

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 13 JANVIER 2015**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU  
MARDI 10 MARS 2015**

## SOMMAIRE

I.	Informations émanant du président de la CME	6
II.	Protocole d'accord entre l'AP-HP, la préfecture de police, la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et le SAMU de Paris ; point sur l'activité des urgences de l'Hôtel-Dieu (DOMU)	12
III.	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP	15
IV.	Rapport de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) : présentation de l'outil de gestion du temps médical et règlement intérieur des astreintes	18
V.	Rapport d'activité du groupe <i>ad hoc</i> de la CME sur la télémédecine	21
VI.	Réponse de l'AP-HP au rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'odontologie à l'AP-HP de mai 2013	23
VII.	Plan pluriannuel d'investissement : 1 <sup>er</sup> bilan 2014, perspectives 2015-2017	25
VIII.	Enquête un jour donné sur le bon usage de l'amoxicilline/clavulanate à l'AP-HP	27
IX.	Enquêtes de satisfaction des patients : résultats de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) et généralisation de l'enquête en ligne	29
X.	Avis sur la proposition du directeur général pour la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers	30
XI.	Questions diverses	
XII.	Approbation du compte rendu de la réunion du 18 novembre 2014	34

## ORDRE DU JOUR

### SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations émanant du président de la CME (P<sup>r</sup> Loïc CAPRON)
2. Questions diverses
3. Protocole d'accord entre l'AP-HP, la Préfecture de police, la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris et le SAMU de Paris ; point sur l'activité des urgences de l'Hôtel-Dieu (DOMU)
4. Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP (M<sup>me</sup> Christine WELTY)
5. Rapport de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) : présentation de l'outil de gestion du temps médical et règlement intérieur des astreintes (D<sup>r</sup> Michel DRU)
6. Rapport d'activité du groupe *ad hoc* de la CME sur la *Télé médecine* (P<sup>r</sup> Élisabeth DION)
7. Réponse de l'AP-HP au rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'odontologie à l'AP-HP de mai 2013 (P<sup>r</sup> Pierre COLON, D<sup>r</sup> Christine GEFFRIER)
8. Plan pluriannuel d'investissement : 1<sup>er</sup> bilan 2014, perspectives 2015-2017 (M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER)
9. Enquête un jour donné sur le bon usage de l'amoxicilline/clavulanate à l'AP-HP (P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ)
10. Enquêtes de satisfaction des patients : résultats de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) et généralisation de l'enquête en ligne (M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-ÉMEURY)
11. Avis sur la proposition du directeur général pour la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers (P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ, M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDÉ)
12. Approbation du compte rendu de la réunion du 18 novembre 2014

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P<sup>r</sup> René ADAM
- M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ
- M<sup>me</sup> Anne-Sophie BOURREL
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Ghislaine BRÉFORT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne-Reine BUISINE
- M. le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>r</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON
- M. le P<sup>r</sup> Yves COHEN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV
- M. le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> Magalie DELAHAYE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le P<sup>r</sup> Marc DELPECH
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Élisabeth DION
- M. le D<sup>r</sup> Michel DRU
- M. le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Pascale GAUSSEM
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P<sup>r</sup> Bruno GOGLY
- M. le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER
- M. le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET
- M. le P<sup>r</sup> Pierre-Jean GUILLAUSSEAU
- M. le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>r</sup> Martin HOUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARINI
- M<sup>me</sup> Laura LECHIEN
- M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN
- M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M. le Pr Philippe MENASCHE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle NEGRE
- M. Stefan NERAAL
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P<sup>r</sup> Rémy NIZARD
- M. le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Valérie PERUT
- M<sup>me</sup> Caroline RAQUIN
- M. le P<sup>r</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>r</sup> Frédéric RILLIARD
- M. le P<sup>r</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M. le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>r</sup> Dominique VALEYRE
- M. le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>r</sup> Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>f</sup> Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot, président de la conférence des doyens d'Île-de-France ;
- M. le P<sup>f</sup> Louis MAMAN, directeur de l'UFR d'odontologie de l'université Paris-Descartes
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes

- ***en qualité d'invités permanents :***

- M. le P<sup>f</sup> Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
- M. le P<sup>f</sup> Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
  
- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M<sup>me</sup> Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
- M<sup>me</sup> Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
- M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
- M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
- M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
- M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Amélie VERDIER, secrétaire générale
- M<sup>me</sup> Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
  
- M<sup>me</sup> Sylvia BRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M<sup>me</sup> Hélène OPPETIT, DOMU
- M<sup>me</sup> Gwenn PICHON-NAUDE, DOMU

- ***Représentante de l'ARSIF :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***

- M<sup>mes</sup> et MM. les D<sup>rs</sup> et P<sup>rs</sup> Philippe ARNAUD, Guy BENOIT, Thierry CHINET, Rémy COUDERC, Corinne GUÉRIN, Gérard REACH
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, MM. Jules GREGORY, Valentin JOSTE

*La séance est ouverte à 8 heures 35 sous la présidence du P<sup>r</sup> Loïc CAPRON.*

## **I. Informations émanant du président de la CME**

Le président présente aux membres de la CME tous ses vœux pour l'année 2015..

Le P<sup>r</sup> Jean-Claude TRINCHET, chef du service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Jean-Verdier, vice-doyen de l'UFR de médecine Paris 13-Nord, est décédé subitement au cours de la nuit du 17 au 18 décembre 2014. Le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS, doyen de l'UFR de médecine Paris 13-Nord, et le P<sup>r</sup> Yves COHEN, président de la CME locale, rendent hommage au P<sup>r</sup> TRINCHET.

*La CME observe un instant de recueillement en la mémoire du P<sup>r</sup> Jean-Claude TRINCHET.*

**Le président** accueille le P<sup>r</sup> Pierre-Jean GUILLAUSSEAU, chef du pôle de médecine et gériatrie au sein du groupe hospitalier Lariboisière-Saint-Louis, qui succède au P<sup>r</sup> Guy SEBAG, récemment décédé, parmi les chefs de pôle élus à la CME. **Le président** indique que la sous-commission *Structures et restructurations*, dirigée par le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON et vice-présidée par les P<sup>rs</sup> Jean-Claude ALVAREZ et René ADAM, a commencé les auditions des groupes hospitaliers (GH) pour préparer la révision des pôles. Le président participe à ces auditions, qui doivent s'achever fin février. Les propositions seront soumises à l'avis de la CME du 14 avril, puis au comité technique d'établissement central (CTEC). Le directeur général décidera après avis du président de la CME et concertation en directoire.

La phase suivante sera la nomination des chefs de pôle. . Le président de la CME et le représentant des doyens feront leurs propositions au directeur général de l'AP-HP, qui nommera les chefs de pôle. Au préalable, le président de la CME informera la CME et la consultera éventuellement lors d'une séance extraordinaire le 16 mai à 18 heures. Le nombre des chefs de pôle, actuellement de 126, pourra diminuer à la faveur des restructurations, mais en aucun cas augmenter..

Au terme de cette procédure, les chefs de pôle qui siègent au sein de la CME, s'ils ne sont pas renouvelés dans leurs fonctions, ne pourront plus siéger à la CME. Si l'on organise une élection pour pourvoir les sièges vacants, le mandat des nouveaux élus prendra fin six mois plus tard en même temps que celui des autres membres de la CME, sauf si cette élection peut valoir pour la mandature suivante. La question sera à discuter avec la DOMU, les représentants des chefs de pôle et la direction juridique.

Le président a confié une mission sur la prise en charge médico-sociale de l'addictologie à l'AP-HP aux deux présidents de collégiales concernées, les P<sup>rs</sup> Henri-Jean AUBIN pour l'addictologie et Frédéric LIMOSIN pour la psychiatrie. Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER représentera la CME au sein de ce groupe.

Le président, son cabinet et les services informatiques centraux mettent la dernière main au nouveau site Internet de la CME, qui devrait voir le jour au en mars 2015. Son contenu et son esprit seront inchangés.

Le directoire s'est réuni le 6 janvier. Il a de nouveau échangé sur la procédure de révision des effectifs de praticiens hospitaliers, dont il sera question au cours de la présente séance. Un point a porté sur les blocs opératoires, à la demande du P<sup>r</sup> GARABÉDIAN. La direction du pilotage de la transformation a présenté ses travaux dans ce domaine. La mise en place du temps continu pour les urgentistes a aussi été évoquée. La CME reviendra en détail sur ce point lors d'une prochaine séance ; il pose des problèmes d'organisation mais aussi de financement. Tous les corps de PH concernés par la permanence des soins ou les horaires postés pourraient aussi réclamer les mêmes

avantages. Le directoire a aussi évoqué le décret du 30 décembre 2014, qui étend à l'AP-HP la possibilité d'appliquer une décote à la valeur vénale des terrains qu'elle cède. Le président indique avoir perçu cette annonce comme une mauvaise nouvelle, mais M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER en fait une lecture plus optimiste.

Le groupe *ad hoc* de la CME sur le projet médical du nouvel Hôtel-Dieu s'est réuni à quatre reprises. Les travaux se déroulent dans de bonnes conditions. Le président rappelle que pour travailler dans la sérénité, ce groupe ne souhaite pas diffuser ses comptes rendus. Il présentera ses conclusions à la CME d'avril.

## II. Questions diverses

Le président a adressé aux membres de la CME un message leur demandant de lui transmettre les questions diverses par mail au plus tard le jeudi précédant les séances plénières. Ce délai permettra de fournir des réponses aux questions posées en séance, tandis qu'aujourd'hui, elles sont reportées *sine die*, faute d'avoir pu être instruites au préalable. L'assemblée n'estime pas utile de soumettre au vote cette mesure de bienséance, et non de règlement.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** juge possible que des événements de l'actualité conduisent les membres de la CME à soulever des questions, sans que ces questions ne puissent être prévues huit jours auparavant.

**Le président** en convient, mais le risque d'un report *sine die* de la réponse demeure.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** observe que tel est déjà le cas, bien souvent, même lorsque les questions sont soulevées huit jours auparavant. Elle adresse régulièrement ses questions à l'avance et a constaté qu'il n'y est pas toujours répondu comme cela va être le cas sur les contrats libéraux au cours de cette CME.

**Le président** juge nécessaire d'expérimenter le dispositif proposé avant de le condamner.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande quand sera présentée l'évaluation du dispositif.

**Le président** indique que cette évaluation pourra avoir lieu quand le D<sup>r</sup> GERVAIS le souhaitera. Il signale avoir reçu une question du D<sup>r</sup> Martine MARCHAND, représentante des attachés. Elle concerne le cas particulier d'une pharmacienne qui travaille à la pharmacie à usage intérieur (PUI) de la Pitié-Salpêtrière, licenciée pour faute professionnelle, ce qui obère l'avenir de ce praticien attaché contractuel. La demande vise à transformer ce licenciement pour faute professionnelle en licenciement simple.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** précise qu'il s'agit d'un licenciement pour insuffisance professionnelle. Son contrat a fait l'objet de trois reconductions expresses, notamment dans le cadre d'un contrat triennal, fin décembre 2013. Elle a été reçue à la PAE et il lui a été demandé de démissionner, lorsqu'elle a demandé des attestations, au motif que son poste était inscrit sur des crédits non pérennes. Cette praticienne a été accusée d'insuffisance professionnelle alors que son travail n'avait posé, jusqu'alors, aucune difficulté. Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND indique s'être rendue à une réunion à laquelle cette personne était convoquée durant son arrêt de travail pour une procédure contradictoire, à laquelle étaient conviés le directeur des ressources humaines (DRH), le chef de service et le responsable de secteur, ce qui ne paraît pas une procédure adéquate puisque certains de ces acteurs deviennent juges et parties. Les faits reprochés ne sont pas étayés, hormis par trois courriers de praticiens attachés. Sur un effectif global de dix internes, huit assistants, neuf praticiens hospitaliers PH et six attachés, seules trois lettres de praticiens attachés ont été étayées.

l'insuffisance professionnelle. Un rapport a par ailleurs été établi *a posteriori*, comparant l'activité de ce praticien (qui ne travaille pas à temps plein) à l'activité de praticiens à temps plein. Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND indique avoir demandé au DRH que cette personne soit licenciée correctement, ce que le DRH refuse.

**Le président** souhaite recueillir les positions de la DOMU, du président de la CME du GH et de la sous-commission *Vie hospitalière*.».

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que ce dossier est actuellement traité par la DOMU avec le groupe hospitalier concerné, les informations pourront être communiquées ultérieurement.

**Le président** s'inscrit en faux contre l'affirmation de M<sup>me</sup> WELTY selon laquelle les situations particulières ne peuvent pas être évoquées en CME. Elle a bien toute légitimité pour en connaître.

