

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 12 JANVIER 2010

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 9 FEVRIER 2010

ORDRE DU JOUR
(salle du Conseil d'Administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- EPRD 2010 :
 - Méthodologie d'élaboration et calendrier de l'EPRD 2010 (*M. Sauvage*)
 - Information sur les opérations restructurantes (préparation du séminaire du 14 janvier 2010) (*Pr Coriat – Pr Fagon – Pr Aigrain*)
- 3- Gestion de la dette (*M. Gripon*)
- 4- Point sur le système d'information clinique (*Pr. Lepage*)
- 5- Réforme des études d'infirmières (*Mme Ricomes*)
- 6- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 7- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 décembre 2009.
- 8- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur des demandes de renouvellement et premières demandes de prolongations d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur la demande de mutation interne d'un praticien hospitalier
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur une candidature aux fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique à titre provisoire.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.

CME exceptionnelle du 26 janvier 2010 pour une présentation à la CME des projets restructurants de l'APHP permettant une élaboration par projet de l'EPRD 2010

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
 - M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme DESOUCHES, médecin de l'IRS,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr AIACH
 - M. le Pr BERCHE
 - M. le Pr SCHLEMMER.

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - M. GOTTSMANN, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***
 - Mme le Pr GAUSSEM, Mme C. HENRY, M. le Dr REMY, M. le Pr RICHARD, M. le Pr RYMER.

Sommaire

I.	Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II.	EPRD 2010	6
III.	Gestion de la dette	12
IV.	Point sur le système d'information clinique	13
V.	Réforme des études d'infirmière	18
VI.	Avis sur les contrats d'activité libérale	23
VII.	Révision des effectifs HU	23
VIII.	Approbation du compte rendu de la séance du 8 décembre 2009	24

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence de M. CORIAT.

Le **président** présente ses meilleurs vœux à la CME à titre personnel et professionnel. D'un point de vue institutionnel, il souhaite le rétablissement de relations de confiance entre le ministère et l'AP-HP, afin de pouvoir revoir ensemble la dotation en personnel soignant, de faire de la démarche par projets, sur laquelle sera fondé l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) de l'année 2010, un pari positif et de mener à bien la modernisation de l'offre de soins. Il réaffirme que les emplois ne peuvent être rendus que dans le cadre des marges de manœuvre dégagées de cette modernisation, sous peine de mettre en danger l'AP-HP.

Le **directeur général** présente Monsieur Philippe SAUVAGE, qui a pris les fonctions de directeur économique et financier de l'AP-HP, ingénieur en chef du corps des Mines et précédemment directeur adjoint au cabinet du Ministre. Il lui souhaite la bienvenue à l'AP-HP.

Il adresse aux membres de la CME ses vœux de bonheur, de santé et de prospérité aussi bien sur le plan personnel que professionnel, souhaitant que l'implication de tous reste significative. L'année 2010 est en effet importante pour l'AP-HP, qui sera confrontée à des choix parfois difficiles mais porteurs d'avenir qui s'imposent au regard de la conjoncture actuelle, tant économique, sociale que démographique, qu'au regard des progrès médicaux existants ou à venir. Ces choix devront être guidés par notre mission principale centrée vers le patient, et dans la recherche permanente du progrès.

La modernisation souhaitée par le président sera menée de manière résolue, mais aussi dans la concertation et selon une méthodologie rénovée.

Le **président** souhaite que la CME honore la mémoire du Professeur Dominique MAHIEU-CAPUTO et du docteur Dominique MEYNIEL qui viennent de disparaître. Il laisse la parole au Professeur OURY, en qualité de représentant de la discipline de gynécologie-obstétrique, afin qu'il rappelle l'impression forte d'humanité et de compétence ressentie en présence du Pr MAHIEU-CAPUTO.

M. OURY adresse ses premières pensées à sa famille et à sa fille de quatre ans. Dominique MAHIEU-CAPUTO s'est battue jusqu'au bout contre la maladie, elle a travaillé avec énergie sur la prise en charge des grossesses dans le cadre de la précarité. Ses collègues auront à coeur de poursuivre la mission qu'elle s'était fixée en gynécologie obstétrique.

Le **président** évoque ensuite la mémoire de Dominique MEYNIEL, coordonnateur médical de pôle à l'hôpital Tenon et cède la parole à M. CHERON.

M. CHERON précise que Dominique MEYNIEL est l'un des premiers à avoir pensé les urgences comme un mode d'exercice particulier, il y a insufflé le respect des patients. M. CHERON témoigne de la distance, du recul et de l'humanité qui le caractérisait déjà. Dominique MEYNIEL savait placer le patient en priorité des réflexions, apprenant à ses confrères à faire de même. Il était une référence, discret et cultivé. C'est une perte douloureuse pour la spécialité des urgences.

Le **président** propose d'aborder le premier point de l'ordre du jour.

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

Le **président** insiste sur le lien entre le conseil exécutif et la CME dans la préparation des projets sur lesquels l'EPRD 2010 doit être établi. Ces projets doivent être présentés le 1^{er} février au cabinet de la Ministre de la Santé et des Sports, qui a accepté la démarche proposée par l'AP-HP. Le mois de janvier sera donc mis à profit pour évaluer les impacts médicaux et économiques de ces projets avec la DPM.

Le jeudi 14 janvier se tiendra un conseil exécutif exceptionnel auquel seront invités les Professeurs MUSSET et SEBBANE en qualité de représentants des Présidents de CCM à la CME et les Professeurs HARDY et VALLEUR respectivement en charge de la commission des structures et de la commission du temps médical, afin d'analyser les projets et les opérations restructurantes. Pour leur donner plus de poids et éviter toute erreur, il est préférable que la communauté médicale valide les projets qui seront présentés ensuite au cabinet. En conséquence, une CME exceptionnelle sera consacrée à ce sujet le 26 janvier prochain.

Le président réaffirme sa détermination à ce que l'EPRD soit guidé par des projets et qu'aucun emploi ne soit retiré sans dégageant préalable de marges de manoeuvre.

Le **directeur général** précise que le point II de l'ordre du jour porte sur la méthodologie d'élaboration de l'EPRD 2010. Sera ensuite présenté le déroulé de la réunion du conseil exécutif exceptionnel, en sachant que le détail des opérations sera présenté le 26 janvier à la CME.

Le **président** souhaite avoir l'assurance que le rendez-vous auprès du cabinet de la Ministre prévu début février ait bien lieu, la notion d'année pleine dans les emplois ne permettant pas de prendre du retard dans les négociations.

II. ETAT PREVISIONNEL DES RECETTES ET DES DEPENSES 2010 (EPRD)

1. Méthodologie d'élaboration et calendrier de l'EPRD 2010

M. SAUVAGE rappelle que l'exercice 2010 est financièrement contraint. Le déficit tendanciel est de l'ordre de 180 millions d'euros, mais il est important de maintenir un cadrage pluriannuel avec un déficit inférieur à 100 millions d'euros, sous peine que les capacités d'investissement et de développement de l'institution soient fortement réduites, ainsi que la possibilité de mener à bien un projet médical ambitieux.

L'EPRD 2010 sera construit cette année par projets. Les conférences stratégiques ont permis d'aborder de nombreux sujets restructurants qui doivent être analysés et leurs projections confirmées. Les investissements nécessaires doivent faire l'objet d'une analyse de priorité. Une deuxième rencontre avec chaque groupe hospitalier (GH) a permis d'analyser le plus précisément possible tous les projets. Les plus significatifs seront examinés lors de la séance du conseil exécutif du 14 janvier.

