

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 11 MARS 2014**

**APPROUVE LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 13 MAI 2014**

SOMMAIRE

I.	Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME	6
II.	Information sur les postes DES au semestre d'été 2014	8
III.	Nouvelle organisation des urgences adultes en neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle et neuroréanimation : réforme de la « grande garde » en Île-de-France	11
IV.	Organisation des soins permettant d'éviter les hospitalisations traditionnelles	14
V.	Rapport d'activité 2013 et projets 2014 de la sous-commission <i>Structures et restructurations</i>	20
VI.	Point sur l'activité de l'AP-HP au 31 décembre 2013	21
VII.	Avis sur le plan d'équipement de l'AP-HP 2014	23
VIII.	Enquête de prévalence des infections nosocomiales	26
IX.	Questions diverses	28
X.	Approbation des comptes rendus des réunions des 12 novembre et 10 décembre 2013	29

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. *Informations émanant du président et de la vice-présidente de la CME (P^r Loïc CAPRON et D^r Anne GERVAIS)*
2. *Information sur les postes de DES au semestre d'été 2014 (M^{me} Marie GUERRIER, P^r Jean-Yves ARTIGOU)*
3. *Nouvelle organisation des urgences adultes en neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle et neuroréanimation : réforme de la « grande garde » en Île-de-France (P^r Jacques DURANTEAU)*
4. *Organisations des soins permettant d'éviter les hospitalisations traditionnelles (P^r René ADAM)*
5. *Rapport d'activité 2013 et projets 2014 de la sous-commission Structures et restructurations (P^r Gérard CHÉRON)*
6. *Point sur l'activité de l'AP-HP au 31 décembre 2013 (M^{me} Carine CHEVRIER)*
7. *Avis sur le plan d'équipement de l'AP-HP 2014 (M. Didier LE STUM)*
8. *Enquête de prévalence des infections nosocomiales (D^r Sandra FOURNIER, P^r Vincent JARLIER)*
9. *Questions diverses*
10. *Approbation des comptes rendus des réunions des 12 novembre et 10 décembre 2013*

SÉANCE RESTREINTE

Composition A

Point sur les publications d'emplois hospitalo-universitaires au titre de la révision des effectifs 2014

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^f Catherine BOILEAU
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le P^f Bruno CARBONNE
- M. le P^f Jean-Claude CAREL
- M. le P^f Pierre CARLI
- M. le P^f Gérard CHERON
- M. le P^f Yves COHEN
- M^{me} le P^f Isabelle CONSTANT
- M^{me} le P^f Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} le D^r Nathalie DE CASTRO
- M. le P^f Marc DELPECH
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. Mickaël FORTUN
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Noël GARABÉDIAN
- M^{me} le P^f Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M^{me} le D^r Louise GOUYET
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le P^f Bertrand GUIDET
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M^{me} le D^r Cécile HVOSTOFF
- M. Valentin JOSTE
- M. le D^r Matthieu LAFAURIE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M^{me} Laura LECHIEN
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. Julien LENGLET
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M. le P^f Jean MANTZ
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M^{me} le P^f Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M. Matthieu PICCOLI
- M^{me} Caroline PRADINES
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M^{me} Marion TEULIER
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^f Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^f Dominique VALEYRE

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. le P^f Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M. le P^f Jean-Michel SCHERRMANN, doyen de la faculté de pharmacie, Université Paris Descartes
- M. le P^f Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'Université Denis Diderot
- M. Olivier YOUINOÙ, représentant du comité technique d'établissement central
- M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents, les doyens :***
 - M. le P^f Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris Nord
 - M. le P^f Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie

- ***en qualité d'invité permanent, le responsable de la santé au travail :***
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
 - M^{me} Laure BEDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Sylvia BRETON, directrice adjointe à la direction médico-administrative
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
 - M^{me} Juliette TELLIER, directrice déléguée à la communication
 - M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

 - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet par intérim
 - M. Patrick CHANSON, conseiller en communication auprès du directeur général
 - M. Jérôme HUBIN, direction médico-administrative
 - M^{me} Florence VEBER, direction du service aux patients et de la communication

 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
 - M^{me} Nadia BENZEKRI, cabinet de la présidence de la CME

- ***Représentant de l'ARSIF :***
 - M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Philippe ARNAUD, Isabelle BADELON, Thierry BÉGUÉ, Stanislas CHAUSSADE, Thierry CHINET, Élisabeth DION, Ariane MALLAT, Philippe RUSZNIEWSKI, Michel ZÉRAH.
 - M. Jean-Michel DIÉBOLT

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence du P^r Loïc CAPRON.

