

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 8 JANVIER 2013**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 12 FEVRIER 2013**

SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président et du vice-président de la CME	6
II.	Axes de la note de cadrage pour le budget (état des prévisions de recettes et de dépenses, EPRD) 2013 de l'AP-HP	7
III.	Psychiatrie à l'AP-HP	10
IV.	Certifications des groupes hospitaliers	13
V.	Elaboration d'un projet médical commun entre l'hôpital Louis Mourier (Colombes) et le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre	16
VI.	Organisation et projet de la CME pour la gestion de la qualité et sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)	18
VII.	Greffes de cellules souches hématopoïétiques chez les enfants drépanocytaires à l'AP-HP	20
VIII.	Propositions du groupe de travail ad hoc sur le recours à des professionnels libéraux pour une activité publique à l'AP-HP	22
IX.	Approbation du compte rendu de la séance du 13 novembre 2012	25
X.	Questions diverses	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (P^r Loïc CAPRON, D^r Georges SEBBANE)
2. Installation de la nouvelle COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) de l'AP-HP (P^r Philippe LECHAT) – exposé de 10 minutes
3. Avenir architectural des hôpitaux Bichat et Beaujon (M^{me} Carine CHEVRIER, et P^r Jean MANTZ) – exposés de 10 et 10 minutes
4. Évolution des messageries électroniques de l'AP-HP (P^r Michel ZERAH) – exposé de 5 minutes
5. Bilan à mi-parcours du plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014 – méthode et objectifs (P^r Michel FOURNIER) – exposé de 10 minutes
6. Rapport d'activité 2012 de la sous-commission Structures et restructurations (P^r Gérard CHERON) – exposé de 5 minutes
7. Relevé des activités et des effectifs médicaux 2011 des services de l'AP-HP (M^{me} Julia SAUTEREY, M. Jérôme HUBIN) – exposé de 10 minutes
8. Contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques entre l'AP-HP et l'Université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines (M. Jean-François SAUVAT) – exposé de 5 minutes
9. Révision des effectifs de PH titulaires 2013 (P^r Thierry BEGUE, D^r Sophie CROZIER, M. Jérôme HUBIN, M^{me} Françoise FOURNIER)
10. Approbation du compte rendu de la séance du 9 octobre 2012
11. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Information sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel (publication : 2^e tour national de recrutement du 13/10/2012)
- Avis sur des premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

Composition A

- Avis sur une demande de mobilité de PU-PH
- Avis sur une demande d'intégration d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M^{me} le D^r Olivia ANSELEM
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le D^r Paul AVILLACH
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le P^f Thierry BEGUE
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le D^r Philippe BUSTANY
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le D^r Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le D^r Michaël CHAUSSARD
- M^{me} le D^r Marie-Paule CHAUVEHEID
- M. le P^f Gérard CHERON
- M. le P^f Thierry CHINET
- M. le P^f Yves COHEN
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M. le D^r Cyril DAUZAC
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^f Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Elisabeth DION
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Erea Noel GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bruno GLOGLY
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le D^r Bernard GRANGER
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^r Bertrand GUIDET
- M. le Pr François HAAB
- M. le P^f Olivier HENRY
- M. le P^r Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le D^r Julien LENGLET
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M. le P^f Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. le P^f Rémy NIZARD
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M. le P^f Jean-Claude PETIT
- M. le D^r Matthieu PICCOLI
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le P^f Georges SEBBANE
- M. le P^f Alain SIMON
- M^m le D^r Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^f Dominique VALEYRE
- M. le P^f Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

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

- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN
- M. le P^f Serge UZAN

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

- M^{me} Mireille FAUGERE, directrice générale
- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication

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

- ***membres excusés :***

M. le P^f Philippe ARNAUD, M. le P^f Jean-Luc DUMAS, M. le D^r Michel DRU, M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF, M. le D^r Matthieu LAFAURIE, M. le P^f Louis MAMAN, M. le D^r Patrick PELLOUX, M. le P^f Benoît SCHLEMMER, M^{me} Roselyne VASSEUR, M. le P^f Jean-Philippe WOLF

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

Le président annonce l'absence des Doyens Jean-Luc DUMAS, Louis MAMAN et Benoît SCHLEMMER, des P^{rs} Philippe ARNAUD et Jean-Philippe WOLF, des D^{rs} Cécile HVOSTOFF, Michel DRU, Matthieu LAFAURIE et Patrick PELLOUX, et de M^{me} Roselyne VASSEUR.

Le président a la tristesse d'annoncer le décès du P^f Edouard BINGEN, chef de service de microbiologie de l'hôpital Robert Debré.

Le P^f Jean-Claude PETIT rappelle que le P^f Edouard BINGEN était également PU-PH à Paris-Diderot Paris 7 depuis 1997. Il avait exercé à l'hôpital Robert Debré depuis l'ouverture de cet hôpital. Il était un spécialiste internationalement reconnu de la physiopathologie des infections extra-intestinales à Escherichia coli en pédiatrie, et responsable d'un laboratoire associé au CNR (Institut Pasteur). Le P^f Edouard Bingen était un pédagogue réputé, animé par la passion de communiquer ses connaissances en microbiologie clinique pédiatrique. Les nombreux enfants malades dont il avait la charge du diagnostic de leur infection, sans le savoir, lui doivent beaucoup.

Le P^f Jean-Claude CAREL souligne que la disparition du P^f Edouard BINGEN a profondément touché l'ensemble de la communauté médicale de l'hôpital Robert Debré.

La CME observe un instant de recueillement en sa mémoire.

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

Le président indique que le pré-cadrage de l'EPRD 2013 a été transmis juste avant Noël, ce point fait l'objet d'une présentation par M^{me} Carine CHEVRIER. M. Édouard COUTY a rencontré le président et son cabinet privé pour échanger sur le pacte de confiance dont la ministre en charge de la santé lui a confié la charge.

Le vice-président précise qu'Edouard COUTY a rappelé qu'il ne saurait y avoir de modèle unique applicable à tous les hôpitaux. L'AP-HP, premier CH&U d'Ile-de-France et de France, nécessite ainsi une prise en compte spécifique. Le nouveau service public devra s'ouvrir à la logique territoriale, les CH&U ayant vocation à rayonner sur l'ensemble de la région. Ce sont les orientations que défend l'ARS, notamment l'ARS d'Ile-de-France. Si Edouard COUTY ne s'est pas prononcé sur une éventuelle nouvelle loi, des aménagements pourraient être mis en œuvre.

Le président que la cérémonie officielle des vœux de l'AP-HP, joignant la directrice générale, le président de la CME et le président du conseil de surveillance, aura lieu le 10 janvier à l'hôpital Necker, mais souhaite toutefois adresser ses vœux personnels aux membres de la CME. 2012 a permis de clarifier la gouvernance. La coopération entre la direction générale et la présidence de la CME est repartie d'un meilleur pas. Un cabinet de la CME a été constitué, sous la direction de M^{me} Catherine RAVIER. La direction de la politique médicale a évolué vers une direction médico-administrative. La CME et son président occupent désormais toute la place que leur confère la loi dans la concertation sur la gestion des affaires médicales, c'est-à-dire sur la stratégie et la politique médicales. La CME veut aussi assumer pleinement son rôle en matière de QSS & CAPCU (qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers). Cet ensemble doit fonctionner harmonieusement au service de l'AP-HP, c'est-à-dire avant tout au service des malades.

Le président souhaite remercier l'ensemble de la CME pour son assiduité et son bon état d'esprit. Il salue les sous-commissions et groupes de travail ad hoc et mesure le travail fourni. Le président remercie son conseil privé et les directions fonctionnelles du siège ; ainsi que les présidents de CME locales, qui construisent les modalités d'une fructueuse coopération avec la CME centrale. Le président remercie enfin son vice-président, le D^r Georges SEBBANE, qui ne compte jamais son temps au service de la CME. Le président adresse à chacun ses vœux les plus sincères.

Le vice-président se félicite que le mode de fonctionnement et le rôle de la CME aient été totalement renouvelés, et se déclare fier de collaborer avec le P^r Loïc CAPRON, dans l'intérêt des patients et du corps médical. La circulation des informations et la solidarité doivent permettre à la CME d'accomplir la mission qui lui a été confiée.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, souhaite à chacun et à l'AP-HP une excellente année, et souligne que l'objectif sera en 2013 de continuer à trouver les bons équilibres entre les responsabilités des groupes hospitaliers et les instances de direction générale.