Les projets doivent mobiliser tous les leviers disponibles, à savoir :

- le développement de l'activité, l'optimisation des capacités d'accueil etc. ;

- les efforts sur la masse salariale (gardes et astreintes, fonctions supports, organisation etc.) ;
- les efforts sur les achats et la consommation de médicaments ;
- les restructurations de sites.

L'EPRD sera décliné par groupe hospitalier, ainsi, les objectifs et réalisations des projets sont liés par groupe hospitalier. Il prendra la forme d'un contrat d'objectifs avec chaque GH, simplifié mais précis, qui permettra d'assurer un suivi et de mettre en place un dispositif d'adaptation le cas échéant, en fonction des résultats du 1^{er} semestre. Les réalisations, l'activité, les mesures sur les médicaments et les achats feront l'objet d'un suivi organisé.

Le calendrier est serré :

- réunion du conseil exécutif le 14 janvier ;
- dialogue avec la tutelle sur la construction de l'EPRD début février ;
- lancement dès à présent des mesures sur les services centraux et généraux ;
- déclinaison des objectifs et des projets par GH fin janvier, début février ;
- déclinaison et arrêté de l'EPRD en mars ;
- notification par hôpital avec consolidation par GH.

M. SAUVAGE souhaite profiter de l'occasion qui lui est donnée pour alerter les membres de la CME sur l'importance de l'exhaustivité du codage, sans laquelle des ressources sont potentiellement perdues pour l'AP-HP. Le taux d'exhaustivité est actuellement de 99,5 %, les 0,5 % restants représentant un montant non négligeable de 12 millions d'euros, éventuellement en manque à gagner.

Le **président** souligne qu'il est essentiel de maintenir l'investissement au niveau de l'institution. Il demande comment, dans le cadre de l'EPRD 2010, être certain qu'il sera maintenu voire augmenté.

Le **directeur général** distingue l'investissement en cours, des capacités de nouveaux investissements ; 2010 est une année de fort investissement.

M. SAUVAGE précise que l'investissement de l'AP-HP est de l'ordre de 500 millions d'euros par an qui ne correspondent pas pour autant à 500 millions d'euros de nouveaux investissements, certains étant déjà en cours, d'autres étant liés à l'entretien des bâtiments ou encore à l'informatique. Pour maintenir l'investissement, il faut éviter de dégrader davantage la situation financière de l'AP-HP. Les 2 milliards d'euros d'investissement prévus pour la période 2010-2014 sont liés aux objectifs de redressement financier. Il importe donc de les tenir.

M. FOURNIER s'enquiert du calendrier de la T2A / SSR et de son impact en 2010-2011. Il demande par ailleurs des précisions sur le mode de répartition MIGAC-MERRI au sein des GH, cette répartition s'effectuant d'habitude entre hôpitaux.

M. SAUVAGE répond que la SSR devrait intervenir en 2011-2012, sans impact en 2010. *A priori*, l'AP-HP se situe dans le haut de la moyenne en termes de convergence. Les MIGAC-MERRI seront répartis techniquement par hôpital mais intégré par GH. C'est un système complexe dont le redéploiement sera tenté de manière la plus simple et juste possible.

M. LYON-CAEN souhaite connaître la vision de **M. SAUVAGE** sur l'AP-HP ainsi que sur l'objectif d'une réduction à zéro du déficit de l'institution d'ici à 2012.

Concernant le premier aspect, **M. SAUVAGE** répond que l'évolution la plus sensible de sa vision de l'institution depuis son arrivée concerne sa structuration. Vu depuis le ministère, l'APHP est systématiquement traitée comme un tout, alors qu'il est plus visible à l'intérieur que des différences de problématiques notables existent suivant les GH.

Concernant le déficit de l'AP-HP, il faut préserver les capacités d'investissement, ce qui est actuellement difficile. Il importe donc de mener à bien les modernisations à même d'enclencher une dynamique vertueuse en matière d'investissement.

S'agissant du redressement de l'institution, il est lié à la capacité de poursuivre les investissements. Le cadrage ministériel, à savoir la volonté d'un retour à l'équilibre en 2012, ne fait que refléter la nécessité de maintenir la capacité de modernisation et d'investissement de l'AP-HP.

Le **Directeur Général** est convaincu que l'AP-HP possède les moyens du retour à l'équilibre.

M. CAPRON croit savoir que ni la CME ni le Conseil d'administration ne voteront l'EPRD 2010. Il souhaite en connaître les raisons et les textes fondant cette décision.

Le **directeur général** précise que la CME aura examiné l'EPRD 2010 et pu rendre son avis. Cette situation s'explique par le processus en cours de changement d'instances. Le conseil d'administration doit en effet être remplacé par un conseil de surveillance et voit sa compétence transférée à un directoire, présidé par le directeur général et composé de cinq médecins. L'EPRD 2010 sera arrêté par le directoire après recueil de l'avis de CME, du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

Rappelant que le vote de la CME sur l'EPRD n'était pas décisionnaire, le **président** estime que la réduction des pouvoirs de l'instance n'est qu'apparente. En cas de désaccord, la CME a la possibilité de médiatiser son opposition, ce qui peut exercer un impact aussi fort que par le passé. L'absence de liens hiérarchiques avec les tutelles et ses valeurs éthiques et médicales et son rôle de représentation de la communauté médicale renforcent sa légitimité à s'opposer à toute décision contraire à l'intérêt de l'AP-HP et des patients. La CME a des devoirs par rapport à ceux qui l'ont élu. C'est pourquoi elle maintient des contacts étroits avec les présidents de CCM.

M. DASSIER fait part du trouble dans les établissements de santé de l'AP-HP, notamment en anesthésie réanimation. Les postes libres ne pourraient être occupés, faute d'avoir recueilli l'aval du siège central. De plus, les postes proposés ne correspondent qu'à des postes de vacataires. Cette situation, si elle est avérée, pose un problème dans le fonctionnement des services et pour l'attractivité des postes. Les postulants de qualité préfèrent désormais aller prendre des postes de PH contractuels ou de titulaires dans d'autres établissements que l'AP-HP !

Le **président** répond que la CME a porté une attention particulière aux postes d'anesthésie réanimation. Il n'a pas connaissance du non recrutement de collègues voulant l'être. En dehors des quatre postes rendus dans le cadre de l'effort d'efficience, aucun autre n'a été supprimé. Il s'étonne donc des propos de **M. DASSIER**.

Le **directeur général** répond que l'AP-HP compte 40 postes vacants en anesthésie réanimation, sur lesquels il n'existe aucune limite à la titularisation, celle-ci étant uniquement contrainte par un

examen de la commission des effectifs de la CME. Il rappelle par ailleurs qu'il est nécessaire de rééquilibrer l'anesthésie réanimation entre les sites, en lien avec ses représentants.

M. DASSIER souscrit à ces propos, mais s'interroge sur l'avenir des postes de PH.

Le **président** suggère de réaffirmer l'absence de limites au recrutement d'anesthésistes réanimateurs sur les postes existants et de communiquer à la CME les cas connus de personnes non recrutées sur ce type de poste.

M. FAGON rappelle que pendant la procédure de révision des effectifs, quatre disciplines ont été affirmées comme sensibles démographiquement : l'anesthésie réanimation, l'imagerie, l'anatomie pathologie et la médecine nucléaire. Elles bénéficient d'une attention renforcée.

