COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE
DU MARDI 12 JUIN 2012

APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 JUILLET 2012

SOMMAIRE

I. Informations du Président et du vice-président de la CME 5

II. Présentation du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) en cours d'élaboration à l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARSIF) 6

III. État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) 2012 de l'AP-HP 9

IV. Point d'étape sur le Nouveau Système d'Information (NSI) Patients 13

V. Convention entre l'AP-HP et l'Université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines 15

VI. Projet pour l'Hôtel-Dieu 16

VII. Bilan social 2011 de l'AP-HP 22

VIII. Rapport de la mission sur l'hôpital public commanditée par le ministère en charge de la Santé 23

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 10 avril 2012 25

X. Questions diverses 25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (Pr Loïc CAPRON, Dr Georges SEBBANE)
2. Présentation du SROS (Schéma régional d'organisation des soins) en cours d'élaboration à l'ARSIF (Agence régionale de santé d'Île-de-France) (MM. Claude ÉVIN et François CREMIEUX)
3. EPRD (État des prévisionnel des recettes et des dépenses) 2012 de l'AP-HP (M. Philippe SAUVAGE)
4. Point d'étape sur le nouveau système d'information (NSI) Patients (P^{rs} Michel ZERAH et Éric LEPAGE)
5. Convention entre l'AP-HP et l'Université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines (M. Jean-François SAUVAT)
6. Projet pour l'Hôtel-Dieu (Dr Isabelle FERRAND, Mme Sophie ALBERT)
7. Bilan social 2011 de l'AP-HP (MM. Emmanuel LAVOUE et Jérôme HUBIN)
8. Rapport de la mission sur l'hôpital public commanditée par le ministère en charge de la Santé (Pr Béatrice CRICKX)
9. Approbation du compte-rendu de la séance du 10 avril 2012

10 Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur des dossiers de candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel (1er tour de recrutement 2012)
- Avis sur des dossiers de candidatures à des postes de praticiens hospitaliers temps plein (procédure art. R.6152-9 du Code de santé publique)
- Avis sur une première demande et sur deux demandes de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier et de deux praticiens des hôpitaux à temps partiel

Composition B

- Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires en septembre 2011 :
  - disciplines médicales
  - odontologie
- Avis sur la régularisation de rattachement universitaire de MCU-PH
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH

Composition A

- Avis sur les candidatures au consultanat 2012-2013
- Avis sur le changement de la mobilité d'un PU-PH
- Avis sur la régularisation de rattachement universitaire de PU-H

- **<u>Assistent à la séance</u>**

- ***avec voix consultative :***
  - Mme Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
  - Mme Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
  - M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
  - Mme Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
  - M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale
  - M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - Mme le Pr Martine AIACH
  - M. le Pr Djilali ANNANE
  - M. le Pr Jean-Luc DUMAS
  - M. le Pr Gérard LEVY
  - M. le Pr Serge UZAN

- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme Mireille FAUGÈRE, directrice générale
  - Mme 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 POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
  - M. Philippe SAUVAGE, directeur économique et financier, de l'investissement et du patrimoine
  - Mme Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  - Mme Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

  - 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

- ***membre excusé :***

  M. le Dr Michel DRU

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

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

Le président annonce que la CME a le plaisir de recevoir M. Claude ÉVIN, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, qui fera un exposé sur l'élaboration du Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Il indique aussi que, suite à la démission du Pr Olivier LYON-CAEN de ses fonctions au sein de la CME et du directoire, la CME accueille en remplacement le Pr Guy LEVERGER, premier suppléant dans le collège des chefs de pôle. Le représentant des doyens, le Pr Djillali ANNANE, a aussi démissionné du directoire suite à sa nomination comme conseiller auprès de la ministre en charge de la santé.

Le doyen Djillali ANNANE déclare qu'il a été nommé auprès de Mme Marisol TOURAINE en tant que conseiller pour la recherche et l'enseignement médical. La conférence des doyens d'Île-de-France se réunira en session extraordinaire le 20 juin pour élire son nouveau président. Ce nouveau président sera ensuite proposé à la direction générale pour occuper le poste de vice-président doyen du directoire.

Le président rappelle que le doyen qui sera désigné travaillera en lien avec lui pour proposer à la direction générale des candidats pour le siège précédemment occupé par le Pr Olivier LYON-CAEN. Le directoire devrait être reconstitué d'ici la fin du mois de juin. Il s'agit d'une instance de concertation entre les médecins et la direction générale, traitant de sujets généraux qui sont ensuite portés à la connaissance de la CME au travers de présentations. Les médecins ont demandé à la direction générale que la concertation soit mieux organisée, afin que la réflexion du directoire soit plus féconde.

Le conseil de surveillance connaît aussi des changements. Cette instance réunit des personnalités extérieures à l'AP-HP, et notamment des représentants des usagers et des syndicats. Le Pr Christian RICHARD et le Dr Alain FAYE y sont les deux représentants de la CME. Suite à une promotion, M. Raoul BRIET, qui était président du conseil de surveillance, a présenté sa démission et a été remplacé par le Dr Marie-Laure ALBY. Ce nouveau membre est médecin généraliste, ce qui témoigne d'une ouverture du conseil de surveillance de l'AP-HP sur la médecine de ville. Le conseil élira son nouveau président le 13 juin.

Le compte rendu de la réunion de la cellule d'intervention sur l'anesthésie, créée pour faire face aux difficultés que rencontre cette spécialité, est disponible sur le site Internet de la CME. Le président invite les membres de la CME à en prendre connaissance et souligne l'importance du sujet. La prochaine réunion de la cellule aura lieu le 7 juillet. Par ailleurs, la constitution du groupe *ad hoc* sur les soins longue durée est en cours. Il devra formuler ses premières recommandations à l'automne.

Le Dr Georges SEBBANE indique que le groupe se réunira le 26 juin. Il comprend des membres de la CME et des personnes extérieures à l'instance. Il prendra des avis auprès de collègues des autres régions afin de disposer d'un panorama des pratiques avant de formuler des propositions.

Le président signale que la CME devra rendre un avis clair aux tutelles sur ce sujet d'ici la fin du mois de septembre. Il évoque ensuite le discours de la nouvelle ministre en charge de la santé, et invite les membres de la CME à en prendre connaissance. Les points saillants de ont été intervention sont les suivants :

- l'hôpital public est redevenu *persona grata* ;

- la convergence entre le secteur public et le secteur privé est abolie ;
- la tarification à l'activité (T2A) sera revue ;
- la loi HPST sera maintenue, mais certains points seront revus, notamment en ce qui concerne les pouvoirs de la CME et de son président ;
- les dépassements d'honoraires feront l'objet d'un encadrement, tant dans le secteur privé que dans le secteur public ;
- un « pacte de confiance » avec les personnels sera conclu ;
- une meilleure articulation entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire sera recherchée.

La CME devra suivre tous ces points avec vigilance.

II. Présentation du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) en cours d'élaboration à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF)

M. Claude ÉVIN remercie la CME pour son invitation. Il signale que les travaux conduits par l'ARS en lien avec ses partenaires détermineront la politique de santé régionale pour les quatre années à venir, et rappelle que le SROS s'inscrit dans le cadre d'un Plan stratégique régional de santé (PSRS). Les travaux en cours sont accessibles sur le site de l'ARS.

Pour la première fois, un projet de santé est élaboré au niveau régional pour assurer la cohérence de l'ensemble des politiques de santé à l'échelle d'une région. Le PSRS, qui a été publié en octobre 2011, part de l'évaluation des besoins de santé dans la région pour établir un diagnostic et fixer des principes régionaux et des objectifs stratégiques. Ce PSRS est décliné en schémas régionaux et en programmes, parmi lesquels :

- le SROS, qui comprend un volet hospitalier et un volet ambulatoire ;
- le Schéma régional de prévention, comprenant un volet prévention et un volet « sécurité et veille sanitaire » ;
- le Schéma régional d'organisation médico-sociale.

Si la région Ile-de-France est globalement une région riche, jeune et en bonne santé, elle est touchée par de fortes inégalités et confrontée à de nombreux risques (risques liés à l'urbanisation, à l'environnement, à la transmission de certaines pathologies comme le VIH ou la tuberculose, etc.). La démographie des personnels de santé est dense, mais inégale et fragile. Les offres de prévention sont nombreuses, mais peu cohérentes ; l'offre ambulatoire est très contrastée, et pose la question de l'accessibilité financière compte tenu de la prévalence des établissements à honoraires libres. L'Ile-de-France compte 400 établissements de santé, qui font face à de fortes restructurations. L'offre médico-sociale est de qualité, mais est insuffisamment dotée.

Le PSRS a défini huit principes :

- investir dans la prévention ;
- mobiliser les acteurs pour réduire les inégalités ;

- renforcer la vigilance face aux risques sanitaires ;
- subordonner l'offre de santé à l'évolution des besoins de la population (développement des pathologies chroniques, évolution de la répartition géographique, etc.) ;
- assurer une approche intégrée entre prévention, soin et prise en charge médico-sociale pour la cohérence des parcours de santé des usagers ;
- améliorer l'efficience et garantir la qualité ;
- assurer une collaboration effective des professionnels et des personnes concernées pour observer, informer et décider ;
- utiliser la créativité des acteurs locaux comme levier majeur du changement.