II. Axes de la note de cadrage pour le budget (état des prévisions de recettes et de dépenses, EPRD) 2013 de l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER indique que la note de cadrage ouvre le cycle de gestion qui arrête des objectifs de recettes, de dépenses et des résultats prévisionnels pour chacun des groupes hospitaliers.

Trois éléments de contexte macro-économique doivent être rappelés. L'ONDAM 2013 prévoit une augmentation de 2,4 % des dépenses d'assurance maladie pour les activités financées sous T2A et un plan d'économie de 657 M€ pour l'hôpital. Le plan global de financement pluriannuel liant l'AP-HP à l'ARS approuvé le 6 août 2012, prévoit une démarche de retour à l'équilibre comptable, se traduisant par un déficit de 73 M€ en 2012, de 40 M€ en 2013, et l'atteinte de l'équilibre en 2014. Un effort d'investissements conséquent doit être réalisé en 2013 et 2014, avec 388 M€ de crédits de paiements, sous réserve de la réalisation du niveau d'efficience de capacité d'autofinancement. Il s'agit en effet de continuer à investir sans recourir à l'endettement.

L'objectif de réduction du déficit comptable conduit à un effort d'efficience, qui est évalué dans la note à 126 M€, montant qui a été porté à 150 M€, à hauteur d'un effort de 6 M€ en dépenses pour les services centraux et généraux et de 144 M€ pour les GH. L'atterrissage comptable 2012 devrait être de -73 M€ à -75 M€. La masse salariale devrait évoluer de 1,7 % en 2013. Le résultat comptable projeté est ainsi de -190 M€ en 2013 (tendanciel), soit un effort de 150 M€, pour contenir le déficit à 40 M€. S'agissant des recettes, la loi de financement de la Sécurité sociale ne prévoit plus de gel sur les MIGAC. Quelques évolutions de périmètre entraînent toutefois une stabilisation des hypothèses sur les MIG. La deuxième prévision sur les recettes est un gel des tarifs, avant un dégel en fin d'année. Une hypothèse de -0,5 % a ainsi été retenue sur les tarifs. Un volume stable est enfin anticipé. L'année dernière, les anticipations avaient été excessives. Tout volume d'activité entrera par conséquent dans les 150 M€ d'efficience demandés.

Les clés habituelles ont été retenues pour répartir les efforts d'efficience, à savoir l'atterrissage prévisionnel 2012 (pour 70 %) et les crédits de paiement des deux dernières

années (pour 30 %). Si les GH présentent un excédent, ils ne participent pas à l'effort d'efficience. Seuls les GH déficitaires participent à la première clé. Enfin, les propositions des GH doivent reposer à au moins 40 % sur la maîtrise de la dépense.

S'agissant du cadrage stratégique, est prévue une poursuite des projets de réorganisation des activités médicales et médico-techniques, avec notamment :

- poursuite des transferts d'activité ou mutualisations de plateformes de soins et médico-techniques ;
- suivi des programmes institutionnels (cancérologie, biologie, chirurgie cardiaque...) ;
- questionnement continu sur le maintien des petits sites de chirurgie ;
- interrogation systématique des modalités de prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle et des activités en doublon au niveau infra mais aussi supra-GH ;
- optimisation du circuit des urgences ;
- optimisation des stérilisations, y compris en supra-GH ;
- impact de NSI patient ;
- évolution sur les soins de longue durée.

L'EPRD 2013 comprend également un volet « soins », ainsi que des objectifs sur la satisfaction des patients et sur les projets prioritaires.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que le cycle d'investissements parallèlement en cours doit conduire à déterminer les enveloppes « équipements » et « travaux » d'ici la fin du mois de janvier. 30 % des enveloppes ont d'ores et déjà été pré-notifiées à chacun des GH.

Le président souligne que 144 M€ d'économies sont demandés en 2013. Il ne pense pas qu'une telle demande soit réaliste après déjà quatre années de dure efficience. Si des efforts sont toujours possibles, les économies demandées impliqueront une dégradation de l'offre de soins, en quantité, en qualité et en sécurité. Le devoir des médecins est de ne pas accepter cette diminution. Le président espère que la tutelle, représentée par M. Claude ÉVIN, l'entendra. À défaut de réponse, une motion pourrait être votée lors d'une prochaine CME.

Le P^r Bertrand GUIDET partage cette analyse au nom des présidents des CME locales. L'objectif est inatteignable. Si des efforts peuvent être réalisés sur le court terme, une réflexion de moyen et de longs termes est indispensable pour atteindre un tel niveau d'économies. La trajectoire pluriannuelle de l'AP-HP doit être définie. Financer l'opération Hôtel-Dieu à hauteur de 150 M€ ne paraît pas envisageable dans le contexte actuel au regard de la justification médicale discutable de ce projet.

Le D^r Philippe BUSTANY s'interroge sur l'intérêt pour l'AP-HP d'avoir réussi à contenir son déficit à 75 M€ en 2012.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que le maintien d'un déficit important dégrade d'autant les fonds propres et la capacité d'autofinancement. Le déficit a été contenu en 2012 grâce à un effort d'efficience et des opérations exceptionnelles. Ceci permet d'être crédible vis-à-vis des partenaires externes et de ménager les fonds propres et la capacité d'autofinancement de l'institution. S'agissant des investissements, 30 % des crédits ont été ouverts car les objectifs 2012 ont été tenus.

Le D^r Philippe BUSTANY rappelle avoir demandé la ventilation par GH au titre de l'année 2012 et ne l'a pas encore reçue.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que ces informations seront transmises.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE reconnaît que des économies sont nécessaires. Les économies demandées en l'espèce se fondent toutefois sur la suppression de nombreux emplois au 1^{er} janvier 2013. Le rôle de la CME et de la direction générale est de réfléchir à des restructurations plus ambitieuses sans appauvrir l'ensemble des services des hôpitaux.

Le P^r Christian RICHARD s'interroge sur les clés de répartition. Les GH les plus déficitaires seront en effet amenés à contribuer davantage. En outre, cette vision semble antinomique avec l'idée d'une institution unique. Le P^r Christian RICHARD craint sur ce point un éclatement de l'AP-HP. La dotation MIGAC est-elle par ailleurs bien prise en compte ? Pour les hôpitaux pédiatriques, cette dotation est souvent confortable, l'équilibre étant ainsi plus facilement atteint qu'au sein des autres hôpitaux.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, reconnaît que se pose la question des modalités de la solidarité et de l'unicité de l'AP-HP. Les GH, qui sont à l'équilibre ou présentent un bénéfice, considèrent qu'ils ont déjà réalisé les efforts demandés. Parallèlement, certains GH connaissent des difficultés, dont ils ne sont pas nécessairement responsables (territoire, concurrence, état des bâtiments...). Les critères définis ont été considérés comme équitables. Si l'objectif reste identique, ces critères peuvent toujours être modifiés. La solidarité doit, en tout état de cause, être de mise. La mise en commun permet une meilleure force de frappe en termes de négociations et d'investissements grâce à l'effet de taille. Tenir sa parole est essentiel dans le cadre des négociations avec la tutelle. En atteignant plus de 30 % d'endettement, un établissement risquerait rapidement de passer sous tutelle de l'ARS, tout investissement nécessitant alors une autorisation. L'objectif est de continuer à maîtriser le mieux possible les leviers qui sont les nôtres.

Le président note que les médecins, dont la parole est sans doute plus libre, doivent constituer un levier de protestation. La France doit faire ses choix et déterminer si elle souhaite maintenir la qualité des soins au sein de l'hôpital public.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, rappelle que l'AP-HP terminera l'année 2012 avec une croissance d'activité faible. Or tous les établissements publics sont en croissance et les tarifs sont calculés en examinant le volume d'activité au niveau national. La surface hospitalière est de plus beaucoup trop importante par rapport au volume d'activité. Le volume de m² hospitaliers a augmenté depuis dix ans alors que l'activité augmente peu : l'AP-HP s'épuise en ressources.

Le président rappelle que l'hôpital Joffre et l'Hôtel-Dieu ne sont pas fermés pour des raisons politiques. Du courage est ainsi nécessaire.

Le D^r Julie PELTIER s'interroge sur les gains des restructurations. Elle souligne que le niveau d'activité est maintenu en 2012 alors que des lits d'hospitalisation sont fermés.

M^{me} Carine CHEVRIER indique que la mutualisation a permis à certains GH d'atteindre l'équilibre. Un bilan des restructurations sera bientôt établi. L'augmentation de l'activité est relativement modérée compte tenu de l'hétérogénéité de l'AP-HP.