M. CARLI souligne la vigilance de la collégiale des professions d'anesthésie réanimation sur ce sujet. Celle-ci a mis au point des paramètres garantissant une plus grande transparence dans l'activité et l'organisation des services de réanimation. Sous réserve du maintien des postes existants, une offre de soins cohérente devrait pouvoir être mise en place dans ce domaine, sur la base de résultats objectifs. Il espère que la communauté médicale se mobilisera dans ce sens, l'anesthésie réanimation impliquant l'ensemble de l'activité chirurgicale.

M. MUSSET s'inquiète des économies à réaliser dès 2010, prélevées essentiellement sur la masse salariale. L'importance de réaliser les réductions d'emploi en cohérence avec les projets médicaux de l'AP-HP fait consensus. A ce jour, les GH ont finalisé plus de 90 projets, qui doivent permettre de mettre en place progressivement des restructurations, à partir desquelles seront effectivement définies des réductions de personnels médicalement justifiées. Pour mener ces restructurations, des investissements majeurs sont indispensables. M. MUSSET refuse donc le discours selon lequel l'investissement de l'AP-HP est conditionné par le respect des autres éléments de son activité et de ses dépenses.

Le Président de la République a affirmé en mai 2009 vouloir sacraliser l'investissement dans les hôpitaux. L'AP-HP souffre depuis des années d'un manque total en la matière, qui l'empêche d'effectuer un recrutement cohérent. Un budget d'investissement de 500 millions d'euros par an pendant quatre ans ne saurait garantir la réalisation des restructurations et l'atteinte de la convergence sectorielle en 2012. Un budget plus élevé est indispensable.

Le **directeur général** confirme qu'une politique d'investissement soutenue est nécessaire. La recherche de l'équilibre économique n'est pas un objectif en soi, l'objectif étant de maintenir les capacités d'investissement, en partie seulement grâce à notre capacité d'autofinancement. Actuellement, le fait est que cette capacité d'investissement de l'AP-HP s'élève à 450 millions d'euros par an. Le Directeur Général prend acte de l'opinion de M. MUSSET mais ne partage pas l'affirmation selon laquelle les économies porteront essentiellement sur les emplois. Il rappelle que les économies réalisées sur le titre II représentent autant d'efforts en moins à réaliser sur la masse salariale. Il évoque également les nombreux projets en cours de réalisation de l'AP-HP, qui ne peut être considérée en sous investissement.

Il convient par ailleurs de réfléchir à la nature des investissements à réaliser, en termes de nombre de sites, de respect des règles générales économiques et médicales ou encore de regroupement des laboratoires de biologie et de suppression des doublons de gestion.

Le directeur général partage la conviction selon laquelle doivent être menés des projets de restructuration médicalement pertinents, tout en soulignant que ceux-ci doivent conduire à une gestion plus économe de l'AP-HP.

M. MUSSET partage ces propos. Il doute néanmoins que les investissements actuels et les projets de restructuration de l'AP-HP lui permettent, sans moyens supplémentaires, d'atteindre la convergence intrasectorielle en 2012.

Le **directeur général** rappelle que les projets de restructuration médicale sont complétés par des projets de restructuration du siège et des fonctions supports, qui contribuent significativement aux efforts d'efficacité. L'objectif est de moderniser l'AP-HP, afin d'offrir à la population d'Ile-de-France les soins de qualité auxquels elle a le droit de prétendre. Cette modernisation nécessite des investissements plus ou moins importants selon les secteurs, dans un horizon de dix ans, en partenariat avec d'autres acteurs publics. Un soutien supplémentaire de l'Etat ne pourra être obtenu qu'à condition de démontrer la capacité de l'AP-HP à mener à bien ces restructurations.

Au regard de l'ancienneté du bâti de l'AP-HP, le **président** suggère de rechercher des financements complémentaires auprès des villes et de la région. Constatant que les hôpitaux de province bénéficient d'investissements considérables en la matière, il s'interroge sur l'origine de ces fonds.

Le **directeur général** répond que les établissements de province se sont très tôt engagés dans une politique de réduction du nombre de leurs sites, contrairement à l'AP-HP qui compte 38 hôpitaux. De ce point de vue, le regroupement en GH constitue une première étape. Les hôpitaux de province ayant investi dans de nouveaux bâtiments ont donc déjà répondu aux problématiques auxquelles est confrontée l'AP-HP aujourd'hui.

2. Information sur les opérations restructurantes (préparation du séminaire du 14 janvier 2010)

Le **président** souligne que le fil directeur des opérations restructurantes résulte d'une réflexion commune à la DPM et à la CME. Il se réjouit de cette collaboration.

M. FAGON souhaite revenir tout d'abord sur la nécessité de corriger les erreurs de codage. La situation est hétérogène selon les sites et les services, dont certains ne codent que 60 % de leur activité. Or le déficit de recettes ainsi généré est subi par l'ensemble de l'institution. Il demande donc aux présidents de CCM de faire passer ce message dans leurs instances, en sachant que la date limite de codage est fixée au 21 janvier, 12 millions d'euros sont en jeu.

Concernant le séminaire du 14 janvier 2010, il débutera par un examen du projet de modernisation du siège et des fonctions supports, avant d'entrer dans la logique d'une réflexion par projets, en dressant un état des lieux des opérations 2009 finalisées et / ou en cours.

M. FAGON présente ensuite une liste non exhaustive des opérations prévues en 2010 qui fera l'objet du point suivant :

- ouverture du nouveau bâtiment de l'hôpital Rothschild ;
- ouverture de la maternité PPR1 ;
- ouverture du bâtiment Jean Dausset en biologie sur le site de Cochin ;
- transfert du centre des brûlés de Cochin et Rothschild - Saint Antoine à Saint-Louis ;

- transfert de la cancérologie médicochirurgicale de l'hôpital Ambroise Paré à l'HEGP ;
- transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu à Saint-Antoine ;
- fermeture de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Au-delà de 2010, sont actées des opérations telles que BUCA, le bâtiment Laënnec sur le site de Necker, l'ouverture du bâtiment complémentaire de cardiologie sur le site de la Pitié-Salpêtrière et l'ouverture de Corentin Celton 2. Ces opérations représentent des investissements importants ouvrant un nombre significatif de lits.

Les membres du conseil exécutif auront à connaître des capacités d'investissement de l'AP-HP en lien avec la maîtrise des dépenses de l'institution.

Le séminaire abordera également le sujet des opérations plus emblématiques programmées sur la période 2015-2019 :

- restructuration des hôpitaux Bichat et Beaujon, dans l'hypothèse d'une reconstruction sur un site unique ;
- bâtiment de la hauteur pour le centre intégré en cancérologie de la Pitié-Salpêtrière ;
- redimensionnement de Charles Foix et de l'offre de soins SSR gériatrique dans le Val de Marne ;
- restructuration de Cochin-Hôtel Dieu et dimensionnement final de l'Hôtel Dieu ;
- restructuration des blocs opératoires et des réanimations de l'hôpital Henri Mondor et l'ensemble du site ;
- restructuration de Bicêtre – Paul Brousse avec la localisation optimale du centre hépatobiliaire ;
- réorganisation des hôpitaux Saint-Louis / Lariboisière et en particulier l'avenir du site Fernand Widal et le regroupement des activités sur Lariboisière ;
- réorganisation de la pédiatrie spécialisée ;
- volonté de proposer une offre CHU dans le département de la Seine-Saint-Denis afin que l'AP-HP soit présente sur certaines thématiques comme la cancérologie, la périnatalité, l'obésité...