Ces principes se déclinent en plusieurs objectifs :

- assurer à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé ;
- améliorer la qualité et l'efficience par la formation, la promotion de la coopération et des réseaux, etc. ;
- conduire une politique de santé partagée, au plus près de la réalité des territoires.

Le SROS en cours d'élaboration n'est pas un « SROS 4 », mais un outil de mise en œuvre opérationnelle d'un plan stratégique régional couvrant l'ensemble du champ de la santé, sans se limiter au seul domaine hospitalier. Ce SROS est soutenu par plusieurs programmes (PRIAC, PRAPS, PRGDR, programme régional de télémédecine), et porté par les territoires.

Le SROS comprend 22 volets hospitaliers, définis sur le plan réglementaire et répartis entre premier recours, offre hospitalière et recours régional. Le volet hospitalier du SROS-PRS s'inscrit dans le prolongement d'une décennie de planification hospitalière. Il est opposable juridiquement, en particulier pour ce qui concerne les implantations d'activités de soins. Il comprendra des références, voire des incitations aux coopérations hospitalières. Il couvre un champ exceptionnellement large d'établissements, et devra s'articuler avec la procédure de contractualisation (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) entre les établissements et l'ARS.

Les principaux enjeux stratégiques portés par les différents acteurs de la santé sont les suivants :

- organiser un pilotage de la démographie médicale ;
- inscrire le lien entre l'AP-HP et les autres établissements de santé dans le cadre d'une stratégie d'intérêt général ;
- assurer l'équilibre de l'offre sanitaire entre le centre la périphérie ;
- accompagner la mutation stratégique de l'hôpital (adaptation de l'hôpital à l'évolution épidémiologique vers la chronicité, et équilibre entre concentration des plateaux techniques et proximité) ;
- garantir la coopération entre établissements et organiser des parcours de santé cohérents.

Le PSRS a été publié en fin d'année 2011. Le travail sur les volets « prévention » et « médico-social », ainsi que sur les volets du SROS hospitalier, se poursuit. Le Projet Régional de Santé (PRS) sera publié en fin d'année 2012, avant la mise en œuvre des CPOM. Les volets hospitaliers du SROS-PRS ont été élaborés par un comité de pilotage comprenant les fédérations des établissements de santé, l'AP-HP et des représentants des usagers. Une concertation sera organisée entre juin et décembre, et les réflexions des groupes de travail seront présentées à diverses instances. La concertation formelle aura lieu à l'automne, pour une publication du SROS-PRS avant le 31 décembre 2012.

Le président remercie M. Claude ÉVIN pour sa présentation, et salue la présence à ses côtés de M. François CRÉMIEUX, directeur du pôle « établissements de santé » à l'ARS et de M. Sébastien LELOUP, responsable du département AP-HP. Il note que le SROS se concrétisera par la rédaction d'un CPOM entre l'AP-HP et l'ARS, et signale que la CME devra être tenue étroitement informée de son élaboration. Le caractère pluriannuel de ces contrats est particulièrement important.

Le Dr Jalal ASSOUAD revient sur l'organisation de la prévention en vue de réduire les inégalités, et signale que certaines maladies ont déjà des schémas de prévention qu'il conviendrait de mieux appliquer. Il demande ensuite si l'ARS peut aider au développement et à la mise en place des nouvelles méthodes de prévention, notamment le dépistage et la prévention du cancer du poumon, et constate que le principal problème est lié au financement.

M. Claude ÉVIN répète que, compte tenu du développement des maladies chroniques, l'ARS souhaite développer la prévention. Les modalités de mise en œuvre des nouvelles techniques de prévention évoquées doivent faire l'objet d'une étude attentive, mais il est tout à fait possible d'assurer le financement de ce type de méthodes dans le cadre d'actions contractualisées. Le problème est que le financement du système est basé quasi-exclusivement sur le soin, et que les crédits alloués spécifiquement à la prévention ne représentent que 0,39 % des 31 milliards d'euros de dépenses de santé en Ile-de-France. Le travail mené sur l'éducation thérapeutique devra se poursuivre, mais les financements devront être assurés.

Le Dr Patrick PELLOUX signale qu'en matière de prévention, la médecine du travail pour le personnel hospitalier est insuffisante, ce qui génère de l'absentéisme et des « spirales sociales » : dès qu'une infirmière est absente, les autres se fatiguent, révélant des carences de personnel. Par ailleurs, le défaut de médecine du travail et de prévention dans la région est source d'accidents, les accidentés étant dirigés vers les urgences. Le Dr Patrick PELLOUX demande si la médecine du travail entre dans les attributions de l'ARS, et si le PRS intègrera un volet lié à cette problématique.

M. Claude ÉVIN indique que la médecine du travail ne fait pas partie des prérogatives du ministère de la Santé, mais du ministère du Travail. Toutefois, le législateur a prévu la constitution d'une commission régionale de coordination des politiques publiques en matière de prévention, et l'ARS souhaite développer des actions en lien avec l'administration régionale du travail. La médecine scolaire est également en dehors des prérogatives du ministère de la Santé. Enfin, M. Claude EVIN assure que les conditions de travail des personnels hospitaliers constituent un sujet de préoccupation pour l'ARS, et ajoute que ce sujet doit être pris en compte dans le dialogue organisé avec chacun des établissements de santé.

Le Pr Bertrand GUIDET demande quelle forme prendra la coopération entre l'AP-HP et les autres établissements de santé.

M. Claude ÉVIN évoque différents exemples de coopération, notamment entre l'hôpital Henri Mondor et le centre hospitalier régional de Créteil (CHIC), et signale que d'autres coopérations

s'avéreront nécessaires. La démarche dans ce domaine devra être pragmatique. Un certain nombre d'établissements hors AP-HP pourraient connaître une « universitarisation ».

Le Dr Anne GERVAIS se déclare très favorable aux déclarations de M. Claude EVIN en ce qui concerne la nécessité de s'appuyer sur les besoins sanitaires, mais fait observer que les moyens financiers ne suivent pas.

M. Claude ÉVIN rappelle que le budget est voté par le Parlement, et que la question de la santé ne peut être abordée sans prendre en compte l'aspect financier, faute de quoi le système de solidarité nationale pourrait exploser et être remplacé par d'autres modes de prises en charge ne garantissant pas à tous l'accès aux soins. La limite économique de l'activité de santé est déterminée par la capacité à assurer des prélèvements obligatoires. Il est nécessaire d'assurer une bonne utilisation des dotations, qui sont en tout état de cause limitées.

Le Pr Philippe ARNAUD demande pourquoi le SROS ne comprend pas un volet portant sur le médicament et les produits de santé, notamment dans le cadre de l'objectif du lien ville-hôpital.

M. Claude ÉVIN répond que la question des prescriptions à l'hôpital rentre dans le cadre du programme de gestion du risque. En ce qui concerne le financement, des arbitrages sont faits au niveau national, et les réflexions sur les parcours de santé doivent intégrer la problématique du coût des médicaments.

Le Pr Gérard REACH signale que les inégalités ont des causes structurelles, et que si la précarité ne relève pas des attributions de l'ARS, certains leviers permettent d'intervenir. Il évoque la question des barrières linguistiques en Seine-Saint-Denis, et demande si l'ARS s'attache à lutter contre ce problème.

M. Claude ÉVIN répond que l'offre de soins n'est pas le seul élément de réponse à la question de la bonne santé de la population. D'autres politiques publiques entrent en jeu (logement, emploi, etc.), qui dépassent les attributions de l'ARS. Le sujet des barrières linguistiques doit être traité, et divers moyens sont mis en œuvre dans ce sens dans les établissements. Les inégalités conduisent à établir des priorités en fonction des besoins des territoires.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, indique que le plan stratégique, le SROS et le CPOM font l'objet d'un travail intense qui devra s'articuler les différents calendriers. En effet, le SROS et le CPOM démarreront en 2013, alors que le plan stratégique de l'AP-HP court sur la période 2010-2014. Un bilan du plan stratégique sera réalisé à mi-parcours.

Le président remercie M. Claude ÉVIN et ses collaborateurs pour leur présence, et les assure que la CME prend la mesure de l'importance du sujet discuté.

III. État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2012 de l'AP-HP

M. Philippe SAUVAGE rappelle que la réalisation de l'EPRD est avant tout un travail de compilation du travail interne réalisé dans chaque GH. Il rappelle ensuite qu'en 2012, une hausse de 2,56 % de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier a été votée par le Parlement. Par ailleurs, comme en 2011, une partie des Migac a été gelée en vue de garantir le respect de l'ONDAM hospitalier ; toutefois, le gel ne représente que 19 millions d'euros, contre 36 millions d'euros l'année précédente. En outre, la nouvelle tarification de l'AME pénalise fortement l'AP-HP.