**Le P<sup>r</sup> Philippe GRENIER** se range à la position de M<sup>me</sup> Christine WELTY: le dossier est en cours de traitement au niveau du GH et de la DOMU.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** précise que la sous-commission n'a pas rencontré ce praticien. Elle a été saisie du dossier à une phase avancée puisque l'entretien préalable au licenciement avait déjà eu lieu. Elle a été en contact avec le chef de service. Il semble effectivement qu'il ait été demandé à ce praticien de démissionner. S'il y avait une possibilité de transformer ce licenciement en licenciement simple, ce serait sûrement une bonne chose.

**Le président** indique que la CME suivra ce dossier. Il fait état de deux questions diverses posées par la vice-présidente : l'une sur les contrats libéraux, l'autre sur l'hépatite C.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** rappelle que les contrats libéraux avaient été abordés lors de la CME du 14 février 2012. Le vote de la CME avait été contre l'embauche de personnels en contrats libéraux, par 44 voix contre 17. Ce type de contrat ne devait être conclu, selon l'avis de la CME, que si l'activité prévue en contrat libéral n'était pas assurée au sein de l'AP-HP, s'il n'était impossible de l'assurer dans un des sites de l'AP-HP en y transférant les malades, et s'il n'était pas possible de constituer un poste statutaire hospitalier pour effectuer cette activité. La CME n'a eu ensuite aucune information sur cette thématique. Pourtant au cours des deux dernières années, il est apparu que des contrats libéraux existaient, notamment pour des sages-femmes et des cardiologues. Peut-être ont-ils été conclus avant le vote de la CME. Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS demande ce qu'il en est réellement. Elle souhaite une évaluation du nombre de ces contrats, du type de contrat des conditions financières les entourant (redevances, pourcentage reversé au praticien, etc.) et qu'un bilan financier en soit fait, à évaluer en examinant ce que l'institution aurait perçu en développant cette activité de façon usuelle avec des PH temps pleins ou temps partiels.

**Le président** indique que ce sujet sera le sujet d'un exposé lors de la CME de février ou mars 2015.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** évoque les difficultés des services d'hépatologie qui ne parviennent pas toujours à répondre à la demande ni à l'instruction ministérielle du 29 décembre 2014. Il existe de nouveaux traitements anti-virus de l'hépatite C (VHC) mais leur coût est prohibitif. Il est prévu d'en respecter strictement les indications. La prescription est censée être limitée aux dossiers agréés par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans les sept pôles de référence du VHC. Plus de 30 services peuvent potentiellement adresser leurs patients et les pôles de référence ne parviennent pas à faire face à cet afflux, auquel s'ajoute les dossiers provenant des centres hospitaliers généraux (CHG) ou des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Il en résulte de gros problèmes pour la prise en charge des patients. Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS croit savoir que la DOMU travaille avec les collégiales et peut-être avec les pôles sur ces aspects.



**Le président** indique qu'un exposé détaillé sera proposé lors de la prochaine CME sur ce sujet. Les enjeux concernent la qualité et la sécurité des soins, mais aussi leur coût puisque l'assurance-maladie pourra refuser de rembourser des traitements qu'elle jugera injustifiés ou insuffisamment encadrés.

**Le président** indique qu'une autre question lui a été soumise concernant les patients tuberculeux multi-résistants ou toto-résistants. Ces patients viennent des anciennes républiques soviétiques, avec des traitements bâclés qui ont abouti à des résistances parfois totales aux anti-tuberculeux. Ces patients sont hospitalisés à l'AP-HP dans des conditions que l'institution s'efforce de maîtriser. Mais cela requiert une discipline des malades qui n'est pas toujours au rendez-vous, ce qui expose à des infections très graves les autres malades, en particulier ceux qui souffrent d'une dépression immunitaire, et le personnel soignant. La question a été principalement soulevée par le service d'infectiologie de la Pitié-Salpêtrière. La législation en vigueur ne permet pas de contraindre les patients à se soigner et à rester confinés. La direction générale mène une réflexion sur le sujet, qui sera évoqué en cellule *Qualité et sécurité des soins, et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* (QSS & CAPCU).

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** indique avoir une question à soulever, dont il n'a pu informer le secrétariat ni la présidence puisqu'il s'agit d'une question née de l'actualité des derniers jours. Elle porte sur le prédateur qui serait élève-infirmier au sein de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de la Pitié-Salpêtrière. Il demande s'il existe un risque d'infiltration au regard des informations diffusées ces derniers jours. Il souhaite également connaître la position de l'AP-HP au regard de tels comportements et savoir quelles actions peuvent être mises en place.

**Le président** précise que cette question lui a été posée par mail par le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE. Il s'est entendu avec le directeur général afin que celui-ci apporte une réponse à la CME. Le président donne la parole au directeur général.

**Le directeur général** adresse ses vœux à l'ensemble des membres de la CME et juge important de revenir sur les drames qui se sont déroulés la semaine précédente, car ils ont concerné l'ensemble de la communauté nationale et notre institution au premier chef. L'AP-HP s'est montrée à la hauteur de ce que la population et les autorités attendaient d'elle. Le P<sup>r</sup> CARLI a été en première ligne lors des dramatiques événements du 7 janvier. Le D<sup>r</sup> PELLOUX a aussi été présent sur les lieux du premier drame quelques minutes après que celui-ci se fût produit. Tous deux pourront évoquer brièvement les actions médicales mises en place en première urgence et au cours des jours suivants. L'AP-HP a été spontanément mobilisée dès le début des événements, à plusieurs titres (urgences, accueil des blessés, soutien psychologique aux personnes dites impliquées, etc.). L'AP-HP a également été engagée dans la préparation à toutes les hypothèses possibles, phase de travail qui a mis quasiment tous les groupes hospitaliers sur la brèche au cours de la semaine passée. Le directeur général souligne que la menace existe et la vigilance dont chacun a fait preuve sera plus que jamais nécessaire au cours des jours et semaines qui viennent. Ceci conduira à effectuer des retours d'expérience afin d'ajuster les dispositifs de l'AP-HP, de sorte que celle-ci soit aussi efficace que possible. Outre l'intervention des secours, deux hôpitaux ont été particulièrement sollicités pour les urgences vitales, la Pitié-Salpêtrière et HEGP. Le mercredi 7 janvier, l'hôpital Lariboisière a reçu des blessés plus légers. Le même jour, l'Hôtel-Dieu a été sollicité afin d'accueillir les urgences médico-psychologiques, en lien avec le service des urgences, avec le service de psychiatrie d'urgence et avec la cellule d'urgence médico-psychologique, qui a été réactivée le 9 janvier en fin d'après-midi, après l'attentat de la porte de Vincennes. À partir du 7 janvier à midi, une cellule de crise a été installée en interaction avec la cellule du SAMU, avec l'Agence régionale de santé (ARS), avec la cellule interministérielle et avec chacun des groupes hospitaliers afin d'adapter en temps réel le dispositif. Grâce à une très forte implication de tous, nous avons pu garantir, à tout moment, la possibilité d'accueil et de prise en charge de blessés, y

compris dans des hypothèses très défavorables. Il fallait aussi que les structures sanitaires soient prêtes à faire face à toute situation pouvant découler de la marche historique qui a eu lieu à Paris le dimanche 11 janvier. C'était une condition de la réussite de ce rassemblement et l'AP-HP a, là aussi, été à la hauteur. Le professionnalisme et la compétence ont été soulignés par tous. Le directeur général indique avoir diffusé l'avis de la ministre de la Santé qui s'adresse aux différentes structures impliquées. La ministre souligne, dans ce document, l'efficacité du dispositif mis en place. Le président de la République s'est rendu à la cellule d'urgence médico-psychologique à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier et à Henri-Mondor pour constater les conditions de prise en charge d'un policier blessé après l'intervention à la porte de Vincennes. Le directeur général adresse tous ses remerciements aux personnels de l'AP-HP pour leur mobilisation, qui fait honneur à l'institution. Au-delà de ce que celle-ci doit faire au quotidien, l'AP-HP doit être capable de se muter instantanément en établissement capable de faire face à toute crise. Elle doit poursuivre avec la même vigilance.

C'est dans ce contexte que l'AP-HP a été alertée, jeudi 8 janvier, au motif que se trouvait, parmi les élèves-infirmiers de l'IFSI à la Pitié-Salpêtrière, un étudiant repéré au début de sa scolarité par la directrice de l'IFSI, après qu'il fut apparu dans un reportage télévisé comme étant l'un des prédicateurs, avec un rôle important, dans « le groupe des Buttes-Chaumont ». Un signalement avait été fait auprès du cabinet qui avait informé la police. Celle-ci avait indiqué à l'AP-HP que cet homme était sous surveillance et avait demandé que rien ne soit changé. La police avait simplement souhaité que l'AP-HP l'informe d'un fait inhabituel ou anormal. Pour le reste, la discrétion devait être observée et cette consigne a été respectée. La direction de l'IFSI a rendu compte régulièrement de la situation. Il ne s'est rien passé d'anormal dans le cadre de la scolarité de cette personne. Il a aussi été vérifié que la surveillance était établie. Le directeur général indique qu'il n'avait pas connaissance de cette situation jusqu'à ce que l'identité des tueurs soit divulguée, le jeudi 8 janvier. La directrice de l'IFSI a alors établi un lien entre l'élève et les deux tueurs de Charlie Hebdo et en a informé le cabinet. Les autorités jusqu'au plus haut niveau de l'État ont été informées et il a été confirmé que cette personne était encore sous surveillance absolue. Dans une situation aussi dramatique, alors qu'il n'est pas possible de savoir si une personne s'est amendée ou se fait oublier en préparant des actes criminels, le directeur général a considéré que le principe de précaution devait s'appliquer. En conséquence, la décision a été prise de ne pas maintenir cette personne au sein des urgences où il terminait son stage. Chacun l'a compris et tout le monde le souhaitait.

L'AP-HP a ainsi pris des dispositions pour faire en sorte que les derniers examens de cet élève puissent se dérouler dans des conditions particulières. Le directeur général rappelle qu'il n'est plus juridiquement possible, pour un institut en formation infirmière, comme pour une université, de contrôler la virginité du casier judiciaire des candidats à l'entrée de ces structures. Celles-ci ne peuvent donc ni exclure un élève pour ce motif ni tenir compte de ce critère. Les consignes de discrétion données par la police expliquent d'ailleurs, rétrospectivement, que les différents services dans lesquels cette personne a été accueillie n'aient pas été informés de son passé. Par contre, pour devenir infirmier dans un hôpital public, l'intéressé doit produire un extrait de casier judiciaire. L'élève concerné était informé depuis le début qu'il pouvait suivre sa scolarité mais ne pouvait prétendre accéder à un emploi au sein de l'AP-HP. La question de l'opportunité d'une révision de ces dispositions peut se poser et l'AP-HP pourra prendre part à ce débat.

Il a pu exister des motifs conduisant à prévoir deux traitements distincts à l'entrée des écoles et à l'entrée de la fonction publique. En tout état de cause, eu égard à la menace qui reste présente, l'institution doit revoir toutes les questions de sécurité, pour le personnel comme pour les sous-traitants. L'AP-HP revisitera sans tarder l'ensemble de ces aspects. Elle fera également connaître au ministère les aspects qui lui semblent devoir être travaillés ou adaptés. Le directeur général indique s'être rendu le 12 janvier à la Pitié-Salpêtrière avec le P<sup>F</sup> Philippe GRENIER, président de la CMEL,

afin d'entendre les inquiétudes ou les suggestions des équipes et des organisations syndicales. Il estime que sur ce sujet comme sur d'autres, chacun a fait preuve d'un esprit de responsabilité afin de comprendre comment de telles situations pouvaient se produire. Dans de telles situations, la force, la stabilité et le sang-froid de la grande communauté que forme l'AP-HP constituent des éléments de stabilité face aux menaces que connaît la société. Le directeur général propose que le P<sup>f</sup> CARLI revienne de façon plus précise sur le dispositif mis en place par l'AP-HP au cours de la semaine dramatique qu'a connue la capitale.

**Le P<sup>f</sup> Pierre CARLI** indique que le mercredi 7 janvier, à 11 heures 38, l'AP-HP a été alerté d'une fusillade à Charlie Hebdo. Il se trouve qu'un groupe de médecins se trouvaient à 200 mètres de là, dont le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX. Ils ont donc été en première ligne. Très rapidement, il apparaît qu'un massacre a été commis, puisque 11 morts et 4 blessés (dont 2 blessés graves, immédiatement pris en charge par les moyens SAMU et SMUR de la Pitié-Salpêtrière, Necker, l'Hôtel Dieu et la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris) sont trouvés sur place. On se rend compte rapidement que ceci n'est peut-être que le début d'une vague d'attentats à Paris. Le SAMU de Paris et l'AP-HP mettent en place un dispositif qui contrôle l'ensemble des moyens d'intervention SMUR de la région Île-de-France sur le terrain, soit plus de 60 équipes. Sur place, le problème n'est plus celui des blessés, déjà accueillis dans les hôpitaux, mais l'accumulation très importante de personnes qui se trouvaient dans les locaux et de personnes dont un membre de la famille a été assassiné. Le SAMU rassemble alors les patients dans un endroit plus vaste, à l'Hôtel Dieu, où ils seront pris en charge tout le reste de la journée, en présence de psychiatres et d'un médecin afin de pallier à d'éventuels malaises.