Le point suivant du séminaire portera sur les éléments stratégiques restructurants dans les GH comme le SAU et son aval, la pédiatrie, la cancérologie, le SSR et la gériatrie, les plateaux médico-techniques mais avant tout de la biologie. D'autres opérations feront l'objet de fortes incitations des tutelles en termes d'autorisations, à savoir les centres lourds cardiovasculaires, ainsi que les centres lourds de neurologie médicochirurgicale interventionnelle, d'obstétrique et de périnatalité, d'épidémiologie et d'obésité.

Puis, un petit nombre de projets identifiés comme à fort impact en 2010 dans le domaine médical, dans les fonctions supports ainsi qu'en logistique seront présentés. Ces projets permettent d'afficher la volonté de l'AP-HP de se réorganiser en profondeur, avec un temps de réponse rapide. Seront passés en revue les 12 GH et les structures extra groupes.

Enfin, le séminaire se terminera par la présentation de la visibilité des modalités de mise en œuvre et de suivi des projets, notamment en matière de transfert d'activité entre sites. L'objectif serait de laisser aux GH la responsabilité des négociations de transfert, à condition que la direction de l'AP-HP et la CME soient informées régulièrement de leur avancement. Les opérations de transfert ont pour but de densifier l'offre médicale tout en réalisant des économies d'échelle. Pour s'en assurer, il importe de définir une méthodologie commune à tous les GH.

Le **président** ouvre la discussion. Il souligne que dès l'année 2010, au moins neuf projets sont susceptibles de dégager des marges de manœuvre. L'ouverture du centre des brûlés de Saint-Louis permettra ainsi de regrouper des activités mais aussi de libérer des surfaces dans deux hôpitaux pour d'autres activités. L'efficacité avec laquelle seront menés ces projets conditionnera celle des restructurations ultérieures.

III. Gestion de la dette

M. SAUVAGE présente l'état de la dette au 31 décembre 2009, en commençant par le financement du court terme. Pour les lignes de trésorerie à moins d'un an, un plafond de tirage de 300 millions d'euros (lignes renouvelables annuellement par appel d'offres) permet d'assurer à l'intérieur d'un mois le paiement des dettes en cas de décalage entre les décaissements et les encaissements. Il permet également d'assurer ponctuellement un relais avec le règlement des dépenses d'investissement en attendant de lever les fonds à long terme. Le financement du court terme s'appuie par ailleurs sur les contrats à long terme renouvelables (CLTR), qui sont des prêts négociés avec une banque, permettant d'associer un crédit long terme classique et l'ouverture de droits de tirage analogues à une ligne de trésorerie. En 2009, les CLTR ont été utilisés davantage que la trésorerie, cette solution s'étant avérée la moins onéreuse.

M. SAUVAGE présente ensuite le financement du long terme. Celui-ci est assuré par :

- des emprunts bancaires classiques, à taux fixe ou à taux variable, avec un amortissement soit linéaire annuel, soit *in fine* ;
- des contrats à long terme renouvelables (CLTR) ;
- des levées d'émissions obligataires, publiques ou privées, sous programme EMTN (Euro Medium Term Note Programme).

En 2009, les nouveaux emprunts se sont élevés à 380,7 millions d'euros dont 105,9 millions d'euros en obligataire et 274,8 millions d'euros en bancaire, dont 10,5 millions d'euros auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations à 35 ans, dans le cadre du Plan Hôpital 2012 – Corentin-Celton. L'accélération rapide des investissements de l'AP-HP ces dernières années explique le recours à l'emprunt.

A ce jour, on constate une forte augmentation de l'encours de la dette à long terme avec un taux d'endettement se rapprochant de 30 % des ressources. Dans le même temps, le niveau particulièrement bas des taux d'intérêt permet d'afficher un coût moyen de la dette de 2,87 %, en sachant que le coût de la dette de l'Etat est de 4,82 %. En 2009, les frais financiers de l'AP-HP ont donc diminué, en dépit de l'augmentation de la dette. Cette réduction ne se reproduira pas forcément, dans la mesure où elle est liée aux conséquences de la crise financière.

M. SAUVAGE présente ensuite le suivi du programme EMTN de l'AP-HP, marqué par trois nouvelles émissions obligataires en 2009, pour 105,9 millions d'euros, dont deux en Francs suisses avec HSBC et BNP Paribas et une première émission en Yen pour 36,6 millions d'euros, avec ZENKYOREN via HSBC France. Le total d'émissions depuis 2006 est égal à 772,7 millions d'euros. Le plafond du programme a été porté à 2 milliards d'euros pour couvrir les besoins du nouveau plan stratégique avec une capacité d'émissions nouvelles de 1,227 milliard d'euros. Le programme est noté AAA par les agences de notation Fitch et S&P (visa de l'AMF n°9-264 en date du 18 septembre 2009).

A l'issue de cette présentation, le **président** ouvre le débat.

M. LYON-CAEN souhaite connaître la répartition des montants affectés aux travaux entre la construction des nouveaux bâtiments et la mise aux normes des anciens.

M. SAUVAGE estime *a priori* que le montant des travaux d'entretiens courants et de mise aux normes est stable. L'augmentation de ce poste reflète pour l'essentiel les nouveaux travaux.

M. MUSSET rappelle que l'essentiel de la dette de l'AP-HP résultait de l'opération HEGP. Elle était donc supposée diminuer progressivement après 2009.

M. SAUVAGE répond que l'emprunt HEGP est un emprunt *in fine*, dont la majeure partie est remboursée intégralement à la fin de la durée du prêt. Ce remboursement n'a été possible qu'en mobilisant des financements. L'emprunt HEGP était pris en compte dans les dettes de l'établissement, mais il est désormais intégré aux lignes « courantes » de dettes de l'institution.

M. GRIPON précise que l'emprunt obligataire de 600 millions de Francs, contracté en 1998 pour le financement d'HEGP soit 91,469 millions d'euros, a été remboursé en 2008, année pendant laquelle ont été amortis 168 millions d'euros de dettes. C'est un montant exceptionnel, l'AP-HP remboursant habituellement entre 60 et 80 millions d'euros de dette par an jusqu'alors et dorénavant entre 80 et 100 M€ afin de ne pas peser sur le tableau de financement annuel, d'où le respect d'un strict lissage.

M. FAYE souligne que depuis qu'il est membre de la CME, le taux d'endettement de l'AP-HP passé de 15 % à 27 %, perdant ainsi sa caractéristique d'être un établissement public peu endetté. Il semble que l'institution ne puisse plus financer ses investissements qu'avec son résultat et sa capacité d'autofinancement, le recours à l'emprunt étant désormais nul. M. FAYE insiste donc sur le fait que les investissements ne sont pas indépendants du résultat.

Le **directeur général** répond que la montée en charge du taux d'endettement de l'AP-HP correspond à la montée en puissance des investissements. Depuis fin octobre 2006, de nombreuses opérations ont été lancées, qui ont généré des besoins de financement importants et une augmentation du taux d'endettement conforme aux précisions. L'objectif était de maintenir une dette inférieure à 30 % des ressources. L'approche de ce seuil ne signifie pas pour autant que les capacités d'investissement deviennent nulles. L'endettement est un puissant levier des investissements actuels.

IV. Point sur le système d'information clinique

M. LEPAGE présente l'ensemble des applications gérées par le Centre de Compétences Système d'Information Patient (CCS IP). Un certain nombre d'entre elles sont déjà opérationnelles (SLIM, Sirthe, la messagerie sécurisée, la reconnaissance vocale et la gestion des projets médicaux) d'autres comme Système d'Information Clinique (SIC) Agfa, le Système de Gestion des Laboratoires (SGL) ou Carmen SAMU, méritent une présentation plus détaillée car ces systèmes vont nécessiter environ 75 % des investissements dans les années à venir.