Le budget 2012 reflète une politique volontariste en matière d'activité, les GH ayant mis en avant un fort potentiel de recettes plutôt que des économies supplémentaires. Les prévisions 2012 tablent sur une hausse de 3 % des recettes MCO, ce qui représente 73 millions d'euros. Les prévisions concernant les recettes externes (+1,2 %) sont plus proches des tendances historiques. Enfin, un fort rebond des recettes HAD est attendu (+7,1 %), mais ce rebond ne permettra même pas de revenir au niveau de 2009. Ces prévisions se traduisent par de nombreuses mesures de développement d'activité recensées lors des conférences stratégiques et budgétaires. En ce qui concerne le nombre de séjours par spécialité, un important effort de développement de la chirurgie, de la gynéco-obstétrique, de la médecine interne gériatrique, des soins palliatifs et de la cancérologie est prévu. En matière d'hospitalisation partielle, 10 000 séjours supplémentaires sont prévus, avec notamment une poursuite du développement de la radiothérapie et des séances de dialyse.

La campagne tarifaire entraîne les effets suivants sur le financement de l'AP-HP :

- la baisse des tarifs hospitaliers de l'ordre de 0,2 % aura un impact de -12,3 millions d'euros à activité constante ;

- la poursuite de la baisse du coefficient de transition représentera -7 millions d'euros ;

- la légère hausse des crédits MIGAC aura un impact positif de 6 millions d'euros ;

- l'évolution de la Dotation Annuelle de Financement (DAF) SSR et psychiatrie représente une hausse de 4 millions d'euros.

L'impact global de la campagne 2012 est donc négatif à hauteur de 9,3 millions d'euros. Par ailleurs, les forfaits Urgences, Greffes et Prélèvements d'organes sont en hausse.

Les recettes de titre 1 se déclinent de la manière suivante :

- recettes d'hospitalisation : 2 608 millions d'euros (+3 %) ;
- molécules onéreuses : 260 millions d'euros (+ 2 %) ;
- DMI : 56 millions d'euros (+1,5 %) ;
- Migac + Fonds d'Intervention Régionale (FIR) : 1 223 millions d'euros (+ 0,2 %) ;
- DAF : 600 millions d'euros (+0,6 %) ;
- forfaits : 90 millions d'euros (+3,2 %) ;
- consultations et activité externe : 275 millions d'euros (+1,2 %) ;

Les crédits provenant de l'Assurance Maladie sont donc en hausse de 1,9 % par rapport à 2011.

S'agissant des autres produits de l'activité hospitalière, l'AP-HP a poursuivi ses efforts pour l'amélioration de la facturation de l'activité externe et a poursuivi l'alignement de ses tarifs journaliers de prestation sur la moyenne régionale et la moyenne des CHU, ce qui a conduit à une augmentation des tarifs journaliers de +3,5 % au 1er juin 2012. La baisse des tarifs de l'AME représentera cependant un coût de 42 millions d'euros dès 2012. Des mesures compensatoires ont été négociées, entraînant une hausse de 10 millions d'euros des crédits de contractualisation. Le remboursement de taxe sur les salaires génèrera une recette exceptionnelle de 22 millions d'euros.

Les recettes globales sont en hausse de 2 %, soit 132 millions d'euros. Le basculement du Fonds d'intervention régional (FIR) du Titre 1 le Titre 3 entraîne une hausse très importante des « autres produits », mais cette hausse est essentiellement liée à des effets de périmètre.

En ce qui concerne les dépenses, l'impact d'un certain nombre de mesures salariales attendues est observable : GVT, protocole sur les infirmières, intégration des personnels de l'IPP, etc. Une monétisation des Comptes Epargnes Temps a été provisionnée à hauteur de 12,8 millions d'euros. Les dépenses de personnel non médical sont relativement stables, et des économies sont attendues sur l'intérim et les heures supplémentaires. Les efforts sur les fonctions supports se poursuivront. Le développement de nouvelles activités, le recrutement d'IDE et les constructions des GH devraient entraîner une légère augmentation des effectifs en 2012. La croissance des dépenses de personnel médical se poursuit. L'impact des créations de postes dues à la révision des effectifs de 2011, du GVT, et de certaines mesures salariales (indemnités de service public et abondement de la retraite des personnels HU) est observable.

Les dépenses à caractère médical et les dépenses hôtelières voient une neutralisation de l'effet « reprise de stock » constaté en 2011, en raison du déploiement de SAP. Les charges financières sont en hausse, du fait de l'augmentation de l'endettement. Les charges exceptionnelles sont également en hausse, mais l'essentiel de ces charges avait été provisionné. Au total, les charges devraient augmenter à hauteur de 1,8 %. Par conséquent, le résultat prévisionnel du budget principal pour l'année 2012 s'établit à -73,7 millions d'euros. En ce qui concerne les budgets annexes, le déficit du budget USLD devrait s'accentuer du fait de la baisse des tarifs liée la convergence, et la politique de cessions immobilières devrait générer une dotation non affectée excédentaire qui viendra améliorer nettement le résultat.

Le président rappelle qu'auparavant, l'EPRD donnait lieu à un vote de la CME. Désormais, la CME est simplement informée.

Le Pr Jean-Philippe WOLF évoque l'ouverture de la maternité de Port-Royal, et signale que tous les bilans biologiques sont réalisés dans les laboratoires privés qui entourent l'hôpital Cochin. La création d'un centre de prélèvements permettrait de réaliser ces examens au sein de l'hôpital, mais les deux recrutements nécessaires sont refusés car le tableau des emplois est déjà plein.

Le président rappelle que les interventions ne doivent pas être trop spécifiques de cas particuliers.

M. Philippe SAUVAGE répond que, dans le cadre de la construction de l'EPRD 2012, les mesures nouvelles gagées en recette et nécessitant des emplois supplémentaires n'ont pas été refusées. La création du centre évoqué n'était peut-être pas équilibrée.

Mme Martine MARCHAND revient sur l'intervention du Pr Jean-Philippe WOLF et regrette que l'institution fasse appel à des prestataires extérieurs pour réaliser des actes pouvant être accomplis en interne.

M. Philippe SAUVAGE répète que de nombreuses mesures nouvelles ont été acceptées dans le cadre de la construction de l'EPRD 2012. Quand de nouvelles mesures ont été refusées, c'est que les recettes ne semblaient pas assurées, ou que les dépenses semblaient trop importantes. Les décisions ont été guidées par une recherche d'équilibre.

Le Dr Anne GERVAIS signale qu'une présentation faite devant la sous-commission Activités et ressources et portant sur les premiers mois d'activité montrait que, même si l'activité de l'AP-HP était en croissance, les recettes n'augmentaient pas. Par ailleurs, le Dr Anne GERVAIS fait observer qu'il est intéressant d'étudier l'EPRD en lien avec le bilan social, qui fait état de dépenses de 29 millions d'euros au titre des prestations extérieures pour 2011, ce qui est considérable au regard du résultat prévu pour l'année 2012.

M. Philippe SAUVAGE signale que l'activité au cours des cinq premiers mois de l'année est en baisse par rapport à 2011.

Le Dr Julie PELTIER demande si la volonté de réduire l'intérim s'accompagnera d'une politique de recrutement du personnel infirmier.

M. Philippe SAUVAGE répond que l'ambition est de soutenir la politique de recrutement et de fidélisation du personnel.

Le Pr Paul LEGMANN demande si la réduction des investissements dans le domaine médicotechnique se poursuivra.

M. Philippe SAUVAGE répond que la capacité d'autofinancement de l'institution s'élève à 243 millions d'euros. Sur les 485 millions d'euros d'investissements prévus en 2012, environ 95 millions d'euros seront affectés à l'équipement médical. L'écart entre le niveau d'investissement et la capacité d'autofinancement se traduira par une hausse de l'endettement, et donc des charges financières. Une baisse des investissements consacrés à l'immobilier aura lieu en 2013, et le maintien du niveau global d'investissement dépendra de la capacité d'autofinancement et des résultats de l'institution.

Le Dr Patrick DASSIER estime qu'il faut se réjouir de l'augmentation de l'activité MCO, mais signale que sa tarification tend à diminuer. Il semble donc souhaitable de faire du *lobbying* pour prévenir l'érosion des tarifs. Le Dr Patrick DASSIER demande ensuite quel est le coût de l'intérim médical pour l'AP-HP.

M. Philippe SAUVAGE répète que l'activité des cinq premiers mois de l'année est inférieure à l'activité des cinq premiers mois de l'année 2011. Il s'agit d'une situation très préoccupante compte tenu de la manière dont a été construit le budget. S'agissant de la baisse des tarifs, M. Philippe SAUVAGE fait observer que les dépenses d'assurance maladie correspondent à objectif fixé par le Parlement, et que les tarifs sont fixés en lien avec l'évolution de l'activité. La baisse des tarifs témoigne du fait que le volume de l'activité de l'AP-HP est très inférieur à celui constaté dans l'hospitalisation publique hors AP-HP ou en province.

Le Pr Thierry BÉGUÉ signale que la situation des gros équipements des structures opérationnelles, notamment des blocs opératoires, au sein des établissements de l'AP-HP, est aujourd'hui problématique. En effet, il n'est pas possible d'augmenter l'activité, et notamment de développer l'activité ambulatoire, avec des équipements obsolètes.