Le lendemain matin, une fusillade éclate à la porte de Châtillon. Une personne est tuée sur place et une autre est gravement blessée. Ces événements sont gérés par un petit nombre d'équipes afin de pouvoir, à tout moment, prendre en charge d'autres attaques terroristes.

Le lendemain, à 9 heures 30, le SAMU 77 indique à la coordination zonale qu'une première voiture de gendarmerie a reçu des coups de feu dans une imprimerie en Seine-et-Marne. L'AP-HP envoie sur place une seule équipe de coordination du SAMU. Simultanément, des moyens locaux se mettent en place. Là encore, l'événement est géré avec un petit nombre de moyens car un événement est susceptible de se produire en tout point de la région. La stratégie de prise en charge varie. Les victimes présentent des lésions particulières : elles ont été touchées par une balle dans la poitrine et une balle dans la carotide droite, ce qui correspond au mode opératoire décrit, en Afghanistan, comme celui de groupes terroristes très entraînés. Ces lésions laissent très peu de temps pour intervenir. L'AP-HP met ainsi en place des circuits extrêmement courts entre le terrain et les blocs opératoires de chirurgie thoracique et vasculaire, selon les principes du *damage control*. A 17 heures, en Seine-et-Marne, les terroristes attaquent les forces de l'ordre. Ils seront tués au cours de cette attaque, qui fait également deux blessés qui seront pris en charge principalement dans le 77. Le même jour à 13 heures 27, le même dispositif alerte l'AP-HP à propos de la fusillade qui a éclaté porte de Vincennes. Quelques instants plus tard, de multiples alertes apparaissent dans Paris. Certaines sont des fausses alertes. Des tentatives de cambriolages ont lieu également, à l'initiative de personnes qui profitent de la mobilisation de la police contre les terroristes pour commettre de menus larcins, ce qui a perturbé l'organisation du dispositif. L'ensemble des personnels des SAMU sont alors rappelés. En quelques minutes, l'AP-HP multiplie par cinq ses possibilités d'intervention. Tous les moyens d'urgence de l'AP-HP sont mis en alerte. Les plus grands noms de la chirurgie française sont prêts à prendre en charge directement depuis le terrain les blessés les plus graves. A 17 heures 20, l'assaut est donné porte de Vincennes. Le preneur d'otages est immédiatement tué lorsqu'il tente de sortir de la supérette. Les forces de l'ordre découvrent malheureusement, en entrant dans le magasin, le corps d'otages tués plus tôt dans la journée. Trois urgences absolues sont prises en charge par les hôpitaux de Bicêtre, la Pitié-Salpêtrière et Henri-Mondor. Quatre

urgences relatives sont réparties entre différents hôpitaux, dont un enfant orienté vers Necker. De très nombreuses personnes sont évidemment très choquées, à commencer par la vingtaine d'otages qui se trouvaient dans la supérette et dans ses alentours immédiats. Les blessés graves rejoignent les blocs opératoires en vingt minutes ou moins.

**Le P<sup>f</sup> Pierre CARLI** indique n'avoir jamais vu, en 35 ans d'expérience au sein du SAMU, une telle mobilisation et une telle précision dans la prise en charge. Il a été présent sur tous les sites qu'il a mentionnés, à titre personnel et pour s'assurer de la coordination mise en œuvre. L'AP-HP apprend alors que Paris accueillera dès le lendemain, le dimanche 11 janvier, une journée de mobilisation mondiale sans précédent. Une partie de la journée du samedi et de la nuit qui suit est consacrée au montage d'un dispositif de couverture sanitaire généralement mis sur pied en six mois, moyennant des dizaines de réunions. Ce dispositif est mis au point au téléphone en quelques heures. Il permet de prendre en charge un attentat terroriste où qu'il ait lieu durant la manifestation et hors de celle-ci, les urgences individuelles ainsi que les 45 personnalités et leur service d'ordre. Ce dispositif a été mobilisé toute la journée du 11 janvier et le bilan de celle-ci s'avère finalement particulièrement faible avec 66 interventions pour malaise, quatre hospitalisations à l'AP-HP, aucune urgence grave n'ayant été recensée. Le P<sup>f</sup> CARLI présente enfin le badge spécial que le dessinateur CABU avait dessiné l'an dernier, à la demande du D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX, pour les équipes du SAMU. Celles-ci l'ont porté durant toutes les interventions. Le P<sup>f</sup> CARLI remet au président de la CME ce badge, sur lequel figure la mention « membre d'honneur du SAMU ».

**Le président** remercie le P<sup>f</sup> CARLI pour cette attention et le félicite pour l'ensemble de ce travail.

**Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX** remercie les membres de la CME et les équipes de l'AP-HP d'avoir été présentes. Il indique s'être trouvé dans une situation insensée et témoigne du fait que voir arriver les blouses blanches du SAMU et les pompiers fait beaucoup de bien, lorsqu'on est impliqué dans de telles circonstances. Il remercie le directeur général, au nom de Charlie Hebdo, pour le professionnalisme mis en œuvre. Malgré les désaccords, chacun, au sein de cette belle institution, doit être fier de son histoire et de ce qui a été construit au fil des décennies. Personne n'a été oublié. Le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX indique que les amis de Charlie Hebdo qui ont été blessés vont mieux. Il indique avoir naturellement une pensée pour les 17 victimes et pour toutes les personnes impliquées. Il souligne que l'AP-HP et la France doivent rester ce qu'elles sont, tout en étant vigilantes, car le monde a changé. Il indique avoir lui-même profondément changé.

**Le président** remercie toutes les personnes et équipes impliquées lors de ces dramatiques événements. Si chacun souhaite que cette page soit tournée, chacun doit aussi rester vigilant. L'affaire de l'élève-infirmier de la Pitié-Salpêtrière témoigne de la vigilance dont a su faire preuve l'Institution. Les choses étaient connues et des mesures avaient été prises, ce qui prouve que l'AP-HP n'a pas baissé sa garde. Elle ne la baissera pas.

### **III. Protocole d'accord entre l'AP-HP, la préfecture de police, la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et le SAMU de Paris : point sur l'activité des urgences de l'Hôtel-Dieu (DOMU)**

**Le président** évoque l'annonce dans la presse du retour des ambulances à l'Hôtel-Dieu. Il rappelle que la CME et lui-même, en tant que président, ont adopté des positions très claires et très fermes contre la réouverture des urgences de l'Hôtel-Dieu aux ambulances sans qu'un protocole rigoureux d'expérimentation garantisse absolument la qualité et la sécurité des soins. Il indique avoir appris, le 24 décembre, en lisant la revue de presse de l'AP-HP, que les ambulances étaient revenues à l'Hôtel-Dieu, sans que lui-même ait été consulté. Le président a alors demandé des explications à la direction générale. Ces explications vont être apportées à la CME par le directeur général, afin de

savoir notamment quel est le nombre d'ambulances venues depuis le 24 décembre à l'Hôtel-Dieu, quels malades elles y ont amenés, et pour quelle prise en charge. Le président rappelle que l'Hôtel-Dieu est un hôpital sans lit. Y amener des malades revient à reconnaître que ces malades n'ont pas besoin de lit.

**Le directeur général** indique vouloir traiter ce sujet sans polémique. Il estime que le président de la CME n'a sans doute pas appris par l'expression d'autres personnes, la venue d'ambulances à l'Hôtel-Dieu, puisque l'un et l'autre en avaient discuté quelques jours auparavant. Comme le savent les membres de la CME, les éléments auxquels le président fait allusion s'inscrivent dans le cadre du déploiement d'une stratégie globale, depuis le mois de juin 2014, d'amélioration des urgences. Le P<sup>f</sup> CARLI a rappelé la façon dont différents acteurs, parmi lesquels les SAMU et les pompiers, étaient intervenus à chaud après les dramatiques événements de la semaine du 7 janvier. Au moment où le premier attentat a eu lieu, le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX et le P<sup>f</sup> Jean-Pierre TOURTIER travaillaient ensemble, à quelques centaines de mètres du lieu de l'attentat sur un protocole qui officialise et organise la coopération entre les différents moyens de secours. De même, un groupe de travail a rendu ses conclusions mi-octobre sur la façon dont les équipes de l'Hôtel-Dieu pouvaient être mobilisées, afin que les autres services d'urgence soient un peu allégés. Il s'agit de trouver une formule permettant la prise en charge, dans de bonnes conditions, de patients ne nécessitant pas de soins lourds. Ce principe avait été présenté et validé par le groupe de travail auquel participaient des membres de la CME. Le directeur général indique avoir donné son accord, au cours du mois de novembre, pour que ces orientations commencent à être mises en œuvre, dans les conditions proposées par les médecins.

La première ambulance, qui est partie le 23 décembre, à sa connaissance, ne s'est pas rendue à l'Hôtel-Dieu sur l'ordre du directeur général ni avec son autorisation spécifique. Le directeur général indique toutefois faire confiance aux décisions prises par les différents acteurs concernés. Au fur et à mesure de la mise en œuvre du dispositif, celui-ci pourra être évalué et les conséquences qui doivent en être tirées pourront être exposées. Il ne souhaite pas brusquer les conclusions des groupes de travail, c'est la raison pour laquelle aucune conclusion de ces groupes n'a été diffusée.

**Le président** souligne que le directeur général ne peut mettre en doute, devant la CME, sa bonne foi. Il maintient avoir appris la décision de rouvrir les urgences de l'Hôtel-Dieu aux ambulances dans la revue de presse de l'AP-HP le 24 décembre au matin. Le président met au défi le directeur général de prouver que qui que ce soit l'en ait informé au préalable, malgré les réserves écrites explicites qu'il avait publiées au cours du mois de novembre. Le président se dit intéressé d'entendre du P<sup>f</sup> Car-li le rapport précis de ce qu'il s'est passé aux urgences de l'Hôtel-Dieu depuis le 23 décembre, quant aux malades qui y ont été amenés par ambulance.

**Le P<sup>f</sup> CARLI** rappelle que la régulation médicale est un acte légal médical encadré par l'article L. 3611-2 du code de santé publique. Celui-ci énonce que les services d'aide médicale urgente sont tenus d'assurer les transports des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à l'état du patient, sous réserve du respect de son libre choix. Ces pratiques sont également fixées par une recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS). Disposant d'une autorisation délivrée par l'ARS, l'Hôtel-Dieu peut recevoir des patients des services ambulatoires et psychiatriques, conformément à ce qui est inscrit dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR). Sans trahir le secret médical, il précise qu'un patient psychiatrique a eu besoin d'un examen par un médecin urgentiste et d'une hospitalisation en psychiatrie. Il a fait l'objet d'une régulation et entre donc dans le cadre réglementaire décrit. Il a fait l'objet d'une très bonne prise en charge. Un autre patient présentant une urgence tout à fait mineure s'est rendu dans le service. Ce n'est pas le mode de transport qui compte : c'est la régulation médicale qui importe.

**Le président** précise que c'est sa responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins à AP-HP qui est en jeu, préoccupation que chaque membre de la CME partage avec lui. Le président convient qu'il s'agit d'un rôle très ingrat au moment où chacun se félicite de la façon exemplaire dont tous nos services se sont mobilisés avec un grand professionnalisme dans des circonstances dramatiques, mais il assume entièrement son rôle de veilleur. Il n'a pas entendu ce qu'il attendait, à savoir le nombre et le type d'ambulances venues à l'Hôtel-Dieu. Des cas bénins sont-ils par exemple transportés dans des ambulances médicalisées, voire surmédicalisées (c'est-à-dire des ambulances de réanimation), ce qui serait un gaspillage de deniers publics ? Aucune explication précise n'a été donnée sur ce point.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** rappelle qu'il existe encore 17 lits d'hospitalisation en aval des urgences de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu et que tous les jours, depuis un an, des transferts de patients examinés par d'autres SAU ont lieu en ambulance.

**Le président** remercie le D<sup>r</sup> DANTCHEV pour cette précision. Il trouve tout de même curieux qu'une seule ambulance ait droit à des articles dans la presse.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** assure que l'Hôtel-Dieu a une position tactique et stratégique dans le système parisien des urgences. Il doit être maintenu. Le président peut être fier de la compétence des personnes qui assurent la régulation. Actuellement, l'AP-HP n'a pas d'autre moyen que de transférer des patients en ambulance, même s'il s'agit d'urgences légères. C'est la raison pour laquelle, au moment de l'attentat, il discutait avec des pompiers afin de prévoir des vecteurs moins dispendieux et plus efficaces que des ambulances.