Bilan 2009 :

Mediweb :

Pour mémoire, il s'agit d'un logiciel qui permet d'accéder à l'ensemble des informations médicales (comptes-rendus et images). En 2009, MediWeb enregistre 417 571 connexions, suite à une augmentation constante tout au long de l'année. 2,5 millions de documents y sont stockés (comptes rendus de radiologie, urgences, RCP). Le nombre de connexions images est supérieur à 13 000 par mois pour 14 hôpitaux de court séjour. M. LEPAGE précise que les hôpitaux Lariboisière, la Pitié-Salpêtrière et l'HEGP fonctionnent avec un système différent.

Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) :

En 2009, l'application pour les RCP enregistre plus de 51 000 connexions en 2009 et 35 206 patients. Le nombre de dossiers partagés au sein d'un même 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) concerne surtout Avicenne, Henri Mondor et Tenon.

Objectifs et évolutions 2010 :

En 2010, l'objectif est :

- d'assurer les évolutions réglementaires ;
- de limiter les demandes d'évolution ;
- de faire appel aux prestataires pour le suivi de projet ;
- de poursuivre le déploiement.

Les évolutions prévues sont les suivantes :

- implémentation d'IPOP (Informatisation du Programme Opérateur) à Lariboisière mars 2010, mise en place d'un outil de traitement d'information (Ibloc) au 1^{er} semestre ;
- en imagerie, échange d'images intra et inter AP-HP ;
- serveur de rapprochement / Mediweb, avec fusion des identités, afin de permettre l'accès aux dossiers des patients, aux images et aux examens biologiques des différents hôpitaux d'un même GH ;
- sécurisation de la messagerie, avec lancement d'un appel d'offre vers les hôpitaux, le but étant de prévenir automatiquement le médecin traitant d'un patient de son entre ou de sa sortie de l'hôpital ;
- reconnaissance vocale à la carte ;
- externalisation des comptes rendus, avec élaboration d'une charte de confidentialité et projet de portail sécurisé ;
- demande d'examens au 2^{ème} trimestre.

Projet Carmen (CCS SI Patient – Agence Technique Informatique) :

L'objectif du projet Carmen est de mettre en oeuvre un outil partagé par les quatre SAMU, intégrant la téléphonie et l'informatique. Actuellement, se déroule l'étape de formation. L'outil devrait être mis en production au SAMU 92 en février 2010, puis dans les trois autres SAMU de mars à septembre. La première partie du déploiement sera donc achevée au 3^{ème} trimestre 2010.

Système de gestion des laboratoires (SGL) :

L'objectif est d'avoir un seul système pour l'ensemble de l'AP-HP, regroupant les disciplines, fondé sur une nomenclature internationale « LOINC ». La biochimie et l'hématologie sont intégrées. La mise en production dans le processus de généralisation commence cette semaine à Cochin. Le SGL est en cours de généralisation en immunologie. Il devrait être finalisé en microbiologie (bactérie, parasites) le 15 mars puis en virologie le 15 avril. Il est en cours de mise en œuvre en pharmacologie et toxicologie et en génétique.

La généralisation du SGL au sein des GH se heurte à des difficultés dans les hôpitaux Bichat, Saint-Antoine et Antoine Bécclère, qui utilisent des systèmes de gestion de laboratoires différents. La généralisation du SGL est terminée à Saint-Louis, démarre à Cochin et est en cours à la Pitié-Salpêtrière. Le SGL est en phase d'analyse et de localisation à Tenon, Saint-Antoine, Avicenne, Verdier, R. Poincaré, et Ambroise Paré. Il reste à traiter le cas de la microbiologie, de l'hôpital Brousse et de l'HEGP.

Système d'information clinique (SIC) :

Les processus destinés à être informatisés correspondent à des bascules :

- B1 : identité du patient ;
- B2 : unité de soins ;
- B3 : plateaux médico-techniques.

La bascule B1 est en phase de finalisation. La qualification devrait intervenir en avril, pour un démarrage prévu à l'été. Il reste cependant à résoudre le problème des interfaces entre ce système et le système actuel.

Au niveau des bascules B2 et B3, doivent être opérationnels au démarrage les modules suivants :

- dossier médical : dossier de synthèse, formulaires, dictée et reconnaissance vocale sur les comptes rendus, PMSI MCO-SSR ;
- dossier de soins : transmissions ciblées et fiches de liaisons ;
- circuit de la biologie : demandes et résultats connectées ;
- circuit de l'image ;
- circuit du médicament et des produits de santé : gestion évoluée des livrets conforme à l'AP-HP, prescription et dispensation ;
- pancarte.

Le premier pilote doit être lancé en janvier 2011 en vue d'une généralisation en septembre, à laquelle seront associés d'autres modules :

- dossier urgences : Tracking urgences ;
- réanimation ;
- PMSI : hospitalisation à domicile / psychiatrie (HAD-PSY) ;
- circuit du médicament et des produits de santé : gestion des rétrocessions et traçabilité des modifications de la prescription ;
- gestion des rendez-vous et ressources : cycles de consultations et gestion du bloc opératoire ;
- circuit des produits sanguins.

La bascule du lot 4, comprenant la chimiothérapie, les protocoles multimodaux et la gestion des dispositifs médicaux implantables (DMI), interviendra plus tard.

Le macroplanning prévoit une phase de conception réalisation au premier semestre 2010, suivie d'une phase de qualification à partir de juin 2010, en vue d'un démarrage début 2011.

En conclusion, le développement du système d'information patient conserve un double objectif :

- mettre en place un système d'information intégré et partagé ;
- répondre durant la période intermédiaire aux objectifs de l'institution et aux besoins des utilisateurs.

Une attention particulière est accordée au support utilisateurs. Il est nécessaire d'impliquer ces derniers dans les groupes « expert ». Des groupes de travail sur le dossier médical ont démarré par trajectoire de soins, en intégrant l'aide à l'action médicale. Il reste à élaborer une charte de l'information médicale sous l'égide de la CME, garantissant le respect des règles de confidentialité. Les accès par modes génériques aux dossiers des patients, par exemple, doivent disparaître. Enfin, il importe de rechercher des collaborations nationales et européennes avec des hôpitaux « Agfa ».

M. VALLEUR indique que le Conseil de l'Ordre va lancer une messagerie sécurisée pour l'ensemble des praticiens. Il demande s'il est envisageable de l'utiliser.

Pour faire suite à l'intervention de **M. VALLEUR** concernant le projet de messagerie sécurisée à l'initiative du Conseil de l'Ordre, **M. LEPAGE** répond que celle-ci est déjà opérationnelle. Cependant, l'accès aux messages passe par une connexion au système du Conseil de l'Ordre, alors que celui de l'AP-HP permet aux Emails d'arriver directement dans les boîtes. Il est prévu de rencontrer le Conseil à ce sujet. Il est par ailleurs possible de transférer des images sur les messageries des professionnels libéraux.

M. VALLEUR indique qu'il préfère taper ses comptes rendus plutôt qu'utiliser la reconnaissance vocale, qui implique un travail de relecture. Il suppose que les nouvelles générations utiliseront davantage cet outil. Il constate par ailleurs l'absence de projets pour l'anatomie pathologie, pourtant facilement modélisable et partageable.

M. LEPAGE répond que l'informatisation de l'anatomie pathologie existe depuis longtemps. L'objectif est de passer de deux systèmes à un seul. Par ailleurs, concernant les « tumorothèques », il faut parvenir à réunir les deux systèmes utilisés actuellement par l'AP-HP en un seul outil industriel de partage de l'information.