M. Philippe SAUVAGE répond que les investissements en matière d'équipement représenteront 64 millions d'euros en 2012, hors nouveaux bâtiments. Il signale ensuite que l'activité des équipements lourds ne semble pas optimale, et qu'un travail doit également être fait dans ce sens. Les échanges avec la DPM sont réalisés dans le but de trouver un équilibre et de définir des priorités. Les arbitrages ont été effectués en tenant compte de la contrainte budgétaire et de la pertinence des investissements.

Le Pr Philippe RUSZNIEWSKI demande où en sont les réflexions sur les alternatives à l'achat des équipements lourds.

M. Philippe SAUVAGE répond que les solutions proposées, notamment en matière de location d'équipement, ne sont pas apparues jusque là comme convaincantes, les loyers demandés étant exorbitants. La formule du crédit-bail pourrait néanmoins constituer une nouvelle solution intéressante. Désormais, les appels d'offres incluent systématiquement une demande de

présentation des alternatives à l'achat disponibles. Toutefois, la question principale reste celle de la pertinence des investissements.

Le Dr Georges SEBBANE note que la présentation mentionne une anticipation d'une baisse de la dotation soins concernant le budget EHPAD et pour le budget USLD. Il demande si cela se traduira par une baisse du personnel soignant au lit du patient.

M. Philippe SAUVAGE rappelle que le financement des EHPAD et des USLD se divise en trois parties. Les parties dépendance et hébergement sont actuellement sous-financées par rapport aux charges, mais les tarifs alloués par les conseils généraux sont les plus généreux d'Ile-de-France, et il est délicat d'en demander la hausse. Pendant de nombreuses années, le déficit des parties dépendance et hébergement était masqué par les rattrapages effectués sur la partie soins ; aujourd'hui, l'alignement de la partie soins sur ce qui est pratiqué ailleurs met en lumière les déficits.

La directrice générale, Mme Mireille FAUGÈRE, annonce que l'EPRD sera présenté au Conseil de surveillance de l'AP-HP le 13 juin 2012. Il sera ensuite transmis officiellement à l'ARS pour acceptation.

IV. Point d'étape sur le Nouveau système d'information (NSI) Patients

Le Pr Éric LEPAGE indique qu'il existe trois grands "clubs utilisateurs" : le groupe SGL (système de gestion des laboratoires), le groupe Imagerie et le groupe Médicaments, qui se réunissent régulièrement.

A Ambroise Paré, le Système d'Information Clinique (SIC) est déployé dans douze services cliniques et la radiologie. Il doit encore être dans la partie hospitalisation de l'orthopédie et en pédiatrie. La première partie du déploiement sera terminée à la fin du premier semestre 2012. De nombreux dossiers de spécialité sont en cours de réalisation, en lien notamment avec le CHU de Toulouse.

Sur l'ensemble des services où il a été déployé, le dossier médical informatisé est réellement utilisé, et son taux de remplissage est important. Excépté un service, tous les autres services produisent les comptes rendus d'hospitalisation à travers le SIC, et le délai de transmission des comptes rendus vers le médecin traitant et le patient est en forte baisse, grâce à la possibilité d'intégrer automatiquement les informations médicales et à la fluidité des échanges entre la partie médicale et le secrétariat.

Le dossier infirmier est désormais terminé (hors partie médicament) et sera expérimenté dans le service de pneumologie à partir de fin juin, pour une généralisation à l'ensemble de l'hôpital à partir de septembre. La version 8.4 du circuit du médicament a été réceptionnée, et constitue la base des travaux menés avec le groupe utilisateurs animé par le Pr Béatrice CRICKX. La saisie des actes et le recueil de DMI dans le PMSI sont désormais opérationnels, et seront déployés à partir de septembre, en lien avec une aide au codage à partir des éléments présents dans le système d'information. Le lien avec le Dossier Médical Personnel est également opérationnel ; il sera expérimenté en cardiologie pendant l'été 2012, avant un déploiement dont les modalités restent à définir. Enfin, des travaux ont été menés pour développer un entrepôt de données qui permettra de traiter l'information.

La Direction générale a pris la décision de déployer le projet SIC sur deux hôpitaux supplémentaires dès 2012 : Bicêtre et Tenon. Une phase de préparation de 4 mois est prévue, pour une mise en production entre octobre et novembre 2012 à Bicêtre, et entre décembre 2012 et

janvier 2013 à Tenon. Un travail sera mené avec chaque service clinique pour assurer leur intégration et réaliser les dossiers nécessaires.

Les dépenses d'investissement liées au SIC s'élevaient à 39 millions d'euros au 31 décembre 2012. 86 millions d'euros supplémentaires devraient être dépensés d'ici la fin du déploiement du projet. Dans l'hypothèse d'un déploiement assuré à la fois par des ressources internes et externes, le coût des prestataires externes devrait s'élever à 19 millions d'euros. Dans le cadre du plan Hôpital 2012, une subvention de 42,3 millions d'euros a été perçue. Le coût de la totalité du projet pour l'AP-HP incluant l'accompagnement de la généralisation des hôpitaux s'élèvera donc à 82,7 millions d'euros.

En conclusion, le calendrier de déploiement a été respecté, et le déploiement à Ambroise Paré de ce premier palier peut être considéré comme finalisé. En parallèle, une communication en interne AP-HP et externe a été réalisée. Le travail sur les modalités de la généralisation sur l'ensemble de l'AP-HP de ce premier palier de la solution est en cours.

Le Dr Anne GERVAIS demande à quoi correspondent les prestations externes facturées à hauteur de 19 millions d'euros.

Le Pr Éric LEPAGE signale que l'un des objectifs du projet est de pouvoir internaliser les ressources nécessaires à l'acquisition, au paramétrage, au développement et à la prise en main du produit. Ainsi, les dossiers de spécialité ne sont pas réalisés par le prestataire mais par du personnel de l'AP-HP. Ainsi, pour cette partie, l'AP-HP ne fera pas appel à des prestataires externes puiqu'il s'agit de missions pérennes. Par contre, pour ce qui concerne le déploiement de la solution, il est apparu nécessaire de mobiliser 8 personnes par GH pour assurer l'accompagnement de la mise en production de la solution. Dans cette perspective, le modèle proposé à la Direction Générale est de mobiliser dans chaque équipe quatre personnes appartenant à l'AP-HP et faire appel à quatre personnes externes. Les 19 millions d'euros correspondent au coût de ce personnel externe mobilisé dans chaque GH pendant la durée de déploiement du projet. La durée limité de la généralisation justifie de faire davantage appel au moins partiellement à des prestataires externes plutôt que proposer une internalisation.

La secrétaire générale, Mme Monique RICOMES, ajoute que, pour les applications et centres de compétences existants, une stratégie de réinternalisation a été mise en œuvre en 2011. Les conséquences de cette stratégie apparaissent dans le bilan social.

Le Pr Paul LEGMANN demande si les 125 millions d'euros portés au tableau des dépenses correspondent à un investissement annuel ou à un coût global.

Le Pr Éric LEPAGE répond qu'il s'agit du coût global de l'ensemble du projet.

Le Pr Paul LEGMANN demande si ce coût comprend une modification des « clients légers », ou si le projet est adapté au matériel informatique actuel.

Le Pr Éric LEPAGE répond que le système fonctionne sur des clients légers. Toutefois, des questions se posent sur le nombre de clients légers et sur leur taux de vétusté. Qu'ORBIS soit déployé ou non, une évolution du matériel sera nécessaire.

Le doyen Djillali ANNANE demande si le déploiement du système sur un site unique au sein d'un GH entrave son bon fonctionnement et la bonne tenue du dossier.

Le Pr Éric LEPAGE indique qu'au cours de la montée en charge au sein d'Ambroise Paré, il a été nécessaire d'imprimer les documents afin de permettre aux services de disposer de l'ensemble des données cliniques.

Le Pr Thierry CHINET rappelle qu'il a souvent salué la qualité du système d'information. Toutefois, il indique qu'il est indispensable de renforcer la formation à destination des étudiants (médecins, infirmiers, kinés) et des intérimaires.

Le Pr Éric LEPAGE admet qu'il s'agit d'un problème, mais à terme, la formation dispensée dans un hôpital sera plus limitée du fait de la même application utilisée sur l'ensemble de l'AP-HP et de ce fait de n'assurer que la formation des nouveaux arrivants.

Le Pr Bruno CARBONNE demande comment les dossiers de spécialité sont élaborés et testés, en soulignant que certaines spécialités, dont la gynécologie obstétrique, ne sont pas représentées à Ambroise Paré.

Le Pr Éric LEPAGE répond qu'en ce qui concerne la gynécologie obstétrique, un travail mené par le Dr Olivier SIBONY est en cours. L'objectif de la collégiale est d'intégrer le dossier qu'il a développé à Robert Debré dans le dossier ORBIS. Dans chaque service, le travail est mené en lien avec la collégiale concernée. Le déploiement du système sur Tenon et Bicêtre permettra d'achever la réalisation.