**Le P<sup>r</sup> CARLI** précise que la décision relative aux moyens de transport fait partie des actes de régulation. Il s'agit d'une prescription médicale. Il signe toutes ces décisions. La question ne porte pas sur le moyen de transport emprunté mais sur la raison pour laquelle ils font l'objet de telle ou telle orientation. Par ailleurs, organiser le transport de patients psychiatriques par des véhicules sanitaires de rang A, c'est-à-dire des ambulances non médicalisées, fait partie des bonnes pratiques et n'est pas dispendieux. Enfin, les ambulances médicalisées ne relèvent pas du budget de l'AP-HP, mais d'une MIG (mission d'intérêt général), laquelle dépend du FIR (fonds d'intervention régional) de l'ARS.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> CARLI, en observant que cette réponse aurait pu lui être fournie, plus simplement, dès le 25 décembre. Cela n'a pas été le cas.

**Le directeur général** souligne que sa préoccupation est double. Il s'agit d'abord d'utiliser le mieux possible les ressources de l'AP-HP dans le respect de la qualité des soins. Les échanges ont montré que personne, en situation de responsabilité médicale, n'avait eu pour objectif d'agir contre la qualité ni la sécurité des soins. Sa deuxième préoccupation vise à continuer de traiter ce sujet, comme les autres, dans la sérénité, c'est la raison pour laquelle aucune communication institutionnelle n'a été faite. Le directeur général avait demandé que les conclusions des groupes de travail soient appliquées, c'est ce qui a été fait. Il déplorerait d'autant plus que l'on sorte de cette sérénité qu'après la fermeture du Val-de-Grâce, les liens de l'Hôtel-Dieu avec l'hôpital Cochin peuvent être réaffirmés et reconstruits dans le cadre de nouveaux scénarios. Un groupe de travail de la CME examine parallèlement différents aspects. Tous les éléments sont donc réunis pour sortir de débats plus idéologiques que médicaux sur le sujet.

**Le président** remercie la CME pour son soutien.

#### **IV. Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) et l'AP-HP**

**Le président** indique que le texte sur lequel il est demandé à la CME de voter n'a été mis à la disposition de cette dernière que la veille de la séance à 20 heures. Il demande donc l'accord des membres de la CME pour présenter ce point en séance.

*La CME se prononce, par un vote à main levée, en faveur du maintien de ce point à l'ordre du jour (et du vote qui doit l'accompagner) avec 25 voix favorables, 13 abstentions et 10 voix défavorables.*

**Le président** en déduit que ce point sera traité. Il donne la parole à M<sup>me</sup> WELTY.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que le premier avenant au CPOM que l'AP-HP a négocié avec l'ARS doit être signé au mois de janvier.

Le CPOM comporte 11 engagements articulés avec le programme régional de santé et le projet d'établissement de l'AP-HP et répartis en trois familles : organisation des parcours de soins, coopérations et performance. Durant toute la durée du CPOM, l'AP-HP est engagée dans la conduite de grands projets en lien avec l'ARSIF.

Un deuxième avenant sera proposé en juin 2015. Il portera sur les sujets sur lesquels l'AP-HP n'a pu s'engager à ce stade de la déclinaison de son projet stratégique. L'AP-HP est néanmoins convenue avec l'ARS d'une liste de sujets sur lesquels ce deuxième avenant portera.

Pour le 1<sup>er</sup> avenant, les quatre objectifs proposés sont les suivants :

- **Mettre en œuvre le virage ambulatoire**

Il s'agit, à l'horizon 2019, d'atteindre à l'échelle de l'institution un taux de chirurgie ambulatoire de 45 % (engagement 1). Une progression très attendue par l'ARS porte sur les gestes marqueurs, dont la part doit passer de 68 % à 79 %.

Un autre engagement, sur ce chapitre, vise à développer la médecine ambulatoire (engagement 2), notamment par la création de plateformes multidisciplinaires d'hospitalisation de jour (+ 3 d'ici 2019). Le CPOM prévoit aussi de substituer l'hospitalisation de jour à l'hospitalisation complète (engagement 3).

Le troisième engagement consiste à développer l'hospitalisation de jour en soins de suite et de réadaptation (SSR) par substitution à l'hospitalisation conventionnelle.

- **L'implication de l'AP-HP et de ses GH dans leurs territoires**

L'AP-HP s'engage à mener une politique d'ouverture vis-à-vis des autres acteurs de santé et à s'inscrire dans une médecine de parcours. Il s'agit d'abord de renforcer les coopérations du CHU AP-HP avec les centres hospitaliers (CH) dans les territoires (engagement 4) et de fluidifier les relations avec la médecine de ville (engagement 5), avec, là encore, des indicateurs qui traduisent la reprise des engagements pris par l'AP-HP dans le cadre de son projet stratégique.

- **Améliorer l'efficacité et la performance organisationnelle du CHU**

L'engagement 6 vise à renforcer la qualité et la sécurité des soins, au travers de cinq axes (augmenter la satisfaction des patients, augmenter les déclarations des événements indésirables graves liés aux soins, lutter contre les infections nosocomiales, maintenir un haut niveau de certification).

L'engagement 7 concerne l'amélioration de la prise en charge dans les services d'accueil des urgences (SAU) adultes et pédiatriques, notamment par la diminution des délais d'attente et des temps de passage dans ces services.

L'engagement 8 a pour objet de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation conventionnelle en SSR au regard de la moyenne régionale par spécialité.

L'engagement 9 a pour objet de maintenir le niveau de l'offre en orthogénie, en adéquation avec le projet régional pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (FRIDA).

L'engagement 10 vise à améliorer le parcours en périnatalité.

Enfin, l'engagement 11 consiste à améliorer les performances des plateaux médico-techniques.

Pour le 2<sup>e</sup> avenant, une pré-liste de sujets a été identifiée :

- FRIDA (plateforme régionale descriptive de l'offre de soins et adhésion au REVHO réseau ville hôpital pour l'orthogénie) ;
- développer l'hospitalisation de jour (HDJ) en SSR par substitution à l'hospitalisation conventionnelle ;
- réduire la DMS en SSR en hospitalisation conventionnelle ;
- dans les SAU, homogénéiser des échelles de tri infirmières d'orientation et d'accueil (IOA) ;
- les blocs opératoires et l'imagerie.

**Le président** ne voit pas de contradiction entre cet avenant et le plan stratégique ou le projet médical voté en CME. Il n'y a là rien de très nouveau.

Il n'a vu aucune contradiction entre cet avenant et le plan stratégique ou le projet médical voté en CME. Il n'y a là rien de très nouveau, indique le président, qui donne la parole au D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE.

**Le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE** revient sur l'engagement n°3 et souligne qu'il est très difficile, dans les SSR gériatriques, de convertir des lits d'hospitalisation complète en hôpital de jour compte tenu du profil des patients. Il voit donc mal comment cet objectif pourra être atteint.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** confirme que cet objectif n'est pas toujours adapté au SSR gériatrique, mais qu'il concerne plutôt les SSR de spécialités. C'est ce que l'AP-HP a fait valoir auprès de l'ARS.

**Le président** en déduit que le dispositif prévoit notamment des hôpitaux de jour de rééducation.

**Le P<sup>f</sup> Philippe RUSZNIEWSKI** indique avoir l'impression d'un CPO plutôt que d'un CPOM : si les objectifs sont louables, les moyens disponibles pour les atteindre sont moins faciles à discerner. De nombreux objectifs, parmi ceux qui ont été décrits, seront très difficiles à atteindre en raison d'un manque de moyens.

**Le président** indique avoir soulevé cette question la première fois que le sujet a été débattu en conseil de tutelle avec l'ARS. Il lui a été répondu, avec un grand sourire, que les moyens résidaient dans l'autorisation d'exercer telle ou telle activité. Selon le directeur général de l'ARS, l'assurance maladie donne 7 milliards d'euros par an à l'AP-HP, ce qui est largement suffisant.



**M<sup>me</sup> Christine WELTY** met cependant en exergue l'objectif d'amélioration de la prise en charge poursuivi à travers plusieurs engagements du CPOM, c'est-à-dire une amélioration de la qualité, laquelle est toujours source d'efficience.

**Le président** estime que cette dernière observation fait partie des « dictons » contestables. La réalité est souvent inverse.

**Le directeur général** rappelle qu'au cours de l'été 2014, les ministres, *via* l'ARS, se sont engagés à subventionner à hauteur de 30 % deux projets majeurs que sont le nouvel hôpital Lariboisière et l'hôpital Nord. Ceci fait partie des moyens. De la même manière, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'AP-HP, qui comporte des engagements, a été approuvé au cours de l'été 2014. Il existe donc un cadre budgétaire et d'investissement cohérent avec les objectifs définis.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL** note que le CPOM renferme la notion de contrat, qui est liant. Or il se demande s'il est réaliste de s'engager, par contrat, à atteindre un objectif de 100 % de certification sans réserve, après rapport ou visite de suivi.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'il s'agit de réserves et non de recommandations. Une réserve est un critère classé « C » dans les pratiques exigibles prioritaire (PEP). Aucun hôpital de l'AP-HP ne pourrait accepter d'avoir un tel classement au titre d'une PEP. En revanche, une recommandation, soit un critère B, paraît malheureusement inévitable sur un certain nombre d'items. Après la certification V2010, l'AP-HP entre dans la certification V2014 avec des exigences bien plus élevées. Il est temps de se mettre en ordre de marche sur les critères qui avaient fait l'objet de réserves dans la V2010, par exemple sur le circuit du médicament et la confidentialité.

**Le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL** estime que la question vise à savoir si les contraintes architecturales auxquelles l'AP-HP est soumise dans le cadre du calendrier 2015-2019 sont compatibles avec de tels engagements.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** se dit convaincue que rares sont les classements « C » qui soient entièrement liés à des contraintes architecturales. L'institution tirera les leçons de la V2010. Elle s'engagera très rapidement dans la V2014 avec des établissements qui connaissent ce type de contrainte.

**Le D<sup>f</sup> Georges SEBBANE** note que l'objectif visant à « réduire la durée moyenne de séjour », pour le SSR gériatrique, avait déjà été affiché il y a quelque temps. La gériatrie a consenti des efforts importants en ce sens et a recherché parallèlement une amélioration de son efficience. La durée moyenne de séjour a effectivement été réduite mais la réduction de la dotation annuelle de financement (DAF) n'a pas permis une amélioration de l'efficience. Aussi, le D<sup>f</sup> Georges SEBBANE craint-il que cet affichage ne soit encore plus délétère qu'il n'y paraît.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** convient qu'il existe un vrai enjeu autour de la réduction de la durée moyenne de séjour en SSR. La DAF n'a pas diminué mais a fait l'objet d'une nouvelle répartition, sur la base des conclusions d'un groupe de travail conduit par la DEFIP avec les groupes hospitaliers, les collégiales de gériatrie et les autres collégiales impliquées. La DAF est basée sur des critères de journées réalisées et il se posait un problème de répartition. L'APHP s'engage en ce sens, faute de quoi la DAF sera réduite.

**Le président** indique que la CME aura l'occasion de revenir prochainement sur la DAF. Il propose de ne pas s'y attarder au cours de la présente séance.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** souhaite des précisions sur l'engagement 11 relatif à la biologie. Elle demande ce que signifient « l'ouverture sur l'extérieur » et « le regroupement supra GH ».

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que pour les spécialités à démographie médicale fragile, comme l'anatomo-pathologie, la fœtopathologie ou la cytogénétique, des regroupements supra GH permettent de concentrer les forces médicales et les plateaux techniques afférents à la spécialité sur un plus petit nombre de sites, ce qui contribue à préserver le savoir-faire de l'AP-HP dans ces domaines. Par ailleurs, l'ARS demande que l'AP-HP soit en mesure de proposer aux centres hospitaliers et aux cliniques, notamment, une offre en biologie qui permette de réaliser pour leur compte des actes biologiques. C'est ce que signifie l'objectif « d'ouverture sur l'extérieur ». Il s'agit aussi d'accepter plus massivement que des consultants externes aient accès aux plateaux de biologie de l'AP-HP, moyennant des actes facturés, afin de rentabiliser ces plateaux.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ** précise qu'il faut retirer la mention « pédiatrique », concernant la biologie, puisque la biologie pédiatrique n'a jamais fait partie du plan stratégique. Par ailleurs, l'ouverture sur l'extérieur demandera nécessairement des investissements, ne serait-ce que pour dématérialiser les résultats.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** se demande si l'engagement n°11 ne relève pas de la « novlangue ». Depuis plusieurs années, la recherche de l'efficacité a conduit à un taux d'utilisation des blocs opératoires qui dépasse aujourd'hui 80 %, voire 90 %, c'est-à-dire des niveaux de dysfonctionnement. La durée des journées de blocs opératoires a explosé (souvent bien au delà des 10 heures, du fait d'un dysfonctionnement dans la programmation) ? Dans de nombreux endroits, il n'existe pas un environnement favorable, tant sur le plan logistique que sur le plan humain, pour travailler dans ces blocs. Les chartes de blocs existent. Le véritable enjeu est celui du suivi et du respect de ces chartes.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** rappelle que le personnel non médical ne dispose que de 35 heures par semaine, ce qui va créer des complications. Par ailleurs, pour les PU-PH et chefs de clinique, il existe des gardes et des récupérations. Il faut donc trouver des intervenants capables d'assurer le lendemain des vacations d'IRM ou de scanner. La bascule vers les hôpitaux de jour est également à l'ordre du jour. Or de nombreux hôpitaux de jour sont justifiés par la demande d'examen d'imagerie (IRM et scanners) et réservent des plages à distance sur les plateaux d'imagerie. De ce fait, réduire les délais d'examen, pour un patient qui vient d'être hospitalisé, posera des problèmes. À personnel non médical, constant, le risque est de voir les médecins se tourner vers le privé, où ils sont rémunérés à l'acte.