M. VALLEUR demande si on peut espérer à terme un NIP (Numéro d'Identification Patient) unique, sans doublons.

M. LEPAGE répond que le serveur de rapprochement revient à mettre en place un numéro d'identification unique, de même que l'implémentation du serveur Agfa. Un travail est en cours pour mettre en place rapidement l'identifiant national unique à l'AP-HP.

Mme DEGOS demande des précisions sur les projets des hôpitaux équipés de DxCare, en termes de maintenance et de convergence avec le futur NSI.

M. LEPAGE répond que l'objectif final est d'utiliser un système d'information partagé. Medasys remplissant cette condition, il est pour l'instant conservé. Les difficultés de maintenance de l'hôpital Beaujon ne doivent pas conduire à le rejeter. L'HEGP, déjà familiarisé avec ce système, devrait en reprendre la maintenance.

M. HINGLAIS insiste sur le fait que les bascules démarrent en 2011. A cette date, il sera trop tard pour introduire des changements. Il souhaite donc que les praticiens de l'AP-HP s'investissent dès maintenant dans les discussions sur les aspects opérationnels du système. Il suggère par ailleurs de réfléchir aux modalités de signature des prescriptions (badges / cartes etc.).

S'agissant du volet sécurité, **M. LEPAGE** souligne qu'un investissement important est requis pour garantir le fonctionnement des systèmes d'information 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il faut s'assurer de leur performance auprès d'Agfa.

Concernant la validation des prescriptions, le décret de confidentialité imposait aux hôpitaux de mettre en place les cartes CPS dans un délai de deux ans. Les expérimentations ont démontré que la carte utilisée était souvent celle du premier arrivé. Une réflexion doit donc être menée sur ce sujet. L'une des solutions serait d'utiliser des cartes sans contact.

M. CHERON attire l'attention sur la nécessité d'un résultat immédiat du système pour la permanence des soins. La gestion des gardes au niveau des GH et non plus des établissements suscite des inquiétudes auxquelles l'outil informatique doit répondre, notamment en radiologie, en biologie et en anesthésie réanimation.

M. LEPAGE répond que le système ne pose aucun problème d'accès aux images, sous réserve de l'accord du service émetteur. Il faut en revanche renforcer son opérationnalité afin de garantir le respect des règles de confidentialité. Le déploiement du SGL poursuit le même objectif. Le bon fonctionnement du système dépend également de son appropriation par les praticiens, laquelle doit être appuyée par une conduite du changement.

M. LACAU-SAINT-GUILY souligne l'importance de la conciliation entre efficacité du système, ouverture des données en interne et en externe, et respect de la confidentialité. La question des dossiers partagés bute sur ce point depuis longtemps. Par ailleurs, la mise en place d'une *hot line* permanente est indispensable.

M. LEPAGE répond qu'un travail sur la confidentialité est en cours avec la CNIL, notamment sur l'accès au dossier partagé en interne. L'AP-HP souhaite donner accès au médecin traitant au dossier de son patient hospitalisé, une position que ne partage pas la CNIL. Un avis de la CME sera donc sollicité sur ce sujet. **M. LEPAGE** estime que le secret médical devrait suffire à protéger le patient. S'agissant de l'efficacité d'Agfa, l'AP-HP doit pouvoir démontrer son ouverture. **M. LEPAGE** fait appel aux hôpitaux pour s'impliquer dans le sujet.

M. VALLEUR souligne que le système informatique présente l'avantage d'une plus grande traçabilité des accès à l'information.

M. LEPAGE ajoute que la confidentialité s'appuie sur le renforcement de la traçabilité, assorti de sanctions administratives. Ceci dit, l'AP-HP compte 72 000 utilisateurs, 1 million de patients et 3 millions de consultations. Un nombre considérable de données est validée quotidiennement, qu'il est impossible d'archiver en totalité. Une réflexion doit être menée sur la durée du stockage et la recherche d'informations archivées.

Le **président** demande s'il subsiste des difficultés de fusion entre le système actuellement en place et Agfa.

M. LEPAGE répond que le système Agfa a vocation à remplacer progressivement l'ensemble des éléments actuellement installés :

- remplacement des applications pour la prescription et le dossier médical en janvier 2011 ;
- remplacement des applications de gestion des rendez-vous à partir de septembre 2012 ;
- disparition complète des systèmes actuels en 2013.

Une fois les applications remplacées, l'accès aux anciens systèmes sera inutile.

M. LACAU-SAINT-GUILY s'enquiert des modalités de récupération des informations stockées sous l'ancien système.

M. LEPAGE répond que sont reprises les identités des dix dernières années, celles des patients vus en consultation au moins deux fois ces dix dernières années ainsi que celles de ceux vus au moins une fois ces deux dernières années. Sont également repris les PMSI et comptes rendus enregistrés dans Mediweb. Enfin, il faudra procéder au cas par cas pour certains dossiers, notamment épidémiologique.

Le **président** fait appel aux volontaires pour participer aux groupes de travail.

Le **directeur général** suggère d'y associer un membre de la Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient (DAJDP).

M. FAYE propose de participer aux travaux sur la confidentialité et la fonctionnalité du système en sa qualité de membre de la commission centrale d'activité libérale.

V. Réforme des études infirmières

Mme RICOMES rend compte de l'avancement de la réforme des études infirmières. Elle rappelle que l'AP-HP possède une capacité de formation importante pour la région Ile-de-France : le quota annuel de formation fixé par le Conseil Régional est de 6 540 places dont 2 860 places pour les IFSI de l'AP-HP, soit 45 % de la capacité régionale. Environ 6 500 étudiants en soins infirmiers suivent leur scolarité dans les 17 IFSI de l'AP-HP.

Les 7 universités parisiennes sont concernées par la réforme du LMD. Le nouveau référentiel infirmier est mis en place à partir de septembre 2009.

Le cursus de formation comprend désormais 180 Crédits Européens (ECTS), dont 120 ECTS pour l'enseignement en IFSI et 60 ECTS pour l'enseignement clinique. Il se caractérise par :

- une validation par semestre ;
- une augmentation de la part des enseignements universitaires ;
- une augmentation du volume des travaux dirigés ;
- l'introduction de l'enseignement de l'anglais ;
- l'identification de 10 compétences métiers réparties en 59 Unités d'Enseignement (UE).

Les UE sont réparties en 6 champs :

- sciences humaines et droit, assuré par l'université ;
- sciences biologiques et médicales, assuré par l'université ;
- sciences et techniques infirmières (STI), fondements, assuré par les IFSI ;
- STI, interventions, assuré par les IFSI ;
- intégration des savoirs et posture professionnelle, assuré par les IFSI ;
- méthodes de travail et anglais, assurés par l'université.

L'intégration dans le processus LMD se traduit par une « universitarisation » progressive de la formation. Une partie des Unités d'Enseignement (UE) théoriques sont placées sous la responsabilité pédagogique de l'université qui délivre des ECTS. Les ESI qui ont effectué leur rentrée en septembre 2009 obtiendront le grade licence en 2012. L'objectif, à terme, est la délivrance d'une licence universitaire et la suppression du Diplôme d'Etat.

La circulaire du 9 juillet 2009 prévoit que les IFSI se constituent en Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) avant conventionnement avec les universités et le Conseil Régional d'Ile-de-France.

Le Directeur Général ayant veillé à ce que l'unité de l'AP-HP soit conservée, celle-ci conventionnera avec chacune des 7 universités et le Conseil Régional d'Ile-de-France avant juin 2010, sans être contrainte de se constituer en GCS.