Le D^r Patrick DASSIER appelle dans un contexte d'environnement dégradé et de diminution de la tarification à analyser les raisons des déficits constatés au sein de certains GH. Les excédents de certains ne favorisent-ils pas le déficit des autres ? Il demande si des solutions

seront proposées. Le personnel des établissements déficitaires n'est en effet pas disposé à être exposé à des critiques ou des coupes d'effectifs.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que le cycle de gestion vise à partager une vision pluriannuelle des trajectoires.

Le D^r Anne GERVAIS s'étonne qu'une augmentation de 2,4 % des dépenses soit anticipée avec des MIG stables et une diminution des tarifs. Au niveau européen, elle note que l'euro a arrêté de vaciller dès lors que la GARANTIE de la dette a été mutualisée. Les efforts d'économies demandés ne sont pas atteignables dans certains GH. Une mutualisation est nécessaire. Le D^r Anne GERVAIS s'interroge enfin sur les futurs efforts d'efficience qui seront demandés.

M^{me} Carine CHEVRIER explique que l'ONDAM correspond au (volume X prix) pour l'ensemble des établissements de santé. L'effet prix impactera à plein l'AP-HP. L'objectif sera de se battre sur les MIGAC. Une augmentation de volume sera également nécessaire. L'efficience n'est par ailleurs évidemment pas un sujet à caractère annuel. Des actions supra-GH seront nécessaires (projets prioritaires...). Une réflexion sera parallèlement engagée sur les dépenses de titre II (dépenses médicales) et de titre III (dépenses hôtelières et générales).

Le P^r Pierre CARLI considère que la diminution des crédits induit un important risque de division. Refuser la culture du résultat dans un système basé sur la T2A n'est pas possible. Ce système a été imposé ; il faut apprendre à le manier et à rechercher une amélioration de la qualité des soins et des recettes. Les pistes sont nombreuses et les experts du siège doivent mettre en exergue les pistes les plus rentables. Lorsqu'une pression politique insoutenable est exercée, c'est la poussée de l'adversaire qui permet de remporter la victoire, et non l'inverse. Un effort de 144 M€ ne peut aboutir qu'à un refus de principe qui peut être utilisé pour faire avancer d'autres points financiers ou organisationnels.

Le P^r GUY SEBAG souscrit à cette position et souligne qu'il convient avant tout de raisonner en terme de trajectoire, et non en termes de résultats bruts.

Le P^r Serge UZAN appelle à réactiver la réflexion sur la nécessité d'une grande loi de santé publique pour décider des grands enjeux et y associer les financements adaptés, plutôt que de laisser choisir les GH en fonction des tarifs T2A. La Nation doit définir ce qui est pertinent et nécessaire.

III. Psychiatrie à l'AP-HP

Le D^r Josiane HOLSTEIN rappelle que les services de psychiatrie sont principalement rassemblés dans Paris intra-muros et la première couronne. Les capacités totales sont de 632 lits, soit environ 3 % des capacités totales de l'AP-HP. Quelques écarts de capacités sont constatés par rapport aux autorisations délivrées par l'ARS en 2010.

La psychiatrie de secteur signifie que les hôpitaux en charge de secteur assument toute la prise en charge psychiatrique d'une zone géographique déterminée, ce qui implique l'absence de refus possible de patients de cette zone et l'accueil des hospitalisations sous contrainte. Les établissements en charge de secteur assurent également des missions particulières : la prise en charge de l'urgence, les déplacements au domicile, la gestion des CMP (centre médico-psychiatriques, CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou encore des appartements thérapeutiques. La psychiatrie adulte de secteur se situe uniquement en petite

couronne et concerne quatre hôpitaux (Paul Brousse, Louis Mourier, Mondor-Chenevier, Corentin Celton). La pédopsychiatrie de secteur se situe uniquement au sein de Paris intra-muros (Robert Debré, Pitié-Salpêtrière, Bichat et Necker).

L'AP-HP compte un lit psychiatrique sur 15 en Ile-de-France, mais s'occupe d'un malade sur 6 du fait de l'activité de liaison et de l'activité d'urgence. Un patient de court séjour sur 5 présente une comorbidité psychiatrique, ce qui entraîne un allongement de la DMS en MCO de 5 jours à pathologie équivalente. L'activité d'urgence est évaluée à au moins 50 000 passages/an. La psychiatrie en CHU, à l'AP-HP a développé une expertise en lien fort avec ses activités somatiques. La psychiatrie AP-HP assume simultanément sur tous ses sites des prises en charge de proximité, des prises en charge de recours et des missions de recherche et d'enseignement (centres experts, de référence, partenariats INSERM/CNRS...).

La psychiatrie souffre toutefois d'un manque de lisibilité au niveau institutionnel et régional. Les atouts de l'AP-HP n'ont été jusqu'à présent que peu valorisés (accueil des urgences, lien avec le somatique, activités de recours, activité universitaire). L'AP-HP a par ailleurs des difficultés à prendre position au niveau régional du fait du flou du SROS Psychiatrie : besoins peu ou pas chiffrés, schéma non axé sur les prises en charge spécifiques à l'AP-HP, absence de priorisation. La position face aux établissements de secteur de la région doit par ailleurs être précisée. La troisième problématique porte sur le financement.

La position de l'AP-HP vis-à-vis des établissements de la région oscille entre collaboration et concurrence. La communauté hospitalière de territoire parisien (CHT 75) créée en 2012 associe les cinq plus gros établissements de secteur psychiatriques de la région, et revendique le leadership de la psychiatrie en Ile-de-France. Des groupes de travail ont été constitués entre la CHT et l'AP-HP : urgences, pédopsychiatrie, psychiatrie universitaire, addictions. Certaines modalités de collaboration doivent toutefois être redéfinies. L'intervention des personnels des hôpitaux de secteur dans les SAU de l'AP-HP n'est en effet pas toujours conforme aux engagements pris antérieurement.

Le financement est permis par une dotation historique, non liée à l'activité ou aux évolutions des besoins. La DAF-PSY (dotation annuelle de financement) s'élève à 130 M€ en 2011. La dotation annuelle de financement reçue par la tutelle est répartie intégralement sur chaque site. La discussion autour de l'existence éventuelle d'un delta entre la DAF-Psychiatrie reçue et celle finançant réellement les équipes de psychiatrie est source de tension sur la demande de moyens concernant les nouveaux projets ou le réajustement des moyens face à l'évolution de la file active.

Le P^r Frédéric LIMOSIN rappelle qu'une personne sur quatre sera confrontée à un trouble psychiatrique au cours de sa vie. L'OMS a noté que quatre des dix pathologies entraînant le plus d'incapacité étaient psychiatriques. A l'horizon 2020, la dépression sera la deuxième cause de mortalité et d'invalidité au monde, juste après la cardiopathie ischémique, et deviendra la première cause en 2030. Outre l'accueil des urgences psychiatriques au sein des SAU, dont 10 à 15 % de l'activité globale y sont consacrés, la psychiatrie de l'AP-HP tient une place majeure au niveau régional notamment en ce qui concerne ses activités de liaison et ses missions universitaires. Dans ce contexte, plusieurs projets d'extension/création d'activités sont en cours d'élaboration, comme celui de centres référents d'urgences psychiatriques au sein de sites comprenant un SAU (Bichat, Lariboisière, Louis-Mourier et Henri-Mondor étant les sites pressentis). Ces centres référents seront couplés à des activités hospitalo-universitaires sur-spécialisées : suicidologie, addictions, premiers épisodes survenant chez les jeunes adultes, contexte post-traumatique, psychiatrie du sujet âgé... Ce

projet sera élaboré en concertation avec les urgentistes, et s'intégrera dans le cadre d'un projet plus global de coordination/régulation centralisée entre l'ensemble des SAU et des services de psychiatrie de l'AP-HP, avec comme objectif de fluidifier l'aval des urgences psychiatriques. Le dispositif sera également articulé avec les secteurs parisiens gérés par la CHT 75.

Des projets de psychiatrie spécialisée sont par ailleurs en cours, avec un projet de centre de référence « psychiatrie de la personne âgée » à Corentin-Celton et un projet de lits mères-bébés à Bicêtre. En pédopsychiatrie, une réflexion a été engagée sur la réorganisation de l'accueil des urgences et la permanence des soins.

Le P^f Frédéric LIMOSIN insiste sur la problématique du financement. Un travail conjoint de la collégiale de psychiatrie et des directions fonctionnelles du siège a été engagé en vue d'une répartition optimisée de la DAF entre établissements. Ce travail inclut une évolution des clés de répartition et une révision des modalités d'utilisation effective de la DAF au sein des GH.