Le Pr Guy SEBAG note que les licences représentent un coût de 18 millions d'euros, et demande ce qui est prévu concernant leur évolution. Il demande ensuite si une réflexion est menée concernant le remplacement des logiciels de bureautique utilisés par des logiciels libres.

Le Pr Éric LEPAGE répond que le marché avec AGFA comprend une partie sur les licences d'acquisition, qui sont faites par hôpital. Le paiement n'a lieu que lors de la mise en place de la solution sur l'hôpital. Par ailleurs, le marché comprend une maintenance à la fois corrective et évolutive.

Le Pr Michel ZÉRAH ajoute qu'une réflexion est en cours sur l'utilisation de logiciels libres. Ce sujet a été inscrit à l'ordre du jour de la commission informatique.

Le Dr Guy BENOÎT rappelle que le circuit du médicament ne se limite pas à la prescription, et signale que l'interfaçage entre le système de gestion et le système de prescription constitue une difficulté importante. Un travail doit donc être mené sur la compatibilité des référentiels.

Le Pr Éric LEPAGE indique que le groupe de travail animé par le Pr Béatrice CRICKX réunit tous les acteurs impliqués dans le circuit du médicament. Par ailleurs, un groupe de travail a été constitué pour optimiser la partie de l'interface fonctionnant en lien avec SAP.

V. Convention entre l'AP-HP et l'Université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines

M. Jean-François SAUVAT indique que ce sujet a fait l'objet d'un long travail avec le doyen Djillali ANNANE. La convention vise à régulariser la situation entre l'AP-HP et l'université ; elle fixe les règles de fonctionnement entre l'hôpital et l'université en cas de problème. Toutefois, les modalités les plus importantes de la relation avec les universités ne passent pas par les conventions de ce type, mais par les contrats pluriannuels. Dans cette convention, d'un format nouveau, plutôt que de créer un organe spécifique de coordination, il a été décidé de confier la coordination au Comité de recherche biomédicale et en santé publique local. Par ailleurs, les

postes d'enseignants détachés par l'université dans des hôpitaux n'appartenant pas à l'AP-HP ont été inscrits en annexe de la convention.

Le doyen Djillali ANNANE ajoute que la convention a été approuvée par les différents conseils d'UFR et de l'université.

Le Dr Philippe ARNAUD demande si la convention comprendra une annexe pharmaceutique.

La doyenne Martine AIACH répond que des conventions de ce type ont déjà été conclues avec les facultés de pharmacie de Paris-Descartes et Paris XI.

Le doyen Djillali ANNANE précise qu'il n'existe pas d'UFR de pharmacie à l'université de Versailles, il n'y a donc pas lieu de rédiger cette annexe.

M. Jean-François SAUVAT concernant la thématique du médicament, il précise que si une politique du médicament doit être définie, dans le périmètre hospitalier de cette université, elle doit justement figurer dans le contrat d'objectifs stratégique à venir.

La convention est approuvée à l'unanimité.

VI. Projet pour l'Hôtel-Dieu

Le président indique que la première présentation portera sur le projet global, tandis que la seconde se concentrera sur l'avenir des urgences.

Mme Sophie ALBERT rappelle que le projet s'inscrit dans le cadre du plan stratégique 2012-2014. Il consiste à transférer les activités d'hospitalisation de l'Hôtel Dieu vers Cochin, et à reconvertir le site autour des orientations de santé publique en fonction de la position des pouvoirs publics. Dès l'origine, il a été annoncé que les investissements de transformation du site devraient être financés par la valorisation du patrimoine, et que les sites de l'avenue Victoria et de la rue Saint-Marin seraient vendus. Les réflexions menées depuis un an portent sur :

- la notion d'hôpital universitaire de santé publique ;
- l'implantation d'un site d'enseignement aux métiers de la santé ;
- le transfert du siège de l'AP-HP et du musée.

Ce travail a été mené en concertation avec les partenaires internes et externes de l'AP-HP : ARS, Région, Ville de Paris, universités, instances du GH et du siège. Par ailleurs, six groupes ont été constitués pour travailler sur les sujets suivants : santé publique, médecine ambulatoire, urgences, imagerie, médecine étudiante, écoles. La synthèse de ces contributions sera réalisée d'ici la fin de l'été.

Le projet comprendra la création d'un grand centre de consultations de médecine générale et de médecine spécialisée – il n'y aura plus (ou pratiquement plus) de lits d'hospitalisation traditionnelle, ni de chirurgie ambulatoire. La structure qui accueillera ce centre de consultation n'est pas arrêtée : il pourra s'agir d'une maison de santé, d'une maison médicalisée, etc. En matière d'imagerie, le projet consiste à optimiser l'utilisation du plateau technique de l'Hôtel Dieu par une activité ambulatoire externe, et à créer un centre de télémédecine. S'agissant des écoles, il est question de réorganiser l'école de chirurgie du Fer à Moulin, de réunir sur un même site des écoles d'IADE, d'IBODE et de chirurgie, et de développer un centre de simulation médico-chirurgicale réunissant un certain nombre de professions médicales et paramédicales. Le projet comprend également la mise à disposition de locaux de l'Hôtel Dieu pour la création d'un centre de santé

étudiant financé par l'Université, qui comprendrait trois pôles d'activité : médecine générale, soins spécialisés (médecine du sport, gynécologie, bilan bucco-dentaire) et psychologie.

En matière de santé publique, le groupe de travail présidé par Mme Yannick MOREAU s'organise autour des trois piliers classiques que sont les soins et la prévention, l'enseignement, et la recherche. Concernant ce dernier point, l'objectif est de réunir des équipes pluridisciplinaires de recherche en santé publique, sur place ou en réseau. Le groupe de travail propose également la création d'un centre d'information du public et de participation des usagers. Enfin, le projet comprend l'implantation des services pilotes et stratégiques du siège de l'AP-HP à l'Hôtel Dieu, ainsi que l'implantation du musée (en fonction de l'organisation générale du projet).

Le Dr Isabelle FERRAND présente le calendrier de transfert des activités médicales de l'Hôtel Dieu vers Cochin, et indique que les réflexions de la CMEL du GH ont principalement porté sur l'avenir du SAU et sur les conséquences des différents scénarios sur la médecine, la psychiatrie, l'imagerie, la biologie, le plateau technique et le Département d'Aval des Urgences (DAU) – les autres activités étant moins impactées. Pour le SAU, deux scénarios sont envisagés :

- le maintien des activités 24 heures sur 24 ;
- la fermeture complète du SAU et l'ouverture d'une maison médicale.

Le Dr Isabelle FERRAND rappelle ensuite que le SAU de l'Hôtel Dieu enregistre environ 43 000 passages par an ; 7 % des passages sont suivis d'une hospitalisation en unité de court séjour, et 2,44 % donnent lieu à un transfert. L'antenne du SMUR adossée au SAU fonctionne de 8 heures à minuit en semaine, et de 10 heures à 22 heures les week-ends et jours fériés.

Le maintien du SAU 24 heures sur 24 conduirait à organiser :

- le fonctionnement du SMUR 24 heures sur 24 ;
- le transfert sans délai des actes chirurgicaux entre l'Hôtel Dieu et Cochin ;
- l'accès permanent à la radiologie, y compris au scanner ;
- la pérennité de la structure de psychiatrie ;
- le fonctionnement 24 heures sur 24 d'un plateau d'imagerie ambulatoire et le maintien de la demi-garde ;
- la réalisation des examens biologiques d'urgence par le laboratoire de Biologie d'Urgence de l'Hôtel Dieu ;
- le maintien d'un DAU sur site.

Ce scénario a pour avantage de maintenir un SAU au centre de Paris, de garantir la proximité des circuits patients, et de ne pas nécessiter de logistique de transport des patients entre l'Hôtel Dieu et Cochin. En outre, le maintien d'une aile de médecine sur le site correspond à l'hypothèse initiale du plan stratégique. Cependant, ce scénario suppose de maintenir une capacité en lits importante et de mettre en place un transport rapide des patients ayant besoin de réanimation ou de chirurgie, entraîne un éclatement des équipes de médecine interne, pose le problème de l'absence de réanimation sur place au départ de la pneumologie, et conduit à l'isolement du senior urgentiste à partir de minuit.

Le second scénario entraînerait le transfert des lits de médecine et de psychiatrie de l'Hôtel Dieu vers Cochin et la fermeture du laboratoire de réponse rapide de biologie. Concernant le plateau d'imagerie, plusieurs hypothèses sont envisagées (projet pôle imagerie ou concession secteur prié hors GH). Le devenir de l'antenne du SMUR et des autres activités n'est pas arrêté. Cependant, il sera nécessaire d'organiser la réponse aux besoins de l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ), qui réalise des examens sur réquisition de gardés à vue ou de victimes et est financée sur les crédits du ministère de la Justice.

Les flux du SAU de l'Hôtel Dieu proviennent pour 70 % de Paris intra-muros, pour 6,4 % du Val-de-Marne et de l'Essonne, et pour 23,7 % des autres départements et de l'étranger. 67 % des passages au SAU ont lieu entre 8 heures et 20 heures.