Mme RICOMES fait ensuite le point sur la réforme des IFSI au 12 janvier 2012. A l'initiative de la DRASS, des séances de travail ont été organisées avec l'ensemble des partenaires (Universités, Conseil Régional, Fédérations d'IFSI, AP-HP, ARH). Les conventions signées comporteront des dispositions communes enrichies des spécificités négociées entre l'université et les GCS ou l'employeur des IFSI (AP-HP, Croix Rouge). Par ailleurs, une maquette commune devait être adressée à tous, à l'issue de la séance de travail du 3 décembre 2009, mais la campagne nationale de vaccination contre le virus A (H1N1) a retardé la transmission de ce document. Enfin, certaines universités ont déjà entamé un travail pédagogique avec les IFSI partenaires.

Des groupes de travail vont être créés, dès janvier 2010, autour des thématiques suivantes :

- les interventions pédagogiques des enseignants chercheurs des universités pour les unités d'enseignement concernées ;
- les services offerts par l'université aux étudiants en soins infirmiers ;
- les nouveaux équipements pédagogiques nécessaires (visioconférences, accès informatiques aux bases de données etc.) et leur financement.

Depuis la rentrée du 7 septembre 2009, le nouveau référentiel est entré en application, mais les interventions des enseignants chercheurs n'ont pas encore été structurées. Il est nécessaire de constituer rapidement la commission d'attribution des crédits (article 59, arrêté du 31 juillet 2009), composée notamment, sous la présidence du directeur de l'IFSI, de représentants universitaires, de représentants des tuteurs de stage, de formateurs de l'IFSI et d'élèves en soins infirmiers.

Les enseignements universitaires vont modifier profondément l'organisation pédagogique des IFSI, notamment ceux qui, pour des difficultés matérielles, liées par exemple aux locaux, doivent séparer

chaque promotion en deux. Le schéma directeur immobilier et technique en cours doit permettre, à terme, de résoudre ces difficultés.

Par ailleurs, les équipements pédagogiques devront être modernisés : mise en place d'un dispositif de visioconférences, aux cours en ligne et accès aux bases de données documentaires et aux prestations de l'université.

Une étude nationale menée par l'Assemblée Générale des Régions de France doit chiffrer les surcoûts entraînés par ces nouvelles exigences.

Au niveau des établissements, la réforme entraîne un changement de durée du parcours de stage porté à 60 semaines avec :

- davantage de mises en situations professionnelles ;
- suppression de l'épreuve finale de diplôme d'état ;
- pas d'étudiants en stage en juillet – août.

La réforme entraîne également un changement des conditions de sélection pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, qui font partie des dispensés de scolarité. Ceux-ci doivent réussir un examen d'admission et sont dispensés de certaines unités d'enseignement et du premier stage de cinq semaines.

Au niveau de l'implication des professionnels, la réforme introduit des changements dans l'encadrement en stage. Le maître de stage remplit une fonction organisationnelle et institutionnelle, tandis que le tuteur de stage, expert professionnel, remplit une fonction pédagogique. Les rôles de maître de stage et de tuteur peuvent être assurés par un seul cadre. Ils consistent à :

- assurer la fonction pédagogique ;
- organiser le parcours de stage ;
- maîtriser le référentiel métier/compétences ;
- assurer un accompagnement individualisé ;
- assurer la liaison avec les formateurs de l'IFSI ;
- assurer l'évaluation de l'étudiant après avis des référents de stage.

Le professionnel de proximité assure une fonction d'encadrement au quotidien de l'étudiant, le guide dans sa séquence de travail, le reprend dans ses gestes et facilite sa réflexion.

Au niveau institutionnel, une campagne d'information sera réalisée auprès de tous les professionnels sur le nouveau programme. Des formations institutionnelles seront effectuées par les centres de formation de l'AP-HP pour les tuteurs et professionnels de proximité. Enfin, une charte d'encadrement sera réalisée conjointement entre le service de la formation diplômante et la direction centrale des soins, sous la forme d'un document unique pour l'institution.

A l'issue de cette présentation, le **président** ouvre la discussion. Relevant l'absence de stagiaires infirmiers en juillet – août, une période à laquelle ils sont généralement fortement sollicités, il s'interroge sur l'impact de la réforme sur le fonctionnement des services.

Mme RICOMES répond que cette réforme tient compte du statut d'étudiant des élèves infirmiers. L'AP-HP devra tirer les conséquences de la réforme sur l'organisation de ses services.

M. LACAU-SAINT-GUILY note que la modification du programme d'enseignement pourrait mettre fin au « bricolage » des enseignements, assurés sans traçabilité de qui fait quoi avant.

Le **président** demande au doyen comment l'université s'organise pour assurer sa mission d'enseignement.

M. BERCHE répond que l'université se modernise en développant les visioconférences. Elle compte mobiliser les chefs de cliniques, les MCU-PH et les PU-PH pour assurer les enseignements, excluant le recours aux internes. Pour sa Faculté de médecine, environ 2 000 étudiants supplémentaires sont attendus. L'université compte demander des postes supplémentaires de chefs de clinique et des moyens audiovisuels. En conclusion, M. BERCHE approuve fortement la revalorisation de la formation d'infirmiers qu'induit la réforme, qui permettra au personnel infirmier d'atteindre le grade de licence puis master. Il attire par ailleurs l'attention sur les conséquences négatives de la réforme en matière de promotion interne des aides-soignants. Ce point mérite une réflexion particulière pour continuer à permettre d'éventuelles passerelles.

Le **président** espère que la demande du Professeur Berche sera entendue.

Mme VASSEUR insiste sur le changement de posture de l'élève infirmier, qui devient un étudiant à part entière, acteur de l'acquisition de ses compétences, mesurées à l'aide d'indicateurs précis. Cette réforme replace la France dans la compétition internationale. Le grade licence permet des passerelles et équivalences entre cursus.

Par ailleurs, la réforme majore le rôle des stages dont la durée est allongée, en confiant davantage d'enseignements aux équipes médicales et soignantes de terrain.

Dans un contexte national de problèmes démographiques et de besoins de créations de nouvelles fonctions, la réforme LMD ouvre la possibilité d'évolutions bénéfiques pour les patients via des coopérations entre professions médicales et paramédicales.

Enfin, « l'universitarisation » avec la mise en place du LMD jusqu'au doctorat, tire les soins courants vers le haut en permettant aux professionnels paramédicaux d'investir le champ de la recherche infirmière. Le premier PHRI a d'ailleurs été lancé par la ministre cette année.

M. SCHLEMMER, souligne l'intérêt des universités pour cette réforme. Seule une minorité sera concernée par l'ouverture des masters et doctorats, mais celle-ci n'en demeure pas moins importante pour atteindre le niveau de pays tels que l'Amérique du Nord. Par ailleurs, la demande de postes supplémentaires par les universités doit s'accompagner d'une implication réelle des hospitalo-universitaires dans la mise en œuvre de la réforme.

M. FOURNIER demande en quoi la réforme des IFSI impacte la promotion interne des aides-soignants.

Mme RICOMES répond que la modification du cursus des études infirmières impose de veiller à ce que la réforme ne fasse pas obstacle à la promotion professionnelle des aides-soignants et auxiliaires de puériculture, que l'AP-HP encourage. Cependant, il faut se poser la question de la capacité de l'institution à maintenir notre pouvoir d'investissement dans la promotion

professionnelle qui constitue un élément essentiel et historique, de fidélisation de notre personnel. Cette réflexion doit intégrer les besoins identifiés à l'AP-HP, voire au niveau de la région.