**Le président** propose de passer au vote.

*Le 1<sup>er</sup> avenant CPOM entre l'AP-HP et l'ARSIF est adopté avec 21 voix favorables, 29 abstentions et 8 voix contre.*

## **V. Rapport de la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) : présentation de l'outil de gestion du temps médical et règlement intérieur des astreintes**

**Le président** note que cette question a pris une grande actualité depuis qu'elle a été discutée en bureau de CME, à la faveur notamment de la parution d'une circulaire ministérielle sur ce sujet en fin d'année 2014. Il donne la parole au D<sup>r</sup> Michel DRU, président de la CCOPS.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** indique qu'une réunion de la CCOPS a été organisée tous les deux mois pendant la période 2013-2014. Au cours de ses réunions, elle a notamment travaillé sur :

- le contrat-type de temps de travail additionnel (TTA) transmis aux directions locales et aux présidents de CMEL ;
- l'application uniforme de la réglementation du compte épargne temps (CET) pérenne et CET historique ;
- l'abandon du logiciel HR Access au profit d'un nouvel outil de gestion du temps médical.

Actuellement, c'est le logiciel Medtime qui est utilisé en attendant l'arrivée du nouveau logiciel, qui sera opérationnel en 2016.

La CCOPS a également étudié les schémas régionaux de permanence des soins des établissements de santé qui étaient demandés par l'ARS, notamment en ce qui concerne la neurochirurgie. Elle a suivi les dépenses de la permanence des soins et du temps de travail additionnel. Enfin, la commission s'est penchée sur l'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 et a étudié son impact sur le règlement intérieur de l'AP-HP. Le D<sup>f</sup> Michel DRU indique qu'il lui a été demandé de revenir plus particulièrement sur le suivi des dépenses de santé, qui s'élèvent aujourd'hui à environ 85,5 M€ pour l'année 2014, permanence des soins (les gardes et astreintes des seniors, des internes et des étudiants) et plages additionnelles. Ces dépenses sont en constante augmentation.

Le D<sup>f</sup> Michel DRU rappelle que la Commission européenne a demandé à la France de se mettre en conformité avec la directive sur le temps de travail, et notamment le recours au temps de travail additionnel. Il s'agit aussi de comptabiliser les astreintes comme du temps de travail effectif et de veiller au respect de la durée de travail hebdomadaire. La France a publié, le 8 novembre 2013, un arrêté modificatif sur les gardes et astreintes, complété par une instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 31 mars 2014.

Il est prévu que la CCOPS centrale définisse un cadre général, à la suite de quoi chaque CCOPS locale définira ses propres dispositions.

**Le président** remercie le D<sup>f</sup> Michel DRU pour le temps qu'il accepte de consacrer, avec talent, à l'organisation de la permanence des soins.

Évoquant le cas des services de médecine qui fonctionnent avec des astreintes ou des demi-gardes, **le D<sup>f</sup> Julie PELTIER** voit mal, si le temps de repos est imposé le lendemain, comment le dispositif sera applicable immédiatement, sans augmenter l'effectif médical, du moins dans les services qui comptent 4 à 6 médecins à plein temps.

**Le D<sup>f</sup> Michel DRU** précise qu'un cadre a été défini, prévoyant, pour chaque GH, en fonction de ses particularités, la possibilité de revoir les organisations.

**Le président** rappelle que lors de la précédente mandature, un effort énorme avait été accompli par la CCOPS, sous la présidence du P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON, afin de diminuer les gardes et astreintes au sein de l'AP-HP. Ce travail considérable a malheureusement accouché d'une souris car les promesses n'ont pas été tenues.

Les engagements n'ont pas été pris et le tout s'est résolu dans un fiasco. Le président demande au P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON et au D<sup>f</sup> Michel DRU si la démonstration a été faite qu'aucun gain d'efficience ne pouvait être attendu de ce côté.

**Le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON** déplore l'échec de ce travail, dans lequel s'étaient investies les directions du siège. Les GH ont été entendus les uns après les autres. Aucune promesse n'a été tenue. Les efforts auxquels ce travail avait abouti ont périclité du fait de la poursuite du versement, au niveau

local, d'astreintes censées avoir disparu. Sans doute cet échec nécessitait-il une évolution des mentalités qui n'avait pas encore eu lieu.

**Le D<sup>f</sup> Michel DRU** rappelle avoir été vice-président de la commission lorsque celle-ci était présidée par le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON. Une réflexion avait été engagée pour la transformation de lignes de garde en astreintes ou demi-gardes ou demi-astreintes, avec un succès très relatif, dans la mesure où une ligne de demi-garde ou de demi-astreinte déplacée coûte plus cher qu'une ligne de garde, par le jeu des tarifs de plages additionnelles. C'est une remise à plat de l'ensemble du dispositif qui serait donc nécessaire.

**Le président** observe que certaines gardes et astreintes sont imposées par la loi, les règlements et la sécurité des soins.

**Le D<sup>f</sup> Christian GUY-COICHARD** observe qu'il existe un troisième type de permanence des soins, en vertu de la réglementation, dans les services de médecine où des PU et PH sont présents le week-end. Il s'enquiert du statut réglementaire de cette permanence des soins.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que ces dispositifs relèvent de la continuité de service et non de la permanence des soins.

**Le président** indique que ce mode d'organisation (qui a fait l'objet d'échanges à plusieurs reprises en CME) ne relève pas de la CCOPS. À sa connaissance, ces plages horaires sont rétribuées aux praticiens.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'en effet, tel n'est pas le cas.

**Le D<sup>f</sup> Nathalie de CASTRO** constate une grande hétérogénéité de ce point de vue, car il existe des arrangements ici et là. Elle indique connaître de nombreux médecins qui ne sont pas rémunérés comme ils devraient l'être, le samedi (pour les PH) ou le dimanche (pour les PU).

**Le président** demande au P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ, président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux, de documenter cette question.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** rappelle que, selon la règle, l'organisation du temps de travail médical au sein du service doit prévoir, au titre de la continuité de service, un passage le samedi matin et le dimanche matin. Cela ne donne pas lieu à une rémunération supplémentaire.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** souligne que la problématique de ces modifications d'organisation, pour les services de chirurgie, est majeure. Il voit mal comment un chirurgien pourrait maintenir une activité programmée le lendemain de son astreinte, faute de connaître dans quel cadre cette activité pourra avoir lieu. Aucune solution ne se dessine face à ce problème, sauf à augmenter le nombre de praticiens.

**Le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER** précise que l'activité du samedi matin est ouvrable. Le fait que le praticien hospitalier passe le samedi matin entre dans le cadre des demi-journées statutaires. Mais cette éventuelle 11<sup>e</sup> demi-journée se devra être récupérée. Il en est de même pour la demi-journée du dimanche matin, non ouvrable, qui devrait bénéficier d'une indemnisation financière complémentaire.

**Le président** craint que toutes ces discussions ne s'enveniment avec le statut particulier accordé aux urgentistes pour faciliter l'arrêt de leur grève. Le danger est de créer des PH à deux vitesses, certains bénéficiant du temps continu posté et d'autres non.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** souligne que l'application de ces réglementations va impacter l'activité des services de chirurgie. Lorsqu'un chirurgien opère une partie de la nuit, il n'annule pas nécessairement son activité prévue le lendemain, car cela compliquerait énormément l'organisation du bloc et des équipes. Au niveau européen, les équipes chirurgicales se composent souvent de 20 ou 30 chirurgiens, ce qui n'est pas le cas en France, où le paysage est majoritairement constitué de petites équipes chirurgicales. Une diminution mécanique de l'activité est à craindre.

**Le président** en convient. Il existe cependant une autre possibilité, le regroupement des équipes chirurgicales.

**Le D<sup>r</sup> Michel DRU** signale que depuis 2003, le temps de travail continu figure déjà dans l'arrêté relatif aux gardes et astreintes, qui définit les spécialités pouvant passer en temps continu (réanimation, anesthésie-réanimation, urgences, néonatalogie, gynécologie obstétrique). Actuellement, les praticiens doivent en faire la demande à leur chef de pôle, qui transmet la demande, assortie d'un avis, au président de la CCOPS locale, puis à la CMEL. Celle-ci accorde ou non le travail en temps continu pour une année.

**Le président** estime qu'il faudra être extrêmement vigilant, car ces dispositions devraient, en tout état de cause, alourdir la facture des personnels médicaux titulaires. De plus, recruter de nouveaux personnels aux urgences constitue une gageure, car les candidatures sont rares, en dehors des reconversions de quelques internistes bienveillants. Le président remercie encore le D<sup>r</sup> Michel DRU pour sa présentation et pour son travail régulier et quotidien au service de la CCOPS.

#### **IV. Rapport d'activité du groupe *ad hoc* de la CME sur la Télémédecine**

**Le P<sup>r</sup> Élisabeth DION** remercie l'ensemble du groupe *ad hoc*, qui s'est réuni très régulièrement et dont la composition a évolué (La liste actuelle des membres de la commission est disponible dans le diaporama). Les D<sup>rs</sup> Sophie DE CHAMBINE et Agnès CHABOUIS pour la DOMU participent à toutes les réunions.

Le recensement des réseaux effectué par la DOMU est basé sur des éléments déclaratifs des porteurs de réseau relayés par les correspondants GH. Les réseaux, de nombre croissant, s'avèrent assez hétérogènes dans leurs définitions et de par leur taille. Certaines organisations ont un champ plus large que celui de la télémédecine (défini par le décret télémédecine), à l'image de celui relatif aux agents tératogènes, qui répond de façon importante à des avis qui lui sont transmis par fax, par téléphone ou par courrier.

La contractualisation avec l'ARS est obligatoire pour tous les réseaux de télémédecine et l'obtention des financements en dépend. Le groupe CME analyse, après avis de deux experts, les réseaux de télémédecine et la DOMU, en lien avec les autres directions, prépare le contrat avec l'ARS. La simplification des contrats est un objectif commun du groupe et de la DOMU. Le secrétariat général de l'Assistance Publique est en lien direct avec l'ARS sur les sujets de contractualisations et de finances. Une dotation FIR a été attribuée par l'ARS à l'AP-HP en 2014, à hauteur de 1,6 M€. La redistribution de cette enveloppe s'opère vers les GH et le siège. S'agissant des financements, les priorités de l'ARS vont clairement à l'évaluation et aux outils. Les moyens sont aujourd'hui insuffisants pour le pilotage administratif des réseaux, qui est très lourd.

D'autres actions ont été conduites par le groupe en 2014, notamment la participation au plan stratégique de l'AP-HP, sur lequel un groupe spécifique s'était constitué. Le groupe CME a également participé à l'élaboration du plan Cancer et a rendu en particulier des conclusions sur les réunions de concertation multidisciplinaire par téléconférence, sur l'aide à apporter au plan diagnostic et au suivi thérapeutique aux DOM TOM et la surveillance des chimiothérapies à domicile

en hospitalisation à domicile (HAD). Le président du groupe a demandé que des objectifs clairs soient définis en 2015. Ces objectifs sont les suivants :

- améliorer la visibilité des réseaux de télémédecine ;
- préciser les liens avec les partenaires commerciaux en lien avec la DAJ ;
- aider à la rédaction des contrats et des conventions et suivre dans le temps le développement des réseaux,
- définir les besoins et fédérer les projets par spécialité en lien avec les collégiales ;
- éclaircir la destination des financements
- développer l'évaluation (outils et études médico-économiques).

**Le président** remercie le P<sup>f</sup> Élisabeth DION et les membres de la DOMU qui travaillent avec le groupe *ad hoc* de la CME, en particulier les D<sup>rs</sup> Sophie DE CHAMBINE et Agnès CHABOUI, et M<sup>me</sup> Marie-Anne RUDER. Il souhaite que la DOMU et le groupe de la CME travaillent en harmonie sur ce sujet d'une grande importance stratégique et financière pour l'AP-HP. Mettre à la disposition du plus grand nombre l'expertise que permet la télémédecine représente une pente vertueuse d'évolution de la médecine. Le président exprime son accord pour améliorer la visibilité du groupe sur le site internet de la CME. Il souhaite des précisions sur la gestion des potentiels conflits d'intérêts dans un domaine où coexistent investissements industriels et productions intellectuelles médicales. Il souhaite savoir si des garde-fous ont été définis.