I. Informations communiquées par le président et la vice-présidente de la CME

Le décret du 20 septembre 2013 prévoit que quatre représentants des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique siègeront désormais à la CME. L'assemblée est heureuse d'accueillir aujourd'hui M^{me} Marion TEULIER, étudiante en médecine, et M. Valentin JOSTE, étudiant en pharmacie. Le président recevra les quatre étudiants ensemble dès qu'ils seront tous nommés.

L'élection pour la désignation d'une seconde sage-femme au sein de la CME est en cours. Lors du premier tour, organisé le 14 février, il y a eu 257 votants sur 596 inscrits. Aucune des 10 candidates n'ayant obtenu la majorité absolue au premier tour, un deuxième tour aura lieu le 26 mars.

Le mouvement des sages-femmes se poursuit. Les propositions de M^{me} Marisol TOURAINÉ, ministre en charge des Affaires sociales et de la Santé, n'ont pas complètement satisfait les grévistes.

M^{me} Caroline PRADINES indique qu'à l'AP-HP, le mouvement évolue de façon très différente en fonction des sites. À Lariboisière, Bichat et Louis-Mourier, 80 % des sages-femmes participent à la grève. Certaines n'acceptent de travailler que sur assignation. De nouvelles actions devraient être discutées lors de l'assemblée générale, le jeudi 13 mars.

Le P^r Bruno CARBONNE précise que ce mouvement a pris fin dans certains hôpitaux. Les propositions du ministère de la Santé visent à reconnaître le statut médical des sages-femmes et prévoient une revalorisation de leur salaire.

Le P^r Serge UZAN confirme que, dans certaines maternités, les sages-femmes ont mis fin au mouvement, considérant que la reconnaissance d'un statut médical correspond à leurs qualifications et leurs attentes. La réflexion relative à l'évolution de leur salaire reste un autre enjeu important.

Les propositions du ministère constituent des avancées intéressantes. Elles prévoient que les sages-femmes puissent exercer des responsabilités dans le cadre de missions physiologiques. Elles ne remettent pas en cause le principe de la hiérarchisation de l'équipe en matière de formation et de responsabilités à exercer.

Le président affirme que ce mouvement a été évoqué lors de la conférence des présidents de CME des CHU de France. Il a été rappelé qu'en vertu du code de la santé publique, le personnel médical comprend les médecins, les odontologistes et les sages-femmes, trois corps de métiers astreints au secret médical. Quant aux pharmaciens, ils ne constituent pas une profession médicale et ne sont pas astreints au secret médical.

Le directeur général rappelle que des rencontres ont été récemment organisées avec les représentantes de la collégiale des sages-femmes cadres rappelle que des rencontres ont été récemment organisées avec les représentantes de la collégiale des sages-femmes cadres.

La direction de l'AP-HP n'a pas d'influence directe sur les discussions menées avec les pouvoirs publics au sujet du statut des sages-femmes et de leurs revendications salariales. En

revanche, l'institution doit s'impliquer pour valoriser la place des sages-femmes hospitalières. Les échanges ont notamment porté sur le besoin de reconnaissance exprimé au travers de ce mouvement. Celui-ci concerne non seulement le statut des sages-femmes, mais aussi leurs responsabilités, leur visibilité et leur capacité à porter des projets.

Il est significatif qu'aucune sage-femme ne soit présente au sein des effectifs du Siège, alors que l'AP-HP constitue le premier employeur de cette profession en France. Il est envisageable que des responsabilités puissent être confiées aux sages-femmes dans la réflexion menée au sujet de la périnatalité et l'organisation de la prise en charge des parturientes, notamment celle des femmes en situation de vulnérabilité. Leur participation peut également être envisagée dans l'élaboration du plan stratégique et la gouvernance de projets au sein de l'AP-HP.

Les avancées de l'AP-HP pourront avoir un impact positif sur l'ensemble du système de santé.

Le président annonce qu'il a été invité au bureau de la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers (CH) publics d'Île-de-France le 11 mars. L'objectif de ces contacts répétés depuis plus de deux ans est de renforcer les liens de l'AP-HP avec les CH de manière à créer un esprit de coopération réelle et confiante.

Le directoire s'est réuni le samedi 8 mars pour un échange sur le plan stratégique. La conception d'un livre vert, prévue pour la fin du mois de mars, servira de support à une large concertation. Le projet médical intègrera les contributions des collégiales et des groupes hospitaliers.

Le rapport de la commission centrale d'activité libérale pour l'année 2012 est disponible sur le site internet de la CME. La CME déplore le retard avec lequel ces rapports sont fournis, ce qui enlève beaucoup de leur intérêt. Le rapport ne fera pas l'objet d'une communication orale au sein de la CME.