En conclusion, la psychiatrie constitue un enjeu majeur de santé publique, avec une patientèle qui ne cesse de croître, notamment en lien avec le vieillissement de la population. Les services de psychiatrie de l'AP-HP sont particulièrement dynamiques, que ce soit en termes d'offre de soins ou de recherche, mais rencontrent un problème de financement, alors même que des investissements importants devront être réalisés en vue de la restructuration, l'extension ou la création d'activités, mais également de l'humanisation des services. L'AP-HP doit être fière de sa psychiatrie et la soutenir afin qu'elle puisse répondre de manière satisfaisante à ces différents enjeux.

Le D^r Bernard GRANGER rappelle que l'AP-HP est le premier centre psychiatrique régional et national. Environ 20 % des patients hospitalisés présentant une comorbidité psychiatrique, un service de psychiatrie est nécessaire dans l'ensemble des grands hôpitaux. L'AP-HP est par ailleurs le premier centre de recherches psychiatriques national, malgré des effectifs hospitalo-universitaires particulièrement faibles. S'agissant de la DAF, il apparaît incontestable qu'une grande partie est utilisée à d'autres finalités. Dans certains GH, 50 % de cette dotation ne revient pas aux services de psychiatrie. La vérité des chiffres est nécessaire, cette captation de moyens empêchant tout projet de développement dans un contexte où le taux d'occupation des lits est de 100 %.

Le D^r Nicolas DANTCHEV se félicite qu'une réflexion tripartite ait été engagée entre la collégiale de psychiatrie, la DPM et la DEFIP et suggère d'associer la sous-commission activité, ressources de la CME à cette démarche.

Le P^f Christian RICHARD note qu'est évoquée la création de centres référents d'urgence et craint un service à deux vitesses. Dans tous les centres hospitaliers qui comptent des SAU, le besoin de psychiatres est en effet très important.

Le P^f Frédéric LIMOSIN explique que l'objectif est d'intégrer l'ensemble des SAU et de faciliter l'orientation des patients qui nécessitent une hospitalisation vers les services de psychiatrie de l'AP-HP. Il n'est évidemment pas question de démunir les SAU qui ne seraient pas identifiés comme des centres référents.

Le P^f Isabelle CONSTANT s'interroge sur le cas des structures de pédopsychiatrie, telles que celle de Trousseau, qui ne disposent pas de DAF. Leur déficit menace leur pérennité. Le P^f Isabelle CONSTANT rappelle que les séjours en HDJ nécessitent des autorisations.

Le P^r Frédéric LIMOSIN indique qu'une réflexion a été initiée sur cette question et que ces petites structures pourraient se fédérer pour renforcer leur lisibilité et leur attractivité.

Le P^r Gérard CHÉRON rappelle que la pédopsychiatrie est une problématique supra-GH, qui nécessite une forte concertation. Une place primordiale doit être accordée à la collégiale.

Le P^r Frédéric LIMOSIN indique qu'une réflexion a été engagée autour d'une réorganisation voire une création de lits de pédopsychiatrie au sein de l'AP-HP pour faire face à cet enjeu de santé publique.

Le vice-président note que la DAF englobe la psychiatrie et la gériatrie. En l'absence d'activité SSR gériatrie, la DAF était diminuée. La psychiatrie bénéficiera-t-elle inversement de cette démarche ?

Le D^r Josiane HOLSTEIN explique qu'il n'y a pas de lien entre la DAF SSR et la DAF psychiatrie. Les clés de répartition SSR ont été modifiées pour être au plus près de l'activité. Une modulation est appliquée en fonction de l'index de performance de la durée de séjour. En psychiatrie, la comptabilisation de l'activité est plus complexe en raison de la multiplicité des structures (HDJ, appartements thérapeutiques, activités de secteur...). Une réflexion a été engagée pour modifier ces clés d'activité.

Le D^r Bernard GRANGER rappelle que les secteurs de l'AP-HP sont sous-dotés, notamment en effectifs médicaux. Une mise à niveau s'impose, ce qui nécessite que la DAF soit réellement utilisée par la psychiatrie.

Le D^r Josiane HOLSTEIN indique que ce point est actuellement évoqué avec l'ARS. Les problématiques rencontrées dépendent de la taille et de l'évolution des besoins dans les secteurs considérés. A Chenevier, la demande de soins a explosé et le découpage sectoriel doit être revu.

IV. Certifications des groupes hospitaliers

Le D^r Nicole PÉRIER rappelle que la certification fait partie des missions de la CME. La moitié des sites de l'AP-HP ont passé, à ce jour, leur visite de certification.

Les GH travaillent en premier lieu sur l'auto-évaluation, un document devant être envoyé cinq mois avant la visite. Les sécurités sanitaires sont analysées en amont par la HAS, excepté si des dysfonctionnements majeurs sont constatés. Après la visite, le rapport des experts-visiteurs en restitue le contenu. Ce rapport peut donner lieu à des observations de l'établissement. Ce n'est que quelques mois plus tard que le Collège de certification émet éventuellement des décisions et que son rapport de certification est rendu public. Ce rapport peut encore faire l'objet d'un recours gracieux, avec la publication d'un nouveau rapport définitif environ quatre mois plus tard.

Les sécurités sanitaires n'entrent pas dans le champ de la visite, celle-ci se concentrant sur les bonnes pratiques. L'analyse des sécurités sanitaires peut donner lieu à un report de visite ou à un sursis voir une non certification si les non-conformités persistent. Un important travail a été mené avec la HAS sur les sécurités sanitaires afin de prendre en compte les non-conformités et les alertes. Un système a été mis en place pour améliorer la lisibilité : plans d'actions sur les non-conformités, plans de maîtrise des risques sur les risques résiduels et

communication d'une fiche DPM sur les difficultés liées aux réorganisations. La HAS s'inscrit dans une dynamique d'accompagnement vis-à-vis de l'AP-HP.

S'agissant des bonnes pratiques, l'auto-évaluation sert de guide pour la visite qui se concentre sur les points clés de la certification : le suivi des décisions antérieures, les pratiques exigibles prioritaires, l'évaluation des pratiques professionnelles et le programme qualité gestion des risques qui constitue le fondement des engagements des établissements. Cette visite peut donner lieu à des recommandations, des réserves, des réserves majeures entraînant un sursis de certification, voire à une non-certification.

Huit hôpitaux/GH ont passé leur certification à ce jour, dont quatre ont obtenu leurs résultats. Deux ont obtenu des certifications avec des réserves et des recommandations ; et deux avec seulement des recommandations. Le GH HUPNVS, actuellement en sursis de certification, est entré dans une démarche de recours gracieux. Un gros travail est mené pour éviter les réserves majeures pointées. Son rapport de certification définitif est attendu d'ici l'été. Deux autres GH ont reçu le rapport des experts-visiteurs. Henri Mondor est dans l'attente de ce document.

S'agissant des bonnes pratiques, aucune cotation D n'a été attribuée. Néanmoins, la HAS a la capacité de déclencher des réserves majeures, ce qui a déjà été le cas pour les déchets. Quant à l'EPP, la dynamique globale a été positive.

La synthèse des décisions de certification a été établie à ce jour. Les thèmes principalement étudiés sont les suivants : gouvernance en qualité gestion des risques ; programme qualité gestion des risques actualisé, partagé et hiérarchisé ; médicament ; événements indésirables ; identification du patient ; bloc opératoire ; recherche d'EPP. En 2013, le suivi des décisions et leur bilan sera effectué.

L'engagement de la direction et la gouvernance clinique restent les atouts majeurs de la réussite de cette démarche.

Le P^r Rémy NIZARD souhaite présenter un *case report* au sein du GH Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal. Ont été déclinées : une politique médico-soignante, une organisation et une mise en œuvre pratique. Le P^r Rémy NIZARD rappelle que c'est le président de la CME qui est chargé conjointement avec le directeur de l'établissement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de son suivi. Les pressions sont parallèlement multiples (HAS, AP-HP, associations de patients et médias).

Des éléments de littérature ont été recherchés. 9,2 % des patients ont au moins un événement indésirable (EI) ; 44 % d'entre eux sont évitables. Les EI surviennent principalement en chirurgie, en particulier en chirurgie orthopédique. Le volume et la spécialisation des soins apparaissent comme positifs sur la qualité et la sécurité des soins. Donald M. BERWICK, ancien Président de l'Institute for Healthcare Improvement, a décliné dans un article toutes les actions qu'il souhaitait mener en matière de qualité et de sécurité des soins : pas de mort inutile, pas de douleur inutile, prise en compte de la vulnérabilité, pas d'attente inutile, pas de gâchis. Le traitement de la douleur est aussi bien physique qu'émotionnel. La prise en compte de la vulnérabilité recouvre le respect de la nudité ou encore le respect du libre-arbitre. L'attente induite regroupe le respect des rendez-vous, l'absence de frein à l'accès au soin, ainsi que le partage et l'archivage des documents. La charge que représente la santé doit enfin être partagée.