La maison médicale de jour assurerait des consultations de médecine générale sans rendez-vous, organisées en lien avec le département de médecine générale de la faculté de Paris V, dans une dimension hospitalo-universitaire de formation à la médecine générale, accueillant des internes et des chefs de clinique. Il s'agirait d'un terrain de stages étudiants fonctionnant en lien avec la médecine de ville. Il s'agirait également d'un lieu d'expérimentation de nouvelles formes de consultations (gestion de cohorte, consultation de dépistage du cancer, etc.) en lien avec le pôle de santé publique. Les arguments conduisant à privilégier le site de l'Hôtel Dieu pour créer une telle structure sont les suivants :

- il s'agit d'un projet HU avec proximité du pôle de santé publique ;
- le site a une position centrale ;
- il existe une complémentarité avec le projet médical du site Cochin ;
- l'Hôtel Dieu dispose d'un site d'imagerie avec des liens privés – public en secteur 1 ;
- l'Hôtel Dieu dispose d'un site de dispensation de médicaments moderne ;
- il est possible d'avoir un site de prélèvements pour les examens biologiques ;
- l'ARS est favorable à l'ouverture de ce type de structures ;
- l'investissement financier nécessaire est modeste.

Le Dr Isabelle FERRAND indique que la réflexion sur le devenir du SAU et la création d'une maison médicale se poursuit. Au sein de la CMEL, deux sous-commissions ont été créées pour travailler sur ces sujets.

Le président ouvre la discussion.

Le Dr Nicolas DANTCHEV donne lecture de la déclaration suivante :

« Monsieur le Président, je voudrais développer deux problèmes qui ont été évoqués par Isabelle Ferrand et qui seraient posés par le scenario « fermeture totale du SAU ». Le premier concerne les Urgences Médico-Judiciaires et le second la psychiatrie.

Comme l'a rappelé Isabelle Ferrand, les UMJ représentent plus de 40 000 *passages par an. Il faut y rajouter une salle d'hospitalisation médico-carcérale de 9 lits, la salle Cusco, qui réalise 1 000 journées d'hospitalisation par an. L'activité des UMJ se caractérise par une très forte activité nocturne, en particulier concernant les gardés à vue, avec 2 lignes de garde et demie. Si les UMJ ont vocation à faire de la médecine de constat, les personnes qu'elles reçoivent ont souvent besoin de soins en urgence. Il y a ainsi près de 1 200 demandes d'avis chaque année émanant des UMJ et qui sont adressées au SAU et souvent la nuit.*

Partout en France, les unités médico-judiciaires qui fonctionnent H24 sont adossées à un SAU. Il est difficile d'imaginer qu'à Paris une mission de service public de cette importance, tant au niveau de l'activité que des services qu'elle rend, puisse fonctionner sur un mode dégradé, surtout dans un

contexte où il y a une forte concurrence du privé dans ce domaine (UMJ privées). De ce fait, l'hypothèse d'une fermeture du SAU, les UMJ impliquerait une délocalisation des UMJ vers un autre SAU. Vers quel site ? A-t-on travaillé sur cette question ? Cette réflexion implique une concertation avec les partenaires institutionnels de cette structure que sont le Tribunal de Grande Instance et la Préfecture de Police.

Concernant la psychiatrie, il faut rappeler que le site de l'Hôtel-Dieu est le plus important d'Ile-de-France pour l'accueil des urgences psychiatriques en SAU. En dehors de la psychiatrie d'urgence, la structure de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu assure une importante mission de psychiatrie médico-légale – la seule d'Ile-de-France - en articulation avec les UMJ. Dans sa présentation, Isabelle Ferrand indique que dans l'hypothèse de fermeture sur SAU, il faudrait transférer les 17 lits de psychiatrie sur Cochin. Transfert peut-être, mais sur quel projet médical ? Je ne suis pas certain que le site Cochin aurait le même recrutement d'urgences psychiatriques qu'à l'Hôtel-Dieu (l'origine géographique des patients n'étant pas la même). Est-ce la vocation (ou le souhait) du site Cochin, situé immédiatement à proximité de Sainte Anne, de s'engager dans un centre lourd de psychiatrie d'urgence avec le cahier des charges que cela implique ? Que deviendrait la psychiatrie médico-légale, qui est totalement liée aux UMJ ?

Là encore, il me semble important de travailler en concertation avec la spécialité, AP-HP et hors AP-HP, et les tutelles sur l'avenir de la structure de psychiatrie d'urgence de l'HTD dans l'hypothèse d'une fermeture du SAU.

En résumé, les UMJ et la psychiatrie sur le site de l'Hôtel-Dieu sont des activités médicales :

- *qui répondent à des besoins de santé publique (comme les urgences psychiatriques) ou à des missions de service public (comme les UMJ) ;*
- *qui se caractérisent par un haut niveau d'activité et qui de ce fait ont une vocation régionale ;*
- *enfin, qui sont éminemment rentables pour l'institution du fait de leurs financements, qui sont dans les deux cas hors T2A.*

Il ne faudrait pas que ces activités médicales se retrouvent fragilisées, voire sacrifiées, dans cette démarche de restructuration, dans l'hypothèse d'une fermeture du SAU. »

Le doyen Serge UZAN indique que les doyens de Paris V, Paris VI et Paris VII sont favorables à la création d'une maison médicale interuniversitaire et sont prêts à engager une démarche commune pour y implanter des chefs de cliniques, des internes et des externes. Une maison médicale interuniversitaire pourrait constituer une solution à certains problèmes d'accès aux soins, et constituer un exemple pour d'autres zones.

Le Dr Patrick PELLOUX salue d'abord le travail réalisé par les urgentistes de l'Hôtel Dieu, qui voient se succéder les projets et les rumeurs depuis des années. Il estime que le projet construit est globalement positif, innovant et inventif, mais signale que toutes les tentatives de concilier des maisons médicales et des services d'urgences ont échoué. Il indique en outre que les urgences médico-judiciaires constituent un sujet distinct de celui du SAU, et souligne que la réflexion sur ce sujet doit tenir compte de l'inéluctable délocalisation de la police judiciaire et du TGI vers les Batignolles.

Le Dr Patrick PELLOUX déclare ensuite qu'il n'est pas possible d'annoncer la fermeture du SAU, mais assure que les urgentistes de l'Hôtel Dieu sont favorables à une collaboration avec Cochin. Transformer le SAU en antenne d'urgence de proximité n'aurait rien de négatif, et permettrait de ne pas saturer les SAU des autres hôpitaux. Cependant, la répartition des chefferies de services devra être revue pour remporter l'adhésion des personnels. En ce qui concerne le SMUR, le

Dr Patrick PELLOUX signale que la répartition des ambulances à l'intérieur de Paris est problématique, mais qu'il est possible de conserver le SMUR de l'Hôtel Dieu en l'état ; son ouverture 24 heures sur 24 nécessiterait de nouveaux moyens.

Le Pr Stanislas CHAUSSADE signale que Cochin et l'Hôtel Dieu ont déjà un SAU commun, et que l'arrivée d'un PU-PH venant de l'hôpital Henri Mondor pourrait entraîner la constitution d'une équipe commune. Il indique ensuite qu'une étude est en cours sur les conséquences du transfert des flux du SAU, et fait observer que la maison médicalisée pourrait en absorber une partie. Toutefois, les responsabilités de gestion d'une telle maison médicalisée devront être clarifiées. La question du pilotage du projet devra également être clarifiée. Il déclare ensuite que la médecine ambulatoire n'a pas sa place dans le futur site, car elle serait isolée. En ce qui concerne la santé publique, il suggère d'investir sur les points forts du GH. Il estime ensuite que le coût du transfert du siège laisse rêveur au regard des problématiques d'investissements en équipements évoqués précédemment. Enfin, il indique que des propositions seront formulées pour une libération rapide de l'aile B du site.

Le Pr Bernard GRANGER signale que la façon dont l'avenir de l'Hôtel-Dieu est géré est emblématique de l'incapacité de l'institution à gérer ce type de situation, qu'il manque au projet de l'Hôtel Dieu une vision globale, et que la réalité du terrain n'est pas aussi positive que ce que la présentation laisse supposer. Il demande pourquoi tant de groupes et d'instances de concertation ont été créés, tant de rapports ont été demandés, de façon parallèle, et estime qu'il aurait été préférable d'organiser une concertation mettant en présence l'ensemble des très nombreux acteurs concernés. Il signale ensuite que l'expression « hôpital universitaire de santé publique » est peu claire, et demande ce qu'elle signifie. Enfin, il demande combien a coûté le recours à une agence de communication pour le projet de l'Hôtel-Dieu, et fait observer que cette agence a conseillé à l'administration de présenter le projet comme bouclé et de ne pas évoquer les questions d'argent.

Mme Sophie ALBERT indique que le rapport présidé par Madame Yannick MOREAU sera rendu public dans les jours qui suivent la présente réunion. Ce rapport a été construit sur la base de nombreuses consultations, et devrait clarifier la notion «d'hôpital universitaire de santé publique ».