**Le P<sup>f</sup> Élisabeth DION** indique que des travaux ont été engagés sur ces aspects avec la direction des affaires juridiques. Les relations étaient parfois floues avec les partenaires industriels dans les réseaux qui ont été présentés au groupe. Les partenaires industriels participent gratuitement dans un premier temps au montage des réseaux de télémédecine en espérant des retombées ultérieures. Un travail doit être noué avec les différentes directions afin de définir des cadres précis et de poser les bonnes questions aux porteurs de réseaux et à leurs associés industriels.

**Le président** suppose que les équipes de M<sup>me</sup> Florence GHRENASSIA seront également impliquées, pour les aspects ayant trait à la valorisation des projets et des outils nouveaux.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** note que 14,5 M€ sont alloués, sur une base populationnelle, à la télémédecine en France, dont 11,5 M€ pour des projets innovants. Elle s'enquiert du montant qui va à l'AP-HP, il lui semble que si l'AP-HP n'en reçoit que 10%, cela semble peu au regard des activités développées.

**Le P<sup>f</sup> Élisabeth DION** indique que ce montant s'établit à 1,6 M€ pour l'AP-HP. En général, ces fonds sont alloués aux outils et à l'évaluation. Rien n'est réservé au temps médical ni à la maîtrise administrative des réseaux.

**Le D<sup>r</sup> Sophie DE CHAMBINE** le confirme. Les financements découlant des appels à projets de l'ARS vont principalement au développement de l'outil et à l'évaluation.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** indique qu'il soutient la revendication de visibilité du groupe sur le site de la CME. Il s'interroge aussi sur la possibilité, pour la médecine ambulatoire de premier recours, d'accéder aux réseaux évoqués. L'AP-HP avait développé des moyens d'expertise de télémédecine à distance, comme l'ont fait des hôpitaux dans d'autres pays. Il demande s'il est envisageable de voir se développer des réseaux de télémédecine au plan international, très utiles quand il s'agit d'éviter des transferts inutiles de patients notamment chirurgicaux.

**Le P<sup>f</sup> Élisabeth DION** indique que le groupe travaille sur ce sujet depuis plusieurs mois, en liaison étroite avec le département de M<sup>me</sup> Florence VEBER.

## VII. Réponse de l'AP-HP au rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'odontologie à l'AP-HP de mai 2013

Le D<sup>r</sup> Christine GEFRIER indique que cette proposition de réponse de l'AP-HP au rapport de l'IGAS sur l'odontologie à l'AP-HP concerne six services (Albert-Chenevier – Henri-Mondor, Pitié-Salpêtrière - Charles Foix, Bretonneau, Louis-Mourier et Rothschild). Cette mission a eu lieu au sein de l'AP-HP, à la demande de l'ARS, de fin 2012 à début 2013. La réponse devait être fournie dans les 18 mois. La réponse a été pilotée, au départ, par le P<sup>r</sup> Benoît EURIN, consultant nommé par l'ARS, sous l'autorité d'un comité de pilotage de l'ARS incluant l'AP-HP et l'Université. Un groupe de travail *ad hoc* s'est ensuite mis en place au sein de l'AP-HP, réunissant les doyens autant que de besoin, l'ARS, la DOMU, la DEFIP, les directions des GH et les chefs de service concernés.

Plusieurs grandes orientations sont proposées :

- structurer l'odontologie hospitalière ;
- développer l'activité d'excellence ;
- prendre en charge les urgences et les populations spécifiques ;
- tenir compte de la réorganisation des études d'odontologie, de l'augmentation du *numerus clausus* et du nombre d'internes, avec la création d'une spécialité de médecine bucco-dentaire ;
- structurer et développer la recherche clinique.

Cette stratégie doit être affinée et finalisée au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2015.

Une fois cette stratégie définie, il faut la mettre en œuvre et la piloter. Le groupe propose qu'un comité de pilotage soit mis en place au siège, avec au moins la DOMU, la DEFIP et le président de collégiale. Un tableau de bord de suivi de l'activité *via* l'outil OPALE a commencé à être élaboré, qui reste à partager avec les chefs de service.

La DEFIP a travaillé afin qu'un compte d'exploitation homogène soit réalisé, en réponse à l'IGAS. En ce qui concerne les indicateurs d'activité et de performance médico-économique, une restitution pourra avoir lieu, sous l'égide du comité de pilotage AP-HP, lors d'une réunion annuelle avec les chefs de service.

S'agissant de l'amélioration de l'organisation des services, le regroupement des services d'odontologie d'Albert-Chenevier et d'Henri-Mondor sur le site de Mondor est prévu en 2015. La mise en place du contrôle de l'exhaustivité du codage est partiellement réalisée. S'agissant de la réorganisation de l'accueil téléphonique, une étude de faisabilité est à prévoir pour l'ensemble de la discipline. La centralisation du processus d'achat prothétique s'avère impossible mais une procédure délocalisée encadrée pourrait être recherchée.

Quant à l'amélioration de la traçabilité du matériel, des procédures spécifiques sont partiellement mises en place sur la quasi-totalité des sites. Un encadrement plus strict des étudiants est aussi à organiser. Enfin, sur le plan des ressources humaines et du personnel médical en particulier, il est proposé de recruter des praticiens hospitaliers afin d'accroître la part des praticiens qui se consacrent exclusivement aux soins. Le groupe propose que l'objectif visant à favoriser le recrutement de praticiens hospitaliers (PH) soit recherché en adéquation avec la réflexion stratégique de l'institution et en fonction des besoins de chaque site, définis dans un projet médico-économique discuté avec la direction du groupe hospitalier et approuvé par celle-ci. Il est proposé de commencer par recruter des praticiens hospitaliers contractuels. Des discussions ont aussi été engagées avec les doyens en vue de transformer un certain nombre de valences universitaires en valences hospitalières.

**Le président** note que le recours aux praticiens contractuels n'est pas gratuit. Il propose de focaliser la discussion sur l'objectif de recruter des PH, puisque l'AP-HP va entrer en période de révision des effectifs pour 2016. Chacun a en tête les enjeux et les difficultés de l'exercice. Le président demande au P<sup>f</sup> Pierre COLON, président de la collégiale des odontologistes, de formuler brièvement son avis.

**Le P<sup>f</sup> Pierre COLON** souligne que l'odontologie parvient à rattraper un retard dû à l'évolution hospitalo-universitaire de l'odontologie, avec, pour la première fois, en 2014, une promotion qui sort avec un internat qualifiant, en particulier dans le domaine de la médecine bucco-dentaire, discipline particulièrement dévolue à la pratique hospitalière. L'ARS accroît chaque année le nombre d'internes dans cette spécialité mais l'effectif des praticiens hospitaliers en odontologie est souvent proche de zéro. Il n'existe donc aucune perspective pour permettre à ces internes d'exercer leur spécialité une fois qu'ils ont été formés. Il y a là un dernier maillon à compléter afin que les services d'odontologie puissent fonctionner comme des services de médecine. L'activité de ces praticiens serait beaucoup plus facile à équilibrer, sur le plan financier, que celle des étudiants.

**Le P<sup>f</sup> Bruno GOGLY** souligne que l'AP-HP forme 20 % des dentistes français. Les six services d'odontologie accueillent chaque année environ 600 externes en formation mais 94 % des praticiens sont des hospitalo-universitaires, ce qui montre que le corps des PH est plus qu'embryonnaire.

**Le D<sup>f</sup> Frédéric RILLIARD** juge nécessaire de tordre le cou à certaines idées reçues : l'exercice de l'odontologie, à l'AP-HP, n'est pas déficitaire comme en témoignent les comptes d'exploitation 2013 annexés au rapport. Les 6 équivalents temps pleins actuels ne sont pas en capacité de répondre au besoin de soins hospitaliers des franciliens. La discipline souhaite être soutenue dans ses objectifs de développement hospitalier, tels que le suggère l'IGAS, notamment par l'adoption de mesures nouvelles validant le recrutement de praticiens hospitaliers sur la base d'objectifs contractualisés.

**Le président** demande au doyen MAMAN si celui-ci entend sacrifier les moyens universitaires pour construire des postes hospitaliers.

**Le P<sup>f</sup> Louis MAMAN** assure qu'il ne sacrifiera pas les postes universitaires, car chaque service accueille une centaine d'externes en moyenne. Les hospitalo-universitaires sont nécessaires pour former tous ces externes. Cependant, dans chaque GH, des activités d'excellence peuvent se développer et s'autofinancer, par le biais de la contractualisation. Il y a là un moyen de démontrer, dans un premier temps, l'efficacité de cette activité, avant d'inscrire ces postes au concours, dans un deuxième temps, pour titulariser et motiver des odontologistes, en particulier les internes spécialisés formés à l'AP-HP.

**Le D<sup>f</sup> Christophe TRIVALLE** rappelle avoir déjà évoqué la question des soins dentaires des patients âgés de l'AP-HP. Il réitère la suggestion de mise en place d'un dispositif de « bus dentaires » pour les 3 000 malades de longue durée accueillis à l'AP-HP.

**Le D<sup>f</sup> Martine MARCHAND** indique avoir été contactée par d'assez nombreux odontologistes auxquels il a été demandé de démissionner.

**Le président** demande s'il s'agit d'odontologistes HU.

**Le D<sup>f</sup> Martine MARCHAND** précise qu'il s'agit de praticiens attachés. Si les licenciements ne peuvent être évités, à défaut, un reclassement dans d'autres structures est indispensable.



**Le P<sup>f</sup> Bruno GOGLY** précise qu'il ne s'agit pas de praticiens attachés rémunérés mais de praticiens bénévoles, qui sont en situation illégale dans les services. Une attestation de formation hospitalo-universitaire en odontologie a été créée en partenariat par Paris-Descartes, Paris-Diderot et l'AP-HP afin de régulariser la présence de ces attachés bénévoles au sein des services.

**Le président** ne comprend pas à quoi correspond la notion d'attaché bénévole puisque le travail bénévole n'est pas autorisé au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

**Le P<sup>f</sup> Bruno GOGLY** en convient. Cette réalité a cependant été pointée du doigt par les différents chefs de service.

**Le président** ne comprend pas l'intérêt qu'ont ces personnes à travailler bénévolement.

**Le P<sup>f</sup> Bruno GOGLY** précise que ces professionnels sont souvent d'anciens assistants hospitalo-universitaires qui n'ont pu devenir HU, maîtres de conférence ni professeurs ni accéder à un poste de praticien hospitalier. Il existe aujourd'hui 4,5 postes de PH en odontologie au sein de l'AP-HP.

**Le D<sup>f</sup> Martine MARCHAND** signale que les odontologues qui l'ont contactée sont rémunérés.

**Le président** demande un éclairage de la DOMU et de la direction générale sur la stratégie qu'elles envisagent de développer sur cette question ardue et pressante de l'odontologie : comment financer les postes légitimement demandés avec l'appui de l'IGAS ?.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** assure que la DOMU a prévu de préparer cet éclairage. Peut-être un lien pourra-t-il être établi avec la philosophie qui va présider à la révision des effectifs 2016.

**Le P<sup>f</sup> Pierre COLON** précise que la discipline plaide avant tout pour le développement d'une odontologie hospitalière, avec la prise en charge que cela suppose et avec des compétences spécifiques dans un certain nombre de domaines. Il existe aujourd'hui des candidats pour des postes dédiés à la prise en charge des urgences pédiatriques, que le rapport de l'IGAS pointe du doigt comme une lacune importante du point de vue de la prise en charge dans le secteur libéral. Ces candidats, qui sont prêts à occuper des postes à temps plein, ont le profil requis pour accomplir les missions à réaliser. Les GH demandent alors quels postes peuvent être rendus. Aucun poste ne peut l'être, puisque l'odontologie n'a aucun PH. Ainsi, d'année en année, le sujet n'avance guère.

**Le président** indique avoir bien compris le paradoxe décrit. Il espère qu'il ne s'agira pas d'un cul-de-sac.

## **VIII. Plan pluriannuel d'investissement : 1<sup>er</sup> bilan 2014, perspectives 2015-2017**

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** indique que le premier bilan 2014 fait apparaître une sous consommation des crédits d'investissement. On observe en particulier un recul sur les grandes opérations centralisées au profit des opérations de travaux dites « déconcentrées » de mise aux normes (OIT) et sur le plan de travaux initié en 2013. En 2014, la dépense en investissement pourrait s'établir à 300 M€, contre une dépense de 304 M€ en 2013, sur une enveloppe prévue de 395 M€. Une forte sous-consommation est attendue concernant les systèmes d'information, pour lesquels la dépense devrait avoisiner 50 M€ au lieu des 67 M€ attendus. Sur ce champ, une opération comptable a conduit à transférer une partie des dépenses qualifiées d'investissements en fonctionnement.