Le P^f Rémy NIZARD précise qu'un comité de pilotage présidé par M. Philippe SUDREAU et lui-même a été constitué en vue de la certification. Ce comité, qui regroupe le P^f Laurent DEGOS, ancien président de la HAS, ainsi que tous les directeurs impliqués et quatre cliniciens, est la tête politique de ce projet. Un comité de coordination comprenant les experts visiteurs a également été mis en place. Des porteurs de thématiques et des référents qualité au sein des pôles ont été désignés. Le comité de pilotage s'est réuni tous les mois, le comité de coordination tous les 15 jours. Le comité de pilotage a pris en compte l'ensemble des structures pérennes (CLAN, CRUQPC, CLUD...) et a travaillé en lien avec le comité de coordination, ainsi que directement avec les services en cas de difficultés. La démarche d'amélioration continue se poursuit. Elle s'appuie sur des contrats de pôle et des avenants et est déclinée via des conférences de pôle organisées une fois par an.

La politique qualité est un outil managérial. Les professionnels se retrouvent autour des valeurs de qualité et de sécurité des soins. Un environnement sûr pour les patients est un environnement sûr pour les personnels, même si le risque de « jouer l'indicateur » n'est jamais à écarter.

Les comités de pilotage et de coordination continuent de se réunir pour éviter que la prochaine certification ne soit une contrainte.

Le P^f Philippe RUSZNIEWSKI précise qu'un sursis à la certification du GH HUPNVS a été prononcé, une deuxième visite devant être planifiée dans six à huit mois. L'émotion a été très vive devant ce qui est vécu comme une injustice. La communauté soignante s'est en effet beaucoup investie et craint une image négative du GH à l'extérieur. Un sentiment d'amertume l'a ensuite emporté, car les deux réserves majeures concernent pour l'une, le stockage des déchets, et pour l'autre la reconstitution des cytostatiques de Beaujon. La tutelle avait pourtant été sollicitée à de multiples reprises sur ces deux points et avait refusé d'accorder les moyens demandés. Un sentiment d'inquiétude a ensuite pris le dessus. Il ne sera évidemment pas possible de résoudre les problèmes relevés en un laps de temps si court, des réserves portant également sur des non-respects d'intimité et des conditions matérielles extrêmement dégradées. La communauté médicale est aujourd'hui très déterminée et demande à la tutelle de l'aider de manière concrète et rapide pour faire face aux exigences que chaque patient est en droit d'attendre.

Le président assure le groupe HUPNVS de la solidarité de la CME et s'efforcera de contribuer à la recherche d'une solution positive.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, reconnaît que les résultats provisoires sont réducteurs par rapport au travail des équipes. Un recours gracieux est ainsi engagé sur les deux réserves majeures. S'agissant de la reconstitution des cytostatiques de Beaujon, la demande du groupe hospitalier a sans doute été peu rendue visible. M^{me} Monique RICOMES rappelle que la direction générale, avec l'ARS et la HAS, s'est par ailleurs fortement engagée sur la problématique de la sécurité incendie de l'hôpital Bichat, qui aurait pu aboutir à une non-certification et même à une absence de visite. L'ensemble de l'AP-HP est ainsi mobilisé auprès du groupe HUPNVS.

Le P^f Philippe RUSZNIEWSKI indique que le problème de reconstitution des cytostatiques a été abordé de manière extrêmement nette lors de deux conférences stratégiques et lors de la visite sur site de l'ARS. Le niveau d'investissement était insuffisant pour apporter une réponse positive à cette demande.

Le président note que les certifications ont un bon côté : les réserves majeures imposent à l'Administration d'engager les investissements nécessaires.

Le D^r Anne GERVAIS s'interroge sur les efforts d'efficience demandés en cas d'investissement sur les cytostatiques.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que les investissements sur les cytostatiques entrent évidemment dans le calcul global et ajoute que les critères les plus équitables devront être définis par rapport au contexte général.

Le D^r Corinne GUÉRIN rappelle que l'activité de reconstitution des cytostatiques est encadrée, *via* notamment l'autorisation des inspecteurs en pharmacie au niveau de l'ARS. Les manquements ont donc déjà été soulignés.

Le président insiste sur l'importance de la certification et son rôle dans la qualité et la sécurité des soins, dont les CME sont garantes selon les termes de la loi.

V. Élaboration d'un projet médical commun entre l'hôpital Louis Mourier (Colombes) et le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre

M. Pierre-Emmanuel LECERF explique que le projet vise à rapprocher les hôpitaux Max Fourestier (CASH) et Louis Mourier (HUPNVS) sur la base d'un projet médical commun, dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, qui n'est pas la fusion des deux établissements, mais un groupement de coopération sanitaire dit de moyens. Une gouvernance classique de conduite de projet a été mise en place. Un chef de projet, Mme Gwénoïée ABALAIN, directrice de Louis Mourier, a été désigné. Un comité de pilotage associant les deux entités et l'ARS a été constitué. M. Pierre-Emmanuel LECERF rappelle que Max Fourestier appartient à un ensemble plus large, le CASH de Nanterre, qui comprend un volet médico-social très développé (réinsertion sociale) et qui est une composante de la Préfecture de Police de Paris.

Le projet présenté n'est pas achevé, puisque les contours médicaux, le modèle économique ou encore l'encadrement juridique ne sont pas encore arbitrés. Il s'agit ainsi de réaliser un point d'avancement et un premier retour d'expérience sur la conduite d'un projet de rapprochement de deux hôpitaux dans le cadre d'une coopération territoriale.

Plusieurs bénéfices théoriques sont normalement attendus d'une coopération territoriale : la graduation de l'offre de soins et l'organisation en filière sur un territoire ; la substitution d'une logique de complémentarité à une logique de concurrence entre hôpitaux ; la réalisation d'économies d'échelle et la recherche d'une taille critique ; la gestion de la contrainte en termes de démographie médicale ; la volonté de rentabiliser des investissements récents. L'objectif est de transférer des activités actuellement logées dans des bâtiments vétustes vers des bâtiments qui ont récemment ouvert et sont en surcapacité. L'ambition portée par les différentes coopérations est d'ampleur variable, certains projets étant plus offensifs (en matière de conquête de parts de marché), d'autres plus défensifs.

Sur ces territoires, il n'y a pas d'acteur hégémonique. Ces hôpitaux sont de taille moyenne (entre 300 et 500 lits). Leurs pôles MCO présentent des caractéristiques communes. Au total, 30 000 séjours sont recensés, dont deux tiers à Louis Mourier et un tiers à Max Fourestier.

Le projet de coopération entre le CASH et Louis Mourier concerne deux hôpitaux de taille moyenne (entre 300 et 500 lits chacun, pour un total de 30 000 séjours, dont deux tiers à Louis Mourier) et dont les composantes MCO présentent des caractéristiques communes. Il s'est nourri des réflexions menées dans le cadre d'un séminaire médical commun aux deux hôpitaux. Une des pistes envisagées est la graduation de l'offre de soins via la constitution d'un pôle MCO lourd et universitaire à Louis Mourier, rassemblant la plus grande partie des services d'hospitalisation en médecine et en chirurgie spécialisée, et un hôpital de proximité avec une plateforme de consultations et de chirurgie ambulatoire ainsi qu'une filière de SSR polyvalents à Max Fourestier. Un scénario également à l'étude, et de moindre ampleur, consiste à basculer quelques services MCO (orthopédie, pneumologie, réanimation) de Max Fourestier vers Louis Mourier. La filière gériatrique, la filière de SSR polyvalents et la chirurgie ambulatoire seraient quant à elles transférées de Louis Mourier vers Max Fourestier.

Le projet rencontre plusieurs oppositions, dont les facteurs sont:

- d'ordre médical (opposition de la communauté médicale au transfert d'activités comme la pneumologie vers Louis Mourier) ;
- d'ordre financier, des investissements étant nécessaires pour opérer les transferts ;
- d'ordre social, la confusion étant importante entre l'effort d'efficacité inévitable demandé au CASH (pour résorber son déficit) et le projet de rapprochement entre Max Fourestier et Louis Mourier ;
- d'ordre immobilier ;
- d'ordre politique, les élus locaux de Nanterre s'opposant à la perte de la filière MCO du CASH.