Enfin, elle précise que l'équipe projet est très resserrée puisqu'elle travaille avec seulement une assistante. L'aide d'un cabinet spécialisé en communication a effectivement été sollicitée très ponctuellement afin de structurer la diffusion de l'information autour du projet. Le coût de cette prestation sera communiqué ultérieurement.

Le Pr Guy SEBAG déclare que le service d'imagerie doit être conforté en particuliers pendant la phase de redéploiement, mais signale qu'il risque d'être surdimensionné. Le service pourrait donc être réorienté sur une activité en ambulatoire, et notamment sur une activité d'imagerie en coupe. En outre, la ré-internalisation de cette activité pourrait permettre d'autofinancer le progrès médical et l'amortissement du matériel. Enfin, le Pr Guy SEBAG signale qu'il existe un problème d'obsolescence de l'équipement lourd à l'Hôtel Dieu et à Cochin.

Le Pr Noël GARABEDIAN rappelle que l'école de chirurgie revêt une grande importance aux yeux des chirurgiens de l'APHP, qui sont particulièrement attachés à l'unicité de lieu des différentes composantes de cette école. L'école de chirurgie pourrait être exemplaire d'une collaboration interuniversitaire mais sous tutelle de l'APHP. Il serait souhaitable de regrouper la formation aux métiers du bloc opératoire avec cette école de chirurgie. Enfin, il demande que les chirurgiens de la CME et le directeur de l'école de chirurgie soient associés aux décisions qui seront prises.

Le Dr Isabelle BADELON évoque l'activité d'ophtalmologie, dont le transfert en 2014 doit s'accompagner d'une restructuration et de la création d'un pôle lourd regroupant les activités de

Cochin et Lariboisière, et signale que ce projet est mené sans aucune concertation avec la collégiale des ophtalmologistes.

Le Dr Christophe TRIVALLE demande quel sera le coût global du projet de transformation du site de l'Hôtel Dieu.

Le Pr Elisabeth DION évoque le projet de télé-médecine télé-radiologie, projet supra-GH visant à mailler les activités radiologiques notamment dans l'organisation de la permanence des soins et à développer les activités de recours et d'expertise pour répondre aux inégalités d'accès aux soins et valoriser l'expertise de l'Assistance Publique. Elle indique que l'AP-HP vient d'obtenir un financement de l'ARS pour un appel à projets sur le montage d'un réseau de radio-pédiatrie. La création de ce centre de Télémédecine est techniquement possible, et pourrait se faire en cohérence avec une activité importante d'enseignement et la constitution d'une base de données de santé publique. Il convient désormais de constituer un groupe pilote pour travailler sur les équilibres financiers du projet et le volume d'activité. Ce travail est mené en lien avec la collégiale de radiologie, le projet global de l'Hôtel Dieu et le projet du plateau d'imagerie ambulatoire du Pr Vadrot.

Le Dr Julien VARENNE salue les propos du doyen Serge UZAN relatifs à l'ouverture d'une maison médicale, et indique qu'un tel projet permettrait de revaloriser la filière universitaire de médecine générale d'une part, et offrirait aux internes la possibilité d'exercer une véritable activité de médecine générale au sein de l'AP-HP d'autre part.

Le président répond qu'il faudrait pour cela que les encadrants des internes de médecine acceptent de venir travailler dans un hôpital, ce qui n'a jamais été le cas jusque-là.

Le doyen Djillali ANNANE fait observer que l'Hôtel Dieu n'est plus adapté à la prise en charge de l'hospitalisation conventionnelle, mais qu'il pourrait devenir le modèle d'un nouveau type d'hôpital. Sa position au cœur de Paris pourrait en faire un laboratoire pour réinventer les relations entre villes et hôpitaux. Par ailleurs, l'hospitalisation sera de moins en moins conventionnelle, et il semble donc intéressant de développer une structure mettant l'accent sur l'ambulatoire. En ce qui concerne la recherche médicale et l'enseignement, un site situé au centre de la ville ne peut être que multi-universitaire, non seulement pour atteindre une masse critique, mais également pour regrouper les forces disséminées.

Le Dr Anne GERVAIS demande si le coût total du projet s'élèvera bien à 140 millions d'euros.

Mme Sophie ALBERT répond qu'une étude de faisabilité a été menée. A euros constants, le projet envisagé en 2008 représentait un coût de 230 millions d'euros toutes dépenses confondues TDC). En comparaison, la remise à niveau de l'ensemble du bâtiment et l'intégration de tous les éléments présentés représentent un coût de 146 millions d'euros (TDC). La valorisation des actifs vendus permettra de financer intégralement l'investissement.

Le président rappelle que la position qu'il défend peut être lue sur le site de la CME. Il donne ensuite lecture de la proposition qu'il soumettra au vote de la CME au cours d'une prochaine séance.

« Le président de la CME s'est jusqu'ici attaché à défendre deux principes. Premièrement, quelles qu'en soient les modalités, la restructuration de l'Hôtel Dieu doit être économiquement neutre. Il n'est pas question de s'engager dans des opérations qui pourraient grever à court, moyen ou long terme le budget d'investissement de l'AP-HP au détriment de ses autres hôpitaux, qui ont tous un impérieux besoin de financer leurs travaux d'entretien et de modernisation, et de maintenir et

mettre à niveau leurs équipements. Deuxièmement, en l'état actuel des spécialités médicales, les médecins de l'AP-HP n'ont pas vocation à assurer des missions qui appartiennent au domaine de la médecine générale. »

Cette proposition sera discutée et éventuellement amendée avant d'être présentée au vote.

VII. Bilan social 2011 de l'AP-HP

Le président rappelle que l'ensemble du dossier est disponible sur le site internet de la CME.

M. Emmanuel LAVOUÉ indique d'abord que l'effectif a diminué au cours des trois dernières années : le personnel médical est passé de 7 426 ETP à 7 366 ETP, et le personnel non médical est passé de 71 383 ETP à 67 697 ETP. Le personnel médical représente 10 % de l'effectif total, contre 9 % en 2009 :

Cette diminution masque des évolutions différentes selon la qualité statutaire des agents :

- titulaires sur postes permanents : -5,43 % ;
- contractuels de remplacement : +20,90 % ;
- contractuels sur postes permanents : +8,65 %.

Entre 2002 et 2011, l'âge moyen du personnel non médical est passé de 40 à 42 ans, et la tranche des plus de 50 ans est passée de 6,1 % à 12,2 % du total de l'effectif.

Le nombre de départs a progressé de 16 % entre 2009 et 2011 (+983 départs) : le personnel médico-technique et le personnel socio-éducatif sont les catégories les plus touchées par la hausse des départs.

Le nombre de jours d'absence est passé de 32,6 jours d'absence par agent en 2009 à 33,68 jours en 2011.

M. Jérôme HUBIN signale que le bilan social ne fait pas apparaître l'effectif moyen annuel mais constitue une photo au 31 décembre 2011. Les effectifs médicaux sont en baisse. Le nombre de titulaires est stable, tandis que l'effectif de contractuels décline. Le nombre de médecins juniors est stable. La diminution du nombre de praticiens attachés est liée à la révision des effectifs, qui a souvent pour effet de supprimer des vacations au profit de la titularisation des praticiens. En termes d'effectifs physique, les praticiens seniors de l'AP-HP sont pour moitié des contractuels, et pour moitié des titulaires ou quasi-titulaires. Cependant, en termes d'ETP, seul un tiers des praticiens seniors sont des contractuels. La tranche d'âge des plus de 55 ans est en hausse de 2 points sur deux ans. La féminisation du personnel progresse, excepté en ce qui concerne les étudiants. La masse salariale annuelle a augmenté de 0,99 % entre 2010 et 2011.

Le Dr Anne GERVAIS note que le budget de l'intérim s'envole ; elle aimerait connaître si cette information est disponible, le taux de fuite des médecins.

M. Emmanuel LAVOUÉ indique que les dépenses d'intérim s'élèvent à 33 millions d'euros, et que 465 postes d'infirmiers étaient à pourvoir à fin mai.

M. Jérôme HUBIN signale que l'administration est confrontée à un problème de saisie des informations relatives aux médecins (arrêts maladies, congés, motifs de départs…) et que cette information n'est pas connue de ses services.

M. Christian POIMBŒUF annonce que, pour la première fois depuis deux ans, le nombre d'entrées d'infirmiers est supérieur au nombre de sorties. La sortie des écoles devrait permettre de se rapprocher du plein-emploi infirmier d'ici la fin du mois de juillet.

M. Olivier YOUINOU déclare que la question des effectifs est au cœur des préoccupations du personnel. Or, les effectifs ont diminué à hauteur de 3 700 ETP depuis 2009, et 1 300 000 jours sont dus au personnel non médical. M. Olivier YOUINOU évoque ensuite la dégradation des conditions de travail et de la qualité des soins. Une vraie politique d'embauche, de fidélisation du personnel et de formation est nécessaire pour remédier à ces problèmes. Pour ces raisons, le Comité Technique d'Etablissement a rendu un avis défavorable à l'unanimité sur le bilan social.