À l'inverse, les investissements en matière d'équipements sont au rendez-vous, conformément aux engagements. La dépense avoisinera 100 M€ dans ce domaine, à partir d'une enveloppe de 120 M€, dont 20 M€ exceptionnels dévolus aux petits équipements hospitaliers entièrement consommés. En

ce qui concerne le système d'information, les investissements sont inférieurs à ce qui était prévu et le plan 2015 sera bâti en conséquence. Enfin, concernant les travaux bâtimentaires, une sous-consommation est également constatée, sauf pour le « plan de travaux », qui correspond à l'enveloppe qui est à la main des sites pour réaliser de petits travaux (moins d'1M€). Cette enveloppe est très correctement utilisée.

Près de 15 opérations de petites restructurations sont en cours au sein de l'APHP en 2015 (entre 400k€ et 15M€) pour un montant global de 386M€ et 200 opérations de mise aux normes sont en cours pour un montant global de 328 M€. Ces opérations doivent se poursuivre jusque 2016 ou 2017. Des opérations majeures (plus de 15 M€) concernent Necker, Avicenne, site sur lequel la première tranche des nouveaux blocs doit être livrée en mars 2015 et le site de Rothschild avec le bâtiment PICPUS.

S'agissant des perspectives 2015, les marges de manœuvre dégagées sont limitées par la nécessité de financer des projets institutionnels – financement des services de rééducation post réanimation autorisés (SRPR) par l'ARSIF et plan urgences – et par le dépassement de la projection qui avait été établie à l'horizon 2016. Une enveloppe globale d'investissement de 410 M€ a été prévue pour 2015. Le plan de travaux sera accru afin de permettre le financement de petites opérations. 76 M€ sont budgétés sur le système d'information afin de poursuivre notamment les investissements sur le SI clinique. En ce qui concerne les équipements, l'enveloppe a été portée à 110 M€ afin de continuer à accompagner le plan de renouvellement des équipements.

**Le président** observe que la sous-exécution des enveloppes d'investissement n'est pas nouvelle. Elle est constatée chaque année.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** juge très intéressant de constater que certains travaux n'ont pas été réalisés dans les GH faute de financement en fin d'année. Elle demande si les sites pourront bénéficier de ces fonds, dont l'existence n'était manifestement pas connue.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** précise que le plan de travaux permet de financer ces petites opérations. Lorsque des risques de dérapage, sur de grosses opérations de travaux, ont été détectés à mi-année, la DEFIP a pris des dispositions permettant la fongibilité de crédits, ce qui a permis de réaffecter à de petites opérations des budgets non consommés sur des opérations de plus grande envergure (notamment sur le SI). Environ 10 M€ ont ainsi été réinjectés, entre septembre et décembre 2014, afin de permettre de compléter le financement de petites opérations de travaux dans les groupes hospitaliers. Malgré cette fongibilité, une sous-consommation demeure.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** observe que dans les opérations budgétées, figure 3,6 M€ pour la transplantation hépatique à Saint-Antoine. Elle demande si ce montant concerne la construction d'un centre qui maintenant est à la Pitié ou le déménagement de ce centre.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** précise que le transfert du centre unique à la Pitié-Salpêtrière n'a donné lieu à aucune dépense d'investissement. Elle vérifiera s'il s'agit de travaux sur les six blocs opératoires livrés il y a trois ans.

**Le président** espère que ces blocs seront reconvertis.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** s'étonne des informations présentées dans la mesure où lorsque les praticiens demandent des équipements pour les services, ils reçoivent souvent la réponse selon laquelle les enveloppes d'investissement sont insuffisantes.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** souligne que les investissements sont définis de façon pluriannuelle. Durant de nombreuses années, l'enveloppe d'équipement courant a été réduite à 35 ou 40 M€ par an, ce qui constitue un niveau très bas. À partir de 2013, il a été décidé de revenir à des niveaux soutenable permettant de renouveler les équipements. À une échelle pluriannuelle, 120 M€ ont été alloués en 2014, contre 90 M€ en 2013. 110 M€ seront alloués à cette enveloppe en 2015. Des décalages apparaissent, en termes de consommation, pour des équipements lourds. C'est beaucoup moins le cas pour des équipements courants. Un objectif commun défini avec la DOMU vise à consommer intégralement les plans d'équipement courant.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** plaide pour une meilleure coordination entre le plan de travaux et le plan d'équipement, car il arrive que des crédits ne soient pas dépensés du fait de retards dans les travaux.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** signale qu'au niveau central, les crédits des plans de travaux et des plans d'équipement sont désormais alloués de façon simultanée afin d'améliorer cette coordination. Un point précis a lieu chaque année en CME au mois de mars ou au mois d'avril sur le plan d'équipement. La CME aura donc l'occasion d'y revenir.

## **IX. Enquête un jour donné sur le bon usage de l'amoxicilline/clavulanate à l'AP-HP**

**Le président** donne la parole au P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ, président de la commission des anti-infectieux (COMAI) de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** rappelle avoir lancé un cri d'alarme en CME, en 2014, en indiquant que la consommation d'antibiotiques avait augmenté de 4 % au cours des six premiers mois. La commission des anti-infectieux de l'AP-HP a proposé de lancer une enquête sur l'augmentation d'utilisation de l'amoxicilline/clavulanate afin d'identifier les leviers sur lesquels il serait possible d'agir.

L'enquête a été réalisée par les référents « antibiotiques », qui se sont prêtés au jeu. Le bon usage a été apprécié en fonction de trois critères : la tenue du dossier au vu des critères ICATB2, la pertinence de la prescription et la durée du traitement. L'enquête a eu lieu un jour donné, avec une première évaluation à J1 et à J14. 32 sites hospitaliers ont accepté de participer à l'enquête, représentant 397 patients ayant un âge moyen de 68 ans.

S'agissant de la tenue du dossier, 79 % des prescriptions d'amoxicilline/clavulanate sont informatisées, ce qui est plutôt satisfaisant. La prescription relevait d'un interne dans 56 % des cas et d'un senior dans 44 % des cas. L'indication était écrite dans le dossier dans 73 % des cas seulement, alors que l'objectif en matière de bon usage est de 100 %. Dans 73 % des cas, le référent a considéré que l'indication de la prescription était pertinente. Dans 63 % des cas, l'amoxicilline/clavulanate était associé à un autre antibiotique et il s'avère que cette association était pertinente dans seulement 37 % des cas.

Du point de vue de la durée de traitement, la médiane est de 8 jours et la moyenne de 11,1 jours. Plus la durée est longue, moins la pertinence de l'indication est vérifiée. Une durée de traitement plus courte est observée si c'est un senior qui est tracé dans la prescription. Il y a là un levier d'action important.

Au total, il apparaît qu'une telle étude est faisable au niveau de l'institution. Le niveau de pertinence des prescriptions apparaît comme acceptable. Cependant les durées de traitement pourraient être améliorées et la tenue des dossiers doit l'être. Une implication plus forte des seniors est à recommander et la place des référents est à renforcer. Un maillage est aussi à créer entre la

prescription informatisée, les pharmaciens, les référents et les seniors afin de susciter une réflexion sur la pertinence des bithérapies et des traitements supérieurs à 7 jours.

D'une façon plus générale, après une augmentation continue observée depuis 2010, la consommation d'antibiotiques au sein de l'AP-HP a diminué au 1<sup>er</sup> semestre 2014 (- 3 %). Cette diminution est de 10% pour l'association amoxicilline/clavulanate et de 5 % pour l'amoxicilline seule.

En termes de perspectives, le D<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ juge nécessaire de se pencher sur la place des référents en répondant à la demande du plan national, selon lequel « leurs missions doivent être plus clairement définies afin de consolider et étendre les actions ». Il faut également travailler sur la tenue du dossier médical afin de remplir les critères ICATB2, car la traçabilité de l'avis du senior pour le maintien d'une antibiothérapie au-delà du 7<sup>ème</sup> jour est impérative. La commission propose enfin de mener une enquête centrale sur l'utilisation des glycopeptides après avoir fait circuler la recommandation, à ce sujet, auprès des chefs de service.

**Le président** ajoute que l'AP-HP doit encourager le développement professionnel continu (DPC) pour former le plus grand nombre possible de prescripteurs à l'antibiothérapie moderne et à ses règles. Le président indique avoir abordé ce sujet avec les P<sup>rs</sup> Daniel SERENI et Serge HERSON qui ont bien reçu le message. Plusieurs spécialistes de l'AP-HP proposent des formations d'excellente qualité. Il serait utile d'orienter les plus jeunes médecins vers ces enseignements.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABÉDIAN** demande si la commission a fait un point sur l'antibio-prophylaxie, qui peut constituer une source d'économies importantes dans les blocs opératoires. Or il existe une grande hétérogénéité dans les prescriptions.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** confirme que le champ de la prophylaxie est très important en termes de dérives potentielles. Ce point relève de l'initiative de chaque GH. Les recommandations existent partout. Il faut que chaque site s'assure de leur application.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si une stratégie pourrait être définie à l'échelle de l'AP-HP concernant les souches multi-résistantes types KPC. Des services pourraient même être dédiés à l'isolement des patients afin d'éviter des effets « boule de neige ».

**Le président** précise que s'il existe un lazaret, il y en aura un pour l'ensemble de l'AP-HP.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** note qu'un tel dispositif présente aussi ses limites. Derrière les bactéries hautement résistantes se trouvent des malades qui ont des pathologies d'organe. Les unités d'isolement si elles doivent exister devraient donc se trouver au sein d'un établissement polyvalent.

**Le D<sup>r</sup> Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE** précise que l'AP-HP applique les recommandations de du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur la prise en charge des patients infectés ou colonisés par les bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE), et qu'il est possible de faire appel à l'équipe du siège, animée par le P<sup>r</sup> Vincent JARLIER, pour la gestion médico-épidémiologique de ces patients.

**Le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ** souligne que tous les cas sont portés à la connaissance de l'équipe opérationnelle d'hygiène du siège.

**Le président** souligne qu'il s'agit d'un très vaste sujet, à suivre de très près. Il remercie le P<sup>r</sup> Daniel VITTECOQ pour son implication au sein de la COMAï.

## **X. Enquêtes de satisfaction des patients : résultats de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) et généralisation de l'enquête en ligne**

M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY indique que l'enquête I-SATIS est effectuée par téléphone une fois par an auprès d'un échantillon de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), après recueil de leur consentement écrit, ce qui constitue un dispositif assez lourd. Cette enquête s'articule autour de six indicateurs accessibles dans OPALE, dans l'onglet « performances », avec les résultats détaillés pour chaque indicateur, et par site. Eu égard à la faiblesse de certains échantillons, une réflexion est en cours à la DGOS en vue de laisser aux CHU le choix du mode d'enquête (téléphone, papier ou web) dès 2015.

Afin de pallier les difficultés constatées dans I-SATIS, une enquête en ligne AP-HP est en cours de test depuis l'été 2013. Ce dispositif va plus loin puisque l'avis du patient est recueilli, aussi bien en hospitalisation qu'en consultation, tout au long de l'année, ce qui permet de produire un tableau de bord fournissant des résultats trimestriels.

Il existe quatre versions du questionnaire, l'un pour l'hospitalisation et l'autre pour la consultation, chacun étant décliné dans une version « adultes » et dans une version pédiatrique. Le questionnaire comprend 28 questions au total, pour une durée de réponse allant de cinq à dix minutes.

M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY remercie le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE d'avoir accepté que le tableau de bord du GH Paris-Centre soit commenté en réunion. Pour les consultations, 1 166 répondants ont été dénombrés au cours d'un trimestre pour ce GH, soit un taux de réponse de 31 %, ce qui est considérable. Ce taux est de 32 % pour l'hospitalisation. Les taux démontrent que les patients veulent s'exprimer.

Une question porte sur la recommandation à un proche ou un ami du service dans lequel il a consulté ou été hospitalisé. Ce taux s'établit à 8,3 en consultation et 8,4 en hospitalisation, ce qui est très satisfaisant.

Les questions sont assorties d'un score (100, 60, 40 ou 0 et sont regroupées par grand thème (relations patient-personnel, environnement-hôtellerie, sortie du patient, etc. pour Hospitalisation – Prise de RV, environnement, écoute et information patient, etc. pour Consultation). Le tableau de bord obtenu permet de classer chaque sujet investigué sur les grands thèmes.

En consultation le meilleur score est obtenu pour « l'accueil et la gentillesse du médecin ». Le score le plus faible est obtenu concernant « les informations fournies durant une attente prolongée ».

En hospitalisation le meilleur score est obtenu pour « le respect de la confidentialité des informations concernant le patient » et le plus faible concerne l'assaisonnement des repas ».

Plusieurs modifications ont été faites suite à cette expérimentation. La première a consisté à ne plus donner aux patients la possibilité de s'exprimer dans des verbatim, où figuraient souvent le nom du soignant, de façon non-conforme aux règles prévues par la CNIL. Il a aussi été décidé de laisser une colonne en blanc lorsque le nombre de répondants est inférieur à 30 (car non significatif). Pour des raisons de confidentialité, lorsqu'un service compte moins de 3 médecins, aucun tableau de bord n'est établi. Enfin, il est prévu de généraliser l'enquête à partir de février 2015.