Une analyse très fine sur le plan médico-économique doit être menée, en mesurant les risques que recouvre le projet, mais aussi les risques encourus par son abandon. Max Fourestier présente un déficit de 12 % sur son cycle d'exploitation et rencontre des difficultés d'attractivité du personnel et d'activité. L'impact économique de ce projet doit évidemment être mesuré pour chaque hôpital. Plusieurs groupes de travail associant les deux hôpitaux, la tutelle et les directions fonctionnelles du siège ont été mis en place afin d'expertiser l'ensemble des volets du projet. Le volet médical fera l'objet d'un examen en commission des structures et restructurations.

M. Pierre-Emmanuel LECERF note, en conclusion, qu'il n'est pas possible de demander aux coopérations de répondre à l'ensemble des problématiques (notamment les difficultés économiques et financières des hôpitaux). Des efforts d'efficacité sont parallèlement nécessaires.

Le P^r Jean MANTZ indique que ce projet est emblématique des restructurations à mener dans la vision de l'ARS. Développer un partenariat intelligent entre deux hôpitaux qui ne sont distants que de 800 mètres paraît pertinent. Les doublons d'activités sont en effet nombreux et les communautés médicales sont prêtes à s'investir. Des scénarios intelligents concentrant plusieurs activités ont été proposés. Tant qu'aucune feuille de route n'est définie par les tutelles, aucune solution ne pourra toutefois être trouvée.

Le président précise avoir rencontré, avec le vice-président, M. Luc ROZENBAUM et le D^r Jacques HASSIN, actuel et ancien présidents de la CME du CASH. Le CASH considère que ses activités constituent un tout et déplore qu'elles puissent être scindées en social (CHAPSA et maison de retraite) et en sanitaire (hôpital Max Fourestier). Le sentiment d'appartenance à un tout est très fort. Huit blocs opératoires ont été inaugurés en 2009. Le

président appelle par conséquent la communauté médicale à mener un important travail de rapprochement, au-delà même du travail politique qui doit être engagé. Le président précise avoir demandé au P^r Gérard CHÉRON et à la sous-commission des structures et restructurations d'avancer sur ce point.

Le P^r Thierry BÉGUÉ reconnaît que le sentiment d'appartenance est très fort. Les collégiales impliquées doivent émettre un avis sur les possibilités de réorganisation. Le P^r Thierry BÉGUÉ déplore que les équipes de chirurgie orthopédique et traumatologique aient découvert qu'il était prévu l'intégration des chirurgiens orthopédistes du CASH au sein du service de chirurgie générale de à Louis Mourier sans aucune création de service de spécialité.

Le P^r Jean MANTZ assure qu'il n'était en aucun cas prévu de laisser ce service isolé, mais de le rattacher à la structure du pôle TCOR (Tête cou rachis) du groupe hospitalier.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE se déclare quelque peu dubitatif. Les deux établissements hospitaliers manifestent visiblement peu d'affinités pour collaborer. L'AP-HP et le CASH présentent tous deux des problèmes financiers. Il revient à l'ARS de prendre ses responsabilités. Le P^r Stanislas CHAUSSADE note que les budgets sont en réalité communicants, et appelle à un arrêt des coopérations inutiles.

Le P^r Gérard CHÉRON indique qu'il recueillera les points de vue des acteurs concernés en vue de la CME du mois de juin ou de juillet. Pour avancer, un consensus ne saurait être attendu. La CME devra présenter plusieurs hypothèses, charge aux décideurs d'arbitrer.

Le président ajoute qu'il informera l'ARS de ces débats.

VI. Organisation et projet de la CME pour la gestion de la qualité et sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)

Le président rappelle qu'il s'agit d'une question majeure pour notre commission, notre organisation et notre projet pour la QSS et CAPCU, c'est-à-dire ce que la loi HPST a inscrit parmi nos toutes premières attributions. Deux exposés sont prévus :

- le D^r Marie-Laure PIBAROT en tant que coordonnateur de la cellule CME QSS / CAPCU,
- le P^r Christian RICHARD en qualité de coordonnateur GRAS (gestion des risques associés aux soins).

Cette organisation prévoit également la participation du P^r Béatrice CRICKX responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le P^r Christian RICHARD indique que l'objectif de cette présentation est de sensibiliser les membres de la CME à cette problématique afin qu'ils évoquent ce sujet avec leurs collègues dans les hôpitaux. Des partenariats ont été noués avec la direction médico-administrative et les directions s'occupant de qualité, de vigilance et l'hygiène. Le P^r Christian RICHARD les en remercie.

Un extrait du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » est projeté

Le D^r Marie-Laure PIBAROT précise que ce film, qui associe des familles et des professionnels de l'AP-HP, est diffusé sur le site securitepatients.aphp.fr. Elle rappelle que tous les Evènements Indésirables Graves (EIG) ne sont pas liés à des erreurs et que la plupart de celles-ci n'ont pas d'impact sur la santé des patients.

Dans le cadre des missions confiées par la loi HPST, ainsi que l'a rappelé le Président, la CME contribue à l'élaboration de la politique QSS et des projets CAPCU, propose au directeur un programme d'actions (bilan des EI et des améliorations mises en place, réponses aux recommandations de la certification), et élabore un rapport annuel avec des indicateurs, qui est mis à disposition de l'ARS.

La cellule, qui comprend 22 membres, se réunit mensuellement et est l'occasion d'une présentation par chaque responsable des enjeux et priorités dans son domaine. Des personnes sont parfois invitées et des présentations thématiques sont réalisées : Gestion des EIG et réflexions sur un bureau enquêtes analyse hospitalier (BEAH) par M. Gérard COTELLON ; Prévention des complications post-ponction lombaire par le D^r Paul ZETLAOUI.

Le D^r Marie-Laure PIBAROT insiste sur l'importance de l'information et de la communication sur les actions. Un point consacré à ces problématiques est ainsi inscrit à l'ordre du jour de chaque réunion de CME. Le D^r Marie-Laure PIBAROT invite les membres de la CME à se rendre sur le site internet, une rubrique étant consacrée à la QSS & CAPCU. Le site événementiel AP-HP pour la semaine consacrée à la sécurité des patients regroupe un certain nombre de présentations. Sont prochainement prévues une présentation au directoire et au conseil de surveillance, et une évolution du règlement intérieur de la CME et de l'AP-HP.

Le P^r Christian RICHARD note que chacun considère être en mesure de résoudre soi-même le problème de la gestion des risques et de la qualité des soins. La quantité de sigles décourage et le cadre législatif est quelque peu rebutant. Ceci aboutit à un désintérêt quasi-total des communautés médicales.

Les risques de détérioration de la qualité des soins sont nombreux. Peuvent être évoqués la disparition de l'encadrement de proximité, la responsabilité des chefs de pôle, plutôt que des chefs de structure interne ou de service, la problématique de vétusté des locaux et du matériel, le plan d'efficience ou encore la baisse de l'attractivité de l'hôpital public.

400 000 EIG ont été recensés en 2009, dont la moitié sont évitables. Ce chiffre correspond à un EIG tous les cinq jours dans une unité de 30 lits.

C'est dans ce contexte qu'apparaît la notion de coordonnateur, qui doit exercer un rôle opérationnel, à mi-chemin entre la stratégie définie par le président de la CME et la mise en œuvre opérationnelle sur le terrain. Le CRAS doit exercer des missions de coordination, travailler au programme d'actions, à la formation/articulation avec le DPC, à la recherche clinique et au rapport d'activité. La coordination est pluri-professionnelle en lien avec les instances spécialisées (CLIN, COMEDIMS), les partenaires (GH, DSIRMT, CRUQPC) et les directions fonctionnelles.

Quelques priorités ont été définies pour 2013 :

- déclaration des EIG ;
- développement professionnel continu (EPP-FMC) ;
- indicateurs

S'agissant du programme d'actions, les bactéries multi-résistantes et l'organisation des soins palliatifs seront deux des points essentiels.

En termes de formation, des retours d'expérience (analyse des EIG) seront menés. L'objectif est parallèlement de valoriser la qualité des soins dans les publications en lien avec la direction de la recherche clinique.

En conclusion, la volonté commune doit être portée par la gouvernance. L'activité doit être pluri-professionnelle et une latitude doit être laissée aux GH. La réflexion doit enfin être mise en phase avec le quotidien des soignants, et centrée sur le patient.

Le président souhaite revenir sur le double pilotage avec le bureau d'enquêtes et d'analyse, qui établit une charte sur les EIG. Il se demande si ce mode de fonctionnement ne peut pas nuire à la qualité du travail.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, précise qu'il n'y a aucun souci pour que ces deux structures, dont les missions ne se superposent pas, travaillent ensemble. Une articulation peut être trouvée facilement et il est important que les EIG puissent également être analysés en central.

