financier dans sa proposition de révision 2013 ; un équilibre doit être retrouvé entre le maintien de la qualité des soins et de l'innovation, d'une part, et ne pas creuser le déficit de l'AP-HP, d'autre part. En conclusion, le président compte sur la participation de la CME à la sélection des dossiers qui seront soumis à la direction générale.

XI. Approbation des comptes rendus des séances du 10 juillet et du 11 septembre 2012

Les comptes rendus des séances du 10 juillet et du 11 septembre 2012 sont approuvés à l'unanimité.

XII. Questions diverses

Le P^r Yves COHEN souhaite revenir sur le démenti de la directrice générale lors de la séance du 11 septembre dernier, relative à une mise sous tutelle de certains GH. Il rappelle que le 14 août, un Email a été reçu par la direction hospitalière du GH, annonçant une surveillance des postes. Il a été suivi d'un courrier de la DEFIP le 20 août, mettant en avant des dépassements sur le personnel et un niveau de recettes inférieur à la cible. Le courrier mentionne qu'en conséquence le GH doit soumettre toute demande de recrutement de PNM à l'autorisation préalable de la DRH de l'AP-HP. La décision est tombée sans aucune demande d'explication. La direction du GH a vérifié les chiffres avancés par la DEFIP, en rappelant que le GH a connu deux crises importantes ; elle constate une erreur d'1,5 million d'euros en faveur du GH.

La direction du GH a vérifié les chiffres avancés par la DEFIP, en rappelant que le GH a connu deux crises importantes et a constaté, en termes de dépenses, une erreur de 1,5 million d'euros en faveur du GH. Les 2 crises étaient : La fermeture de la réanimation d'Avicenne du 1^{er} Janvier au 22 mai 2013 en raison d'une Bactérie Multirésistante (perte financière de 1,3M d'€ en ne tenant compte que du forfait réanimation) et la fermeture partielle du bloc de J Verdier en raison de départs d'anesthésistes pour H Mondor. Malgré cela le GH est à 3 % d'activité en plus soit 1,9 % au dessus de la cible.

Le président demande si la tutelle est suspendue.

Le P^r Yves COHEN souhaite que les relations entre les GH et le Siège soient plus constructives. Il demande que le siège, avant de prononcer des « sentences » travaille en amont avec le GH pour expliquer et valider son bilan financier. Dans la période difficile qui est la notre, il est essentiel de ne pas stigmatiser des personnels soignants victimes d'un sentiment d'injustice malgré leurs efforts.

Le P^r Bernard GRANGER aborde le sujet de la démission du responsable des urgences de l'hôpital Saint-Louis. Sa lettre de démission interpelle sur son cas personnel, mais aussi sur la situation des urgences. Cette lettre n'ayant entraîné aucune réaction des destinataires, ce praticien a décidé de la rendre publique et les journalistes lui ont donné un large écho médiatique. La

Directrice Générale a répondu qu'elle allait le rencontrer dans les plus brefs délais. A ce jour, elle ne l'a pas encore contacté. Il regrette que le Siège ne réagisse pas, tout en promettant de le faire à la presse.

Le président confirme que la lettre de démission, datée du 17 septembre, était adressée à la directrice générale et au directeur de la politique médicale. Faute de réponse le 27 septembre, le D^r TABOULET a communiqué avec la presse. Le P^r CAPRON a rencontré son collègue le 28 septembre à l'hôpital Saint-Louis. Il a compris qu'il était au bord du surmenage et dénonçait un système inadapté aux besoins et à la demande croissante du public, ce qui recoupe les demandes des urgentistes parisiens. Le président de la CME a fait part de cet entretien à la directrice générale qui a promis de recevoir le praticien.

M. PINSON rappelle l'existence, depuis plus d'un an, de la plateforme des urgences qui est un lieu de discussion entre le Siège, la direction générale, la DPM, la CME, la DEFIP et la collégiale des urgentistes. Si la qualité des débats au sein de cette instance peut faire l'objet d'avis divergents, de même que son efficacité, il n'en demeure pas moins que des thèmes sont de fait réellement dans ce cadre abordés collectivement (« seniorisation » des urgences, organisation de la prise en charge...).

Le président souligne la complexité de la distinction entre le Siège et ses déclinaisons dans les GH. La direction générale a considéré l'affaire réglée par le directeur du GH et le président de CME locale. Celui-ci a confirmé que la démission était prévue depuis le mois de juin 2012 et que sa succession était organisée, en lui réservant un avenir de praticien hospitalier des urgences partageant son temps avec la cardiologie ambulatoire de l'hôpital Saint-Louis. À la décharge de la direction générale et de la direction de la politique médicale, l'affaire semblait réglée et la souffrance de l'urgentiste était prise en compte à l'échelle du GH.

La séance est levée à 12 heures 40.

*

* *

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

mardi 13 novembre 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 31 octobre 2012 à 16 heures 30