M. SINGLAS signale des difficultés pour l'enseignement sur le médicament, assuré jusqu'à présent par des pharmaciens hospitaliers ou des internes en pharmacie. Le nombre d'heures a considérablement augmenté dans cette matière, ce qui pose un problème de disponibilité des enseignants pharmaciens. Une mobilisation universitaire est indispensable pour parvenir à assurer le programme.

M. CAPRON se réjouit de « l'universitarisation » du corps infirmier. Il souhaite savoir comment les infirmiers en activité sont intégrés à la réforme et demande comment s'effectuera la délégation de tâches infirmières au corps infirmier, en termes de décideurs et d'expérimentations.

Mme VASSEUR indique que l'accès des infirmiers déjà en activité à la licence est en cours de réflexion au ministère. Il est prévu qu'ils bénéficient d'équivalences et que le grade licence puisse être accessible à ceux qui le souhaiteraient, vraisemblablement à travers une validation des acquis. Pour accéder au grade de licence, les infirmiers devraient cependant renoncer à leur appartenance dite active, qui leur permet d'accéder à la retraite à 55 ans, sous réserve de disposer des annuités requises. Une telle réforme se heurte au problème de l'employabilité des seniors, de nombreux infirmiers présentant des restrictions médicales à l'exercice de leur activité à partir d'un certain âge. La DRH réfléchit actuellement à la question.

Le second sujet porte sur les transferts de compétences, et non de tâches, entre professions médicales et paramédicales. Selon le rapport initié par la DPM sur ce sujet, les coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux n'ont pas les chances et la qualité des soins reçus par les patients, voire améliorent le niveau d'information et la satisfaction du patient. Le décret infirmier, qui encadre l'ensemble des actes autorisés sur prescription ou hors prescription, n'ayant pas été revu, l'article 51 de la loi HPST fixe un cadre réglementaire autorisant les coopérations.

Ce cadre n'est pas adapté à l'AP-HP conçu pour le secteur libéral, il prévoit des accords nominatifs et individuels entre les professionnels, dont le nombre ne serait pas gérable pour l'institution. L'AP-HP va donc tenter d'obtenir une dérogation, en présentant à l'ARS et à l'HAS des propositions de coopérations dans différents domaines identifiés comme des priorités institutionnelles. L'HAD, par exemple, souhaite pouvoir mettre en place rapidement des coopérations dans le domaine de la douleur.

Il est prévu de lancer un appel d'offres avec un cahier des charges, permettant aux équipes hospitalières de proposer, au niveau des GH, des coopérations dans les domaines qui leur semblent nécessaires. Ces coopérations devront répondre à des besoins de santé, à des objectifs précis et respecter une méthodologie rigoureuse.

Mme RICOMES précise qu'une discussion est en cours au ministère de la santé sur les rémunérations des infirmiers et le reclassement indiciaire en catégorie A. Elle devrait aboutir courant 2010.

M. ABDOUN souligne une contradiction entre l'ambition d'une revalorisation de la formation d'infirmier et l'absence de promotion professionnelle, en 2009, pour les grades IBODE, IADE, aides-soignants et auxiliaires. Il souhaite en connaître les raisons.

Il souligne par ailleurs que le reclassement indiciaire en catégorie A de professions dont l'âge de la retraite est reculé n'a rien d'incitatif, la majorité des effectifs n'étant pas impactée par le reclassement tel qu'il est prévu pour l'instant.

Enfin, il insiste sur la nécessité d'adapter les effectifs aux besoins de l'organisation des soins, regrettant que l'AP-HP ne prévoise aucun IDE ni aucun auxiliaire supplémentaire, tout en retirant des emplois IBODE.

Mme RICOMES précise que les organisations syndicales et les directeurs d'établissement ont été informés des décisions concernant la promotion professionnelle 2010 la semaine précédente. En 2009, les taux de réussite aux IFSI étaient particulièrement importants. Les 171 candidats AP-HP admis en liste principale ont été retenus en promotion professionnelle. Aux admis s'ajoutent 115 reports de scolarité, soit 286 personnes intégrées en formation IDE en février 2010. Si l'on ajoute les reports de scolarité à la rentrée de septembre 2010, on obtient un total de 400 promotions professionnelles IDE en 2010. Or le financement de ces effectifs pendant trois ans pèse sur le TPER (Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés) et passe par la réalisation d'économies supplémentaires sur les budgets de l'AP-HP. Il est difficile de l'étendre davantage.

Les IBODE sont préservés, à raison de 45 promotions. En revanche, les objectifs étant atteints pour les IADE, l'AP-HP a décidé de ne pas financer de promotion professionnelle en 2010 dans ce domaine. Compte tenu du dépassement du TPER, il a également été décidé de ne pas financer de promotion professionnelle d'aides-soignants.

Ces décisions tiennent compte des besoins en effectifs de l'AP-HP ainsi que de ses possibilités de financement. Le crédit inscrit à la promotion professionnelle a malgré tout augmenté de 10 millions d'euros entre 2009 et 2010, ce qui représente près de 200 ETPR supplémentaires à financer par ailleurs. La volonté de maintenir l'effort de promotion professionnelle à l'AP-HP est présente, mais celle-ci doit être utilisée de manière ciblée, en tenant compte des capacités de financement de l'institution.

VI. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. GOTTMANN soumet à l'approbation de la CME un nouveau contrat ainsi que le renouvellement et des avenants concernant 6 autres contrats d'activité libérale.

Ces contrats ont tous recueilli un avis favorable de la CTEM.

Les contrats d'activité libérale sont approuvés à la majorité, avec 19 voix favorables, 4 voix défavorables et 2 abstentions. 4 personnes ne prennent pas part au vote.

VII. Révision des effectifs HU

M. GOTTMANN informe les membres de la CME de la publication des résultats de la révision des effectifs au Journal Officiel. Il précise que 57 emplois de PU-PH ont été accordés, soit un emploi supplémentaire pour l'UFR de Paris 11 et un pour l'UFR de Paris 13 par rapport aux demandes présentées par l'AP-HP. Le nombre d'emplois de MCU-PH est en adéquation avec les propositions de l'AP-HP.

M. SCHLEMMER attire l'attention sur les conséquences universitaires des restructurations internes à l'AP-HP. Ainsi, l'UFR médicale de Paris 7 n'a pas obtenu l'emploi demandé suite à un transfert entre services. M. SCHLEMMER déplore le fait que les universités ne jouent pas le jeu des transferts d'emplois, supposés accompagner les transferts d'activité, et espère que ce problème sera résolu rapidement.

M. FAGON répond que des règles communes de transferts doivent être déterminées en lien avec les partenaires universitaires de l'AP-HP. Le directeur général et lui-même prévoient de recevoir les présidents d'université et les doyens en janvier pour en discuter.

Le **président** affirme que les restructurations seront menées en partenariat avec les universités. Des arbitrages restent à rendre le plus rapidement possible. Dès qu'ils le seront, une réunion devra être organisée avec les doyens pour clarifier la situation et prendre position.

M. GOTTMANN confirme à **M. MUSSET** que le poste d'orthopédie pour l'hôpital Antoine Béchère est bien retenu.

VIII. Approbation du compte rendu de la séance du 8 décembre 2009

Le compte rendu de la séance du 8 décembre 2009 est approuvé à l'unanimité.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 11 heures 55.

*

*

*

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

Mardi 26 janvier 2010 à 8 heures 30 pour une séance extraordinaire

Mardi 9 février 2010 à 8 heures 30 pour la séance ordinaire

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 janvier 2010 à 16 heures 30

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.