Le P^r Christian RICHARD explique que le BEAH, qui se développe déjà au sein des GH, cherche à comprendre l'échec thérapeutique. L'équipe constituée a vocation à travailler sur des cas particuliers à la demande de la commission.

Le D^r Anne GERVAIS constate une véritable dégradation de la qualité des soins au sein de l'AP-HP. Une injonction paradoxale est transmise aux médecins. Les erreurs sont imputées au manque d'organisation, alors que des moyens sont supprimés. Le personnel hospitalier ne pourra davantage avancer dans ce contexte. La dislocation des équipes et la mutualisation aboutissent à une perte de compétences, et même de motivation, jusqu'au plus haut niveau de l'organisation. Si les process industriels assurent une préservation de la sécurité, ils ne permettront pas d'atteindre la qualité. Celle-ci nécessite la passion de l'artisan. Il faut aujourd'hui reconstruire l'artisanat de l'AP-HP.

Le P^r Christian RICHARD note que M. COUTY a tenu un discours proche. Le sens des responsabilités est en effet essentiel. La disparition des cadres de proximité au sein des services constitue une erreur fondamentale pour l'avenir organisationnel des structures.

Le P^r Paul LEGMANN rappelle que les chefs de pôle ont un rôle médico-économique dans l'application de l'EPRD, mais également dans la qualité et la sécurité des soins et dans la déclaration administrative des EIG. Ce rôle incombe également aux chefs d'unité médicale et aux chefs de service, d'unité fonctionnelle ou de département. La gestion des EIG revient en premier lieu au service et à l'équipe médicale. Ce message doit être relayé.

VII. Greffes de cellules souches hématopoïétiques chez les enfants drépanocytaires à l'AP-HP

Le P^r Michel FOURNIER souhaite présenter la réponse de l'AP-HP à une initiative de l'ARS d'origine réglementaire. La prise en charge des enfants drépanocytaires concerne particulièrement l'Ile-de-France et l'AP-HP, avec 350 nouveau-nés drépanocytaires chaque année, dont 75 % en Ile-de-France et DOM-TOM. Le nombre de greffes annuelles est en augmentation. Le principal centre est aujourd'hui celui de Saint-Louis. Or l'ARS considère

que cette activité ne doit pas se perpétuer au sein d'une structure adulte. L'AP-HP dispose d'un an pour apporter une solution. Deux autres centres sont également concernés : le service de Robert Debré qui a augmenté ces dernières années son nombre de greffes et Necker qui réalise également un certain nombre de greffes.

Les résultats, en particulier la survie globale, sont excellents. Les indications devraient s'élargir, avec 30 à 40 greffes additionnelles d'ici cinq ans. Cette activité lourde, comme toutes les allogreffes, doit être développée dans les centres qui ont cette capacité. Un lit de greffe accueille environ six enfants greffés par an.

L'ARS a autorisé deux centres d'allogreffes pédiatriques à l'AP-HP (Robert Debré et Necker). Il n'y aura pas de 3^{ème} centre à Trousseau. La possibilité de trois lits supplémentaires dédiés est prévue à Necker à partir du 2nd semestre 2013. Une étude sur quatre lits dédiés supplémentaires à Robert Debré a été engagée. Le P^f Michel FOURNIER rappelle que le service de Robert Debré est consacré au traitement des leucémies aiguës chez les enfants et réalise 25 % des allogreffes pédiatriques françaises (1^{er} centre de greffes pédiatrique).

Ajouter quatre lits pour accueillir l'activité de Saint-Louis et répondre aux besoins croissants impose toutefois de remodeler un hôpital dont l'activité a déjà fortement augmenté. L'hospitalisation de jour est d'ores et déjà sur-occupée. Il convient également de rapprocher les positions financières du siège et du GH.

Le président souligne que la restructuration est impulsée par l'ARS. L'octroi d'un an supplémentaire pour mettre en œuvre les propositions sera sans doute demandé. Les décisions devront toutefois être prises au préalable.

Le P^f Guy LEVERGER rappelle que la drépanocytose est une maladie chronique pour laquelle la greffe de moelle présente un bénéfice et dont les indications vont croître. Ceci a été démontré par des équipes françaises, en particulier des équipes d'Ile-de-France (Créteil et Saint-Louis). Saint-Louis dispose de l'expérience. Pour mener la réflexion, l'ARS a réuni Necker, Trousseau, Robert Debré, la collégiale d'hématologie, mais pas Saint-Louis. L'AP-HP n'a jamais réuni l'ensemble des protagonistes concernés directement ou indirectement par le sujet pour évoquer les conséquences, du moins à court terme, du développement de cette activité en IDF. Le P^f Guy LEVERGER rappelle que la problématique des greffes de Necker concerne aujourd'hui avant tout les déficits immunitaires. Augmenter l'activité de greffes à Robert Debré n'ira pas sans difficulté. Des patients hors maladies malignes ne sont d'ores et déjà pas greffés dans les délais prévus. Des centres d'allogreffes de moelle risquent ailleurs prochainement fermer en régions, ce qui pourrait renforcer l'attractivité de l'Ile-de-France. La concertation a, en tout état de cause, été insuffisante.

Le président souligne que le système était jusqu'à présent équilibré ; mais que l'ARS exige maintenant la présence d'une équipe de réanimation pédiatrique à Saint-Louis ; ce qui n'est pas envisageable.

Le P^f Jean-Claude CAREL rappelle que l'extension de l'activité de greffe dans les drépanocytoses s'inscrit dans le projet médical de Robert Debré. Plus de 1 000 patients sont suivis pour une drépanocytose. L'intégration du service d'immuno-hématologie pédiatrique, issu de la fusion des services de Robert-Debré et Saint-Louis est récente. En l'absence des investissements immobiliers initialement prévus et actés par l'APHP, cette intégration a été difficile et a impacté de façon négative sur le fonctionnement de plusieurs structures, en

particulier l'hôpital de jour commun. Envisager une nouvelle augmentation à périmètre constant n'est pas envisageable, ce qui explique les projets d'extension immobilière proposés.

Le P^r Pierre CARLI indique que Necker participera à cet effort, dès lors que le nouveau bâtiment sera opérationnel. Même si ce n'est pas son cœur de métier, il convient de s'adapter aux besoins de la patientèle et à l'organisation demandée par l'ARS.

VIII. Propositions du groupe de travail ad hoc sur le recours à des professionnels libéraux pour une activité publique à l'AP-HP

Le président rappelle qu'au mois de février 2012, un avis négatif avait été émis sur un contrat de ce type. La constitution d'un groupe de travail ad hoc avait été décidée pour éclairer la CME sur le recours à des professionnels libéraux pour une activité publique.

Le P^r Thierry BÉGUÉ souhaite présenter les résultats de ce groupe de travail. Cette présentation se limitera à l'article L 6146-2 du Code de la Santé publique. Cet article prévoit une participation contractuelle sans lien salarial.

La loi HPST autorise le recours à des professionnels libéraux. Ce recrutement de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral à l'extérieur de l'hôpital s'effectue sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME.

Il s'agit d'un recrutement par contrat d'une durée de cinq ans, conforme aux orientations stratégiques et approuvé par les ARS. Le contrat est renouvelable par avenant. Il n'y a aucune limite d'emploi. Le recrutement est possible dans tous les services. La rémunération s'effectue à l'acte, aux tarifs opposables, avec rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux. L'hôpital procède à la détermination du montant et au versement des honoraires. Un recueil de l'activité est transmis à la CPAM du praticien. La redevance versée est différente de celle des praticiens titulaires.

Une réflexion très large a été menée. Le groupe de travail propose de prévoir des limites à la signature de tels contrats :

- n'admettre que les activités qui ne sont pas faites dans l'établissement, c'est-à-dire au sein du GH ;
- se limiter aux disciplines où l'AP-HP ne sait pas faire ou n'a plus les moyens de faire ;
- impossibilité de transférer ailleurs le patient au sein de l'institution.

En l'absence de ces critères, le contrat doit être refusé. Il convient également de démontrer que la recherche d'un statut hospitalier n'est pas possible/disponible, ou qu'il n'y a pas l'argent pour payer le poste demandé, ou que le poste n'est pas disponible.

La décision pourrait être prise sur proposition du chef de pôle, après accord des instances médicales. Elle devrait s'inscrire dans un projet médical global. L'intervention des libéraux devrait être transitoire. En cas d'avis divergeant entre l'échelon local et l'échelon central, l'avis du président de la CME serait obligatoire.