La plateforme des urgences a décidé de mettre en place un groupe de travail pour suivre l'application des recommandations émises à la suite du rapport sur le décès survenu aux urgences de l'hôpital Cochin. Le président de la CME en fera partie. La réflexion du groupe portera notamment sur la prise en charge des patients après le tri effectué par les infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) et sur les investissements nécessaires à la rénovation des locaux au sein des services d'urgences, dans les hôpitaux où c'est nécessaire. Par exemple, les locaux de Cochin ont besoin de travaux pour faire face à l'augmentation du nombre des consultants après la restructuration des urgences de l'Hôtel-Dieu. L'informatique est une autre priorité. Les professionnels les plus jeunes ne sont pas toujours familiarisés avec URQAlet et la communication entre ce système et MediWeb est insuffisante.

La CME et les GH ont déjà beaucoup investi dans l'amélioration du premier aval, qui reste évidemment un sujet de réflexion et de progrès.

Le Parquet de Paris a ouvert une enquête pour éclaircir les causes du décès de la patiente des urgences de Cochin.

Le directeur général souligne qu'il s'agit d'une enquête préliminaire. Celle-ci vise à rechercher d'éventuels éléments susceptibles de poursuites judiciaires, au travers du rapport rendu public par l'AP-HP. À ce stade, aucune poursuite n'est engagée.

Dans le cadre de l'ouverture de cette enquête, l'institution s'est montrée particulièrement attachée au respect des procédures. Le bureau d'enquête et d'analyse de l'hôpital Cochin s'est rapidement mobilisé pour contribuer à la progression de l'enquête. Le président de la CME, ainsi que des membres de l'instance et des responsables des services d'urgences, ont apporté leur expertise, mais également leur soutien à l'équipe concernée. En cas de dysfonctionnement dans un service, le rôle de l'institution consiste à conforter les personnels et à les aider pour remédier à leurs difficultés. Il est souhaitable que l'ensemble de la communauté de l'AP-HP partage cette vision de l'éthique hospitalière.

Des recommandations ont été formulées par le les P^{rs} Loïc CAPRON, Pierre CARLI et Bruno RIOU, sur le fondement de l'enquête menée au sein de l'hôpital Cochin. Celles-ci mettent l'accent sur l'organisation du service d'accueil des urgences. La mise en œuvre des recommandations donnera lieu à des points d'étape réguliers. Au niveau de l'institution, celles-ci se traduiront dans les conférences budgétaires et l'élaboration du plan stratégique. Enfin, dans le cadre du bilan post-hivernal, un point sera réalisé sur le flux des urgences et ses conséquences sur l'organisation et les difficultés rencontrées au cours des six derniers mois. Durant cinq mois, le service des urgences de l'Hôtel-Dieu a fonctionné dans des conditions particulières, des enseignements en seront tirés afin de procéder à des ajustements.

Le D^r Patrick PELLOUX insiste sur les difficultés rencontrées par l'infirmière d'accueil et l'étudiant en médecine dans le contexte du décès survenu à l'hôpital Cochin.

Certains mots prononcés à la suite de ce drame sont inacceptables. Les salles d'attente de l'AP-HP ne sont aucunement des « salles d'attente de la mort ». Une telle expression constitue un outrage à l'institution.

Cette patiente était régulièrement suivie au sein de l'hôpital Cochin. Aucun rapprochement ne peut être établi entre son décès et la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu. Il arrive malheureusement que les services d'urgences soient confrontés à des dysfonctionnements.

Les efforts portant sur le dispositif informatique ne constituent pas une remédiation aux difficultés rencontrées. Les jeunes praticiens savent utiliser ce dispositif.

Par ailleurs, malgré les mesures récentes, la recherche de lits aux urgences reste difficile.

Enfin, même s'il n'est plus possible d'envisager la création d'une antenne des urgences de l'hôpital Cochin au sein de l'Hôtel-Dieu, de nouvelles idées peuvent permettre de valoriser vingt-quatre heures sur vingt-quatre cette surface située en plein centre de Paris.

II. Information sur les postes d'internes (DES) au semestre d'été 2014

Le P^r Jean-Yves ARTIGOU rappelle que l'augmentation du *numerus clausus* entraîne une augmentation du nombre d'internes à former. Cet accroissement devrait atteindre un plateau dans deux ans.

La commission d'agrément donne un accord à un service pour accueillir des internes. La commission de répartition, pour sa part, décide du nombre d'internes à y affecter sur proposition du coordonnateur de la discipline. Celui-ci se fonde sur des critères pédagogiques et universitaires et la commission tient compte des capacités de financement des postes.

Les groupes hospitaliers et les services interviennent dans le financement des postes. En revanche, ils ne jouent aucun rôle dans les suppressions de postes. C'