**Le président** juge ces résultats très encourageants. Le taux de réponses constaté témoigne du succès de l'introduction des outils de messagerie électronique dans les enquêtes de satisfaction. La CME, attachée à la qualité et à la sécurité des soins, ne peut qu'être favorable à l'extension de cette expérience à d'autres GH. Sur la méthode, néanmoins, le président estime que présenter des

résultats sous la forme de moyennes conduit à perdre beaucoup d'informations. Il serait utile de fournir la médiane et les 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> quartiles qui sont beaucoup plus riches en informations pour un œil habitué aux statistiques.

**M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY** indique que cette évolution pourra être prévue dans les futures versions de l'enquête.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** confirme que ces enquêtes constituent un élément majeur pour la certification. Il y a dix-huit mois, ces enquêtes concernaient 100 patients (sur 100 000 hospitalisations) et la personne qui délivrait la certification jugeait ce nombre assez faible. Il est désormais possible d'étudier les résultats à l'échelle d'un service, ce qui peut fournir des indications précieuses.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** indique que tous les acteurs impliqués par la démarche sont conscients du fait que l'utilisation des adresses e-mail exclut les usagers qui n'ont pas accès à l'outil informatique, notamment les personnes âgées et les personnes en situation de précarité. Il faut réfléchir à la manière dont ces enquêtes pourraient être étendues, en particulier en gériatrie.

**Le D<sup>r</sup> Isabelle NÈGRE** suggère que le questionnaire reprenne des items de la certification. Il pourrait d'ailleurs être utilisé par des experts.

**M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY** en convient. Le questionnaire a été construit il y a un peu plus d'un an. Une réflexion a été lancée afin de préciser la façon dont il pourrait évoluer, dans le cadre de la nouvelle démarche « Qualité-Hospitalité » afin de mettre tout ceci en cohérence.

**Le D<sup>r</sup> Christian GUY-COICHARD** rappelle que la suppression des chambres multiples constitue un élément d'humanisation de l'hôpital depuis plusieurs années et demande si l'opinion des patients a été recueillie à ce sujet.

**M<sup>me</sup> Isabelle MOUNIER-EMEURY** précise que l'enquête ne demande pas aux patients s'ils sont en chambre individuelle ou non. Le chef de service connaît la proportion de chambres individuelles et de chambres collectives qui existe dans son service, pour en tenir compte sur les réponses obtenues.

**Le directeur général** remercie les différents acteurs qui ont piloté cette enquête groupe hospitalier qui a piloté et mise en place cette enquête. À partir du moment où cette enquête sera généralisée, un lien sera mis en place avec le site Internet afin que les résultats puissent être connus du public.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** souhaite qu'avec l'assentiment des patients, la même flexibilité et la même technologie informatique soient utilisées pour l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation.

## **XI. Avis sur la proposition du directeur général pour la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers**

**Le président** rappelle que la révision des effectifs de PH a été présentée lors de la CME du mois de décembre à Cochin. Elle a été transmise au directeur général avec une vingtaine de postes classés « B », c'est-à-dire laissés en suspens. Après des discussions au sein de la sous-commission des effectifs, et une réunion du directeur général avec les présidents de CME locales et centrale et la DOMU le 8 janvier, une révision entièrement tranchée a été élaborée. Elle a été remise sur table aux membres de la CME et sera proposée par le directeur général de l'AP-HP au directeur général de l'ARS, qui décide la publication des postes. Cette publication doit intervenir en avril, les nominations en juin ou juillet 2015.

**Le directeur général** souligne que cette réunion a permis d'esquisser l'idée d'une nouvelle procédure de révision, moins insatisfaisante que la procédure actuelle, dont les limites se manifestent clairement. Une nouvelle procédure sera donc proposée à la CME, articulant un certain nombre de principes, elle offrira aux GH davantage de latitude afin qu'ils procèdent à des arbitrages en interne. Les « mesures nouvelles favorables » et « mesures nouvelles défavorables » seront connues, en référence aux orientations stratégiques. Ce nouveau dispositif est en cours d'élaboration, avec le souci de tirer les leçons de la révision 2014.

Les membres de la CME peuvent prendre connaissance des vingt dossiers classés en B au travers des documents remis sur table, dont sept basculent en « avis favorable » et sont proposés à la nomination et au vote de l'instance :

- en hématologie à Necker ;
- en néonatalogie à Robert Debré ;
- en ophtalmologie à Robert Debré ;
- en neurochirurgie à Henri-Mondor ;
- en chirurgie thoracique à Cochin ;
- en radiologie à Ambroise Paré ;
- en cytogénétique à Antoine Bécclère.

**Le président** rappelle que la révision des effectifs était placée sous une contrainte d'efficience d'environ 5 M€. Il demande quel est le montant atteint au terme de l'exercice présenté.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique que ce montant est de 1,8 M€ pour la révision PH, auquel il faut y ajouter 255 000 € au titre de la révision HU à venir.

**Le président** en déduit qu'il reste 3 M€ à trouver. Il indique aussi ne pas connaître le principe des gages sur la révision HU.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise qu'il ne s'agit pas de gages. Dès lors qu'un PH devient HU, son temps hospitalier diminue.

**Le président** rappelle que l'institution reprend le poste d'un PH nommé HU.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que le poste n'est pas totalement repris puisqu'il reste la masse salariale correspondant au montant versé par l'institution au titre de la valence hospitalière.

**Le président** suggère que ce point soit approfondi dans une ambiance plus sereine. Dans l'immédiat, il souhaite entendre les six présidents de CME locales directement concernés par la révision des effectifs, et la synthèse du président de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux, le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** indique que les présidents de CMEL se sont prononcés pour une révision de la méthode de révision des effectifs, dont le processus est jugé extrêmement long et chronophage. En outre, les contraintes actuelles d'efficience se traduisent par une discussion qui porte exclusivement sur les emplois faisant l'objet d'une demande de redéploiement institutionnel tandis que les emplois autofinancés se voient reconduits assez aisément. Ceci ne permet pas de prendre en compte les aspects stratégiques, pourtant éminemment importants dans un contexte de contraintes financières prégnantes. Les présidents de CMEL estiment aussi qu'il serait utile, pour rendre des avis parfois difficiles à trancher, de pouvoir comparer la densité des équipes à leur niveau d'activité, qu'il s'agisse d'une activité hospitalière ou d'une activité de recherche. Enfin, ils

souhaitent qu'une réflexion soit conduite en vue de densifier les équipes, de sorte que la diminution d'un emploi sur un site ne mette pas en péril une équipe donnée.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** juge nécessaire de procéder différemment pour cette révision des effectifs. Actuellement, si un poste de PH est libéré en juillet et qu'il est utilisé en janvier ou février, la masse salariale équivalente disparaît à la fin de l'année. Il faut qu'il existe une masse salariale fixe, à partir de quoi des efforts pourraient être demandés.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** précise que la masse salariale ne disparaît pas entre l'arrêt du paiement d'un PH à une date donnée et le recrutement de son successeur.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** indique résumer la position des présidents de CMEL en affirmant « plus jamais ça comme ça ! ». S'ils comprennent la difficulté de l'exercice, la méthode actuelle suscite le départ de jeunes praticiens. Il fonde beaucoup d'espoirs dans le nouveau dispositif appelé à se mettre en place.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** indique avoir trouvé cette révision d'effectifs particulièrement délicate dans la mesure où la marge de manœuvre, dans chacun des GH, était extrêmement étroite. Deux points mériteraient particulièrement d'être revus à ses yeux : la stratégie globale définie à l'échelle de l'institution, en donnant notamment un rôle plus stratégique aux collégiales pour leur discipline, d'une part ; la confrontation des stratégies médicales et des stratégies économiques, d'autre part.

**Le président** souligne que la CME doit vivement remercier le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ pour son implication dans cette démarche difficile. Le résultat de la révision des effectifs est rarement satisfaisant. Il s'agit toujours d'un compromis difficile entre les économies demandées et les promesses légitimement faites à nos élèves. Si ceux-ci sont tous déçus, il est clair que la machine va devenir anémique. Avant de voter, le président souhaite obtenir une réponse sur la façon dont seront trouvés les 3 M€ manquants.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** indique qu'un travail est à conduire sur la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) et sur le temps de travail additionnel. L'augmentation du temps de travail médical titulaire, chaque année, doit conduire à retrouver l'équivalent au travers de gains d'efficacité, par exemple sur les praticiens attachés.

**Le président** demande s'il faut en déduire que l'institution va reprendre des demi-journées, alors que celles-ci ont déjà quasiment disparu.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** constate que, jusqu'à présent, lorsque des GH disent avoir des gages pour payer un poste de PH à partir de contrats de praticiens, la diminution de la masse salariale correspondant au praticien ne se retrouve pas dans le GH concerné. Il faut donc vérifier chaque ligne de personnel médical sur masse salariale des GH.

**Le président** estime nécessaire un moratoire de quelques mois sur les 3 M€ manquant pour s'engager dans une véritable démarche d'efficacité, où les mesures nouvelles seraient financées par la suppression de mesures anciennes. Ce serait une démarche plus vertueuse que s'acharner à chercher 3 M€ de pseudo-économies, de façon peu constructive.

**Le directeur général** précise qu'il n'est pas possible de créer 3 M€. Il faut examiner, d'ici les conférences budgétaires et à l'issue de ces dernières, la façon dont ces 3 M€ peuvent être trouvés. L'ensemble de la masse salariale doit être examinée. Des propositions ont été faites sur les questions des gardes ou des astreintes. En tout état de cause, il n'est pas possible d'attendre l'année prochaine pour agir.



**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** prend l'exemple de la transplantation hépatique infantile à Necker. C'est finalement le couperet de la masse salariale qui conduit à refuser ce poste, alors qu'il s'agit d'un enjeu stratégique. Il estime qu'il faut être clair et afficher le montant d'économies à réaliser à l'échelle d'un GH, en sachant à l'avance que les derniers du classement vont tomber. En l'espèce, le D<sup>r</sup> Alain FAYE souhaite qu'il reste au moins un praticien contractuel dans le service où la transplantation hépatique repose sur trois personnes.

**Le directeur général** indique avoir demandé aux présidents de CMEL si ceux-ci avaient des reclassements ou des changements de priorité à proposer compte tenu des avis défavorables qui avaient été émis. Si un poste demeure *in fine* en « avis défavorable », c'est parce que le choix a été fait de ne pas le faire remonter au détriment d'un autre poste. Il était loisible à chaque GH de sauver un poste jugé prioritaire, or, les GH n'ont pas souhaité modifier leurs priorités. Il estime qu'en l'espèce, le choix considéré n'est pas en contradiction avec certains choix de stratégie supra GH.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** ajoute que l'AP-HP ne s'inscrit pas dans une logique d'augmentation d'emplois.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** rappelle que la demande de titularisation d'un senior vise à accroître l'effectif médical, lorsque celui-ci est en souffrance. Par contre, on supprime deux postes d'attachés pour créer un poste de titulaire, ce qu'elle ne comprend pas puisqu'au contraire on paupérise.

**Le président** précise qu'il s'agit d'une logique purement financière.

**Le D<sup>r</sup> Nathalie de CASTRO** signale qu'elle voit, en regardant la liasse principale, un dossier assorti d'un avis défavorable alors qu'il avait fait l'objet d'un avis favorable en décembre. Elle juge inadmissible qu'un avis positif soit donné au praticien en décembre et un avis contraire un mois plus tard.

**Le président** ne croit pas que cette situation existe. Il assure y avoir pris garde. Après vérification, le président estime que ceux qui ont indiqué à la personne considérée qu'elle était « A » ont fait preuve de légèreté.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** suggère, pour trouver une solution, de puiser dans le vivier du personnel médical ou non médical « non soignant » (par exemple les directeurs) pour aider à trouver les 3 M€ manquants, puisque le personnel soignant, médical ou paramédical, est jugé indispensable pour la prise en charge des malades.

**M<sup>me</sup> Christine WELTY** note que plus de 50 postes de directeur d'hôpital ont été supprimés au sein de l'AP-HP depuis 2011 dernières années.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** précise que réaliser de l'efficacité sur le dos des attachés constitue une très mauvaise manière de procéder, car certains services ont besoin de ces professionnels pour des secteurs très spécifiques.

**Le président** propose de passer au vote, en rappelant que celui-ci consiste à exprimer un avis favorable ou défavorable à la liste que le directeur général présentera au directeur général de l'ARS.

*La révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2015 fait l'objet d'un vote favorable avec 15 voix pour et 25 abstentions. Aucune voix défavorable n'est exprimée.*

## **XII. Approbation du compte rendu de la réunion du 18 novembre 2014**

*Le compte-rendu de la réunion du 18 novembre 2014 est adopté sous réserve d'une modification dans la liste des membres présents.*

*La séance est levée à 13 heures.*

\*                    \*  
                         \*  
                         \*

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

**mardi 10 février 2015 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 28 janvier 2015 à 16 heures 30**