Un reporting central et annuel, devant la CME, serait réalisé.

L'objectif doit être d'intégrer cette activité au sein des services. Tout contrat doit comporter, au minimum, 1 demi-journée de temps public pour 1 demi-journée de temps sous contrat libéral. L'activité serait donc coûteuse pour l'AP-HP.

S'il n'apparaît pas pertinent de limiter les disciplines, une période expérimentale pourrait être envisagée (cardiologie, chirurgie, radiologie...). Le nombre de contrats pourrait être limité par GH. Ce point ne fait toutefois pas consensus. S'agissant des contrats individuels, le critère d'évaluation doit être le pourcentage du TPER médical du pôle concerné.

Le président note que la demande principale émane des cardiologues, en particulier pour la rythmologie. Il s'agit en effet d'une discipline sinistrée chez nous. Un groupe de travail ad hoc de la CME va être constitué sous la direction du P^f Jean-Yves ARTIGOU. Le président souligne que cet exposé engage l'AP-HP lourdement. Il rappelle que les praticiens attachés ont un lien salarial et demande si cette situation n'interdit pas le double emploi (libéral et public) des praticiens. Il souhaite aussi un rappel sur la manière dont l'ARS participe à l'autorisation.

Le P^f Thierry BÉGUÉ explique que le contrat est signé par l'ARS et ajoute que le praticien a une activité libérale. Se pose la question de l'intégration dans les équipes. La seule solution est d'utiliser une quotité de temps à titre public. La plupart des contrats proposés ont d'ailleurs retenu ce modèle, avec 50 % de l'activité publique et 50 % de l'activité privée.

Le président estime que ce point doit être examiné attentivement et expertisé sur le plan juridique avec l'aide de la direction des affaires juridiques. En outre, il demande l'arrêt immédiat de toutes les activités accomplies sous ce type de contrat sans autorisation explicite.

Le P^f Noël GARABEDIAN se déclare choqué par la phrase « une activité que l'AP-HP ne sait pas faire ou n'a plus les moyens de faire ». Si l'AP-HP, qui est le premier centre européen universitaire, recourait à du personnel privé, ce serait un aveu cinglant d'incapacité. Il considère préférable d'engager un praticien hospitalier. Dans le futur, l'extension de ce type de contrat risque d'être de plus en plus importante, avec la coexistence de deux systèmes au sein de l'AP-HP. Des explications, dans chaque discipline demandeuse de ce type de contrat, doivent être demandées.

Le D^r Martine MARCHAND rappelle que ce texte est fortement contesté au niveau syndical. Le paiement à l'acte est réservé au C1 dans le cadre d'un contrat financier, à dénonciation unilatérale, de cinq ans. Ce type de contrat risque d'entraîner une augmentation des cadences au détriment des patients. A terme, du C2 et du dépassement d'honoraires pourraient être demandés. Le système de 1936 est ainsi perpétué. Des praticiens attachés cardiologues qui ont été invités à partir seraient-ils de nouveau sollicités ? Les recrutements doivent être limités aux sites en difficulté et réservés aux cas d'alerte sanitaire. L'engorgement des urgences est quant à lui une situation chronique, donc trouver une autre solution. Le paiement à l'acte à l'hôpital est en réalité un modèle d'auto-entrepreneur payé au SMIC qui favorise l'institution, puisqu'aucune charge sociale n'est payée. Les praticiens attachés doivent être associés au groupe de travail.

Le président convient que les praticiens attachés doivent participer à la réflexion.

Le D^r Julie PELTIER rejoint une grande partie de la réflexion du P^f Noël GARABEDIAN sur la mise en place d'une médecine à deux vitesses. Se pose également la question des urgences, notamment pour la radiologie. Les radiologues sollicités bénéficieront de l'équipement de l'hôpital. Des vacations privées pourraient de ce fait limiter l'accès aux urgences. La mise à disposition du personnel non médical ne sera par ailleurs pas à la charge du praticien.

Le président confirme que de nombreux coûts indirects doivent être intégrés à l'équation économique, avant de se laisser séduire par ses apparences favorables.

Le P^r Thierry BÉGUÉ assure que les moyens matériels et humains sont intégrés à la redevance. La problématique de l'intégration dans les équipes est réelle, en particulier dans le cadre d'une prise en charge avec hospitalisation ou sur plusieurs secteurs. Les modèles ne doivent pas être mélangés.

Le D^r Alain FAYE rappelle qu'il s'agit d'une disposition réglementaire. Un avis du président de la CME et une expression de l'opinion des collégiales lui paraissent salutaires. Il considère que la proposition du P^r Thierry BÉGUÉ est équilibrée en termes de temps consacré à l'activité publique et à l'activité privée. Le contrat est au maximum de cinq ans. Il n'y a pas pour les praticiens qui disposent d'une activité libérale à l'hôpital de subordination de l'administration à l'égard de leur activité. Ce point est clairement exprimé pour les praticiens libéraux qui travaillent à l'hôpital.

Le président souligne que c'est à la sous-commission du temps et des effectifs médicaux d'instruire ces demandes, et non au bureau de la CME.

Le D^r Anne GERVAIS appelle à dégager les raisons de la disparition de certaines disciplines, comme la rythmologie. Elle ne comprend pas que les disciplines ne puissent pas parvenir à former des praticiens hospitaliers. Par ailleurs, les praticiens libéraux devront accepter les urgences afin de répondre aux exigences de l'hôpital public. Enfin, il est indispensable qu'un business plan soit établi pour l'équipement et les dispositifs implantables mis à disposition. Un calcul dépenses/recettes est nécessaire, à ce jour le bénéfice n'est pas évident pour l'institution.

Le P^r Thierry BÉGUÉ rappelle que le dossier est extrêmement encadré. Le reporting est par ailleurs également quantitatif.

Le D^r Patrick DASSIER souscrit aux remarques des intervenants précédents. Ce type de projet porte, à son sens, atteinte au statut du praticien hospitalier. La redevance risque par ailleurs d'être revue à la baisse, comme dans les établissements privés. Les segments d'activité concernés doivent être récupérés le plus rapidement possible par l'AP-HP.

Le P^r Paul LEGMANN salue le travail réalisé. Des éclaircissements sur le statut des praticiens concernés lui paraissent indispensables. Imposer une activité identique entre le libéral et le public pourrait être difficile. Des gardes et astreintes pourraient, en remplacement, être effectuées.

Le P^r Thierry BÉGUÉ précise qu'une quotité de temps est définie. Ce n'est pas nécessairement la même activité qui est exercée.

Le P^r Paul LEGMANN considère impératif d'intégrer une activité d'urgence. Les activités qui utilisent des équipements médicaux lourds pourraient être réalisées à l'hôpital, mais aux moments opportuns.

Le P^r Noël GARABEDIAN rappelle que cette disposition est destinée à des petits hôpitaux, et non à l'AP-HP. Un point d'arrêt doit, à son sens, être marqué.

Le D^r Martine MARCHAND estime que la prise d'une demi-journée pour participer au système de garde ne saurait être acceptée. Les praticiens de passage doivent être intégrés au

système de soins journalier et respecter la culture du site. Ces dispositions aboutissent à un retour au « système de mercenariat »..

Le président indique que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux au sein de laquelle les attachés sont représentés, instruira les dossiers suivant les critères établis par le P^r Thierry BÉGUÉ. Le président prononcera son avis et pourra si nécessaire l'éclairer par un débat en CME plénière. Il répète que la CME crée un groupe de travail *ad hoc* consacré à la rythmologie sous la responsabilité du P^r Jean-Yves ARTIGOU.

IX. Approbation du compte rendu de la séance du 13 novembre 2012

Le compte rendu de la séance du 13 novembre 2012 est approuvé à l'unanimité.

X. Questions diverses

Le président donne la parole au D^r Martine MARCHAND qui a fait parvenir une requête des praticiens attachés.

Le D^r Martine précise que cette doléance porte sur la disparition du nombre d'heures payées sur le bulletin de paye depuis le mois d'octobre. Quelle que soit la quotité de travail effectuée, les praticiens attachés sont payés 30 jours. Le délai pour obtenir les bulletins de paye est parallèlement de plus en plus long. De ce fait, les organismes divers ne versent plus leurs prestations.

M. Jérôme HUBIN indique qu'il s'agit d'un problème informatique. Une rectification sera apportée.

Le président remercie l'ensemble des participants.

La séance est levée à 12 heures 40.

*

*

*

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

mardi 12 février 2013 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 31 janvier 2013 à 16 heures 30