Le bilan social recueille 13 voix pour, 1 voix contre et 28 abstentions.

VIII. Rapport de la mission sur l'hôpital public commanditée par le ministère en charge de la Santé

Le Pr Béatrice CRICKX rappelle que la mission a été commanditée par le ministère, qui a eu le sentiment qu'il existait un problème de perception lors de la mise en place de la réforme. La lettre de mission comprenait deux objectifs : établir un dialogue sur les difficultés concrètes et leurs solutions, et recenser les réussites ou les adaptations mises en place. La mission a reçu l'appui de l'ARS, des délégations régionales de la FHF et de l'ANAP. La mission a réuni 3 directeurs, 4 médecins et 2 directrices des soins. Le groupe a interrogé les hôpitaux sur deux thématiques : la mise en place de la gouvernance d'une part, et les Territoires de Santé et leur coopération d'autre part. Le groupe a fait les constats suivants.

- L'hôpital public est en mouvement. Qu'elles soient contestées ou acceptées, les nouvelles dispositions sont mises en œuvre. Toutefois, les personnes rencontrées appartenaient le plus souvent à une minorité agissante, la majorité restant distante. Cela s'explique par les perspectives financières des hôpitaux, les fortes tensions démographiques que connaissent les régions, le train continu des réformes, et le sentiment d'injustice relatif aux discours négatifs sur l'hôpital public.

- Le territoire constitue une nouvelle échelle hospitalière. Les coopérations constituent une vraie nécessité, en raison des problèmes démographiques et de la concurrence du privé. Malgré les obstacles réglementaires, il existe une forte attente vis-à-vis du territoire.

- Il existe un important besoin d'information et de formation des équipes hospitalières.

- La demande d'une accalmie réglementaire est partagée par tous. Les équipes hospitalières ont appliqué la réforme, mais ont souvent contourné la loi pour rester efficaces.

- Les relations avec les autorités de tutelle sont complexes. Les hôpitaux craignent une centralisation régionale de la santé et l'installation d'une nouvelle bureaucratie sanitaire. L'organisation se traduit par des injonctions constantes, et est très chronophage pour les directeurs qui ont une multitude d'interlocuteurs différents. Cependant, il existe une forte attente d'un management territorial efficace valorisant les initiatives ou les acteurs locaux.

La gouvernance a été mise en place. La relation entre le directeur et le président de CME doit être constructive, même si des craintes persistent. Dans l'ensemble des GH, le rôle du Directoire comme instance de pilotage stratégique et de préparation des décisions était reconnu. La disparition du conseil exécutif, qui impliquait plus d'acteurs, entraîne un profond regret. La rigidité de la

composition et de la taille du Directoire est complètement inadaptée dans les petits hôpitaux ; des modulations ont donc lieu via des invitations.

Le modèle polaire est bien accepté, surtout dans les grands établissements où il existe un lien fort avec le projet hospitalo-universitaire. Lorsque la mission a été réalisée, les contrats et projets de pôle étaient encore en cours de mise en place, mais il existait une forte attente vis-à-vis des outils. En ce qui concerne le trio d'encadrement :

- les chefs de pôle ont souligné l'importance de la légitimité de terrain ;

- les cadres supérieurs de pôles, très motivés par la réforme, considèrent qu'il est très important d'entretenir une relation de qualité avec le médecin chef de pôle ;

- la situation des cadres administratifs est instable : dans beaucoup d'hôpitaux, il n'existait pas de cadre administratif, et il est souvent remplacé par un directeur adjoint associé ou délégué aux pôles.

Pour l'ensemble des personnels, la référence reste le service, et non le pôle. Certains praticiens ressentent un « décrochage » entre le pouvoir médical du Directoire ou des chefs de pôles et le reste de la communauté médicale : il peut être difficile de faire circuler l'information, et des efforts de management sont nécessaires pour associer les structures internes. Par ailleurs, la réforme a profondément modifié la vie des directions.

La composition des conseils de surveillance apparaît comme rigide, et les représentants des collectivités ont le sentiment d'une perte de responsabilité locale. La CME est une instance majeure, mais son positionnement faisait débat lors de la mission. Certains établissements étaient confrontés à un déficit de candidatures ou à un problème d'absentéisme. Le rôle de la CME en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins reste flou. Les présidents de CME et praticiens souhaitent toutefois être associés à la stratégie. Enfin, en ce qui concerne les CSIRMT, aucun problème particulier n'a été soulevé, mais il apparaît pertinent de les associer aux travaux de la CME sur la qualité et la sécurité des soins.

Il n'existe pas de recette pour engager une dynamique de coopération territoriale. Toutefois, les directeurs d'hôpitaux et les président de CME jouent un rôle majeur. Le soutien de la tutelle et du politique est également important. Le mode de financement constitue un obstacle, en raison des déséquilibres entre les recettes, la variation des tarifs et de la part MIGAC.

La perte des syndicats inter-hospitaliers a été unanimement regrettée. Deux solutions existent cependant pour construire la coopération : la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), qui nécessite de construire un réel projet médical, ou le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), qui est plus répandu.

Les dix propositions du groupe sont les suivantes :

- valoriser la notion de service public hospitalier ;
- corriger les effets négatifs de la T2A ;
- stabiliser le cadre législatif et réglementaire actuel ;
- introduire une plus grande souplesse des règles juridiques ;
- organiser un appui régionalisé et territorialisé ;
- rénover les relations entre ARS et établissement ;
- soutenir la dimension managériale ;
- valoriser les réussites et les acteurs qui les animent ;

- achever et clarifier, lorsque c'est nécessaire, le positionnement des instances ;
- soutenir le rôle spécifique des CHRU comme irriguant le territoire de référence.

Le président demande ce que vaudra le rapport, compte tenu du fait qu'il sera remis à un ministre qui ne l'a pas demandé.

Le Pr Béatrice CRICKX répond que rapport ne contient pas de problématiques d'ordre politique, et que les propositions pourront être reprises par le nouveau gouvernement.

Le Dr Patrick PELLOUX se déclare opposé à chacune des propositions formulées, et signale que les membres du groupe de travail ont été insuffisamment critique vis-à-vis de la loi HPST. Le système créé ne correspond pas au fonctionnement de l'hôpital. Par ailleurs, les GCS sont de vrais échecs, qui fonctionnent au détriment du service public.

Le Pr Béatrice CRICKX répond que les propositions n'ont pas été formulées par le groupe, mais constituent la synthèse des entretiens réalisés.

Le Dr Patrick DASSIER signale que les propositions présentées ne répondent pas aux problèmes de l'attractivité de l'hôpital public et de la fuite des PH du secteur public. De nouvelles propositions sont donc attendues sur la valorisation du service public hospitalier.

Le Pr Bernard GRANGER fait observer que les sondages réalisés parmi les PH témoignent d'un rejet massif des pôles, l'organisation en services étant beaucoup plus fonctionnelle. Il rappelle ensuite que la première mouture de la loi HPST prévoyait expressément la suppression des services, mais que l'opposition à ce projet a permis de les maintenir.

Le Pr Béatrice CRICKX indique que les pôles ont une valeur ajoutée lorsqu'existe un projet hospitalo-universitaire thématique.

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 10 avril 2012

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité.

X. Questions diverses

Le Dr Patrick DASSIER évoque la régularisation des demi-journées effectuées en plus des exigences statutaires sur les CET. De nombreux PH ont dépassé l'activité diurne exigible statutairement, et souhaitent que cette activité soit stockée sur les CET. Certaines administrations ont accepté, à condition que les PH remboursent les 260 euros d'indemnités de gardes perçus pendant la période. De telles pratiques ne vont pas dans le sens de l'attractivité des postes de PH. Toute plage additionnelle sous entend le volontariat du PH et une contractualisation. Les plages additionnelles se doivent d'être clairement identifiées sur les tableaux de service prévisionnels et définitifs. La contractualisation des plages additionnelles prévue depuis 2003, doit devenir une réalité dans notre Institution pour éviter des contentieux..

Le Dr Patrick PELLOUX signale que les PH commencent à fuir les services à gardes, notamment le SAMU et les urgences parisiennes. L'administration profite actuellement de l'absence de définition de la demi-journée en heures. Le système des demi-journées doit être clarifié, car le dispositif actuel est démotivant et entraîne un surcroît de travail.

Le Dr Christophe TRIVALLE ajoute que de nombreux hôpitaux proposent des astreintes non rémunérées le dimanche. Par ailleurs, dans les hôpitaux universitaires de Paris-Sud, la réalisation

des tableaux de service engendre des difficultés. Ainsi, les congés de formation doivent donner lieu à des demandes un mois en amont, faute de quoi le congé de formation est prélevé sur les RTT.

Le président déclare qu'il n'est pas possible de traiter un tel sujet en fin de séance, et demande que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux prépare une présentation sur ce point pour l'automne. Elle pourra travailler en lien avec la CCOPS et la sous-commission de la vie hospitalière.

La séance est levée à 12 heures 45.

*

* *

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

mardi 10 juillet 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 27 juin 2012 à 16 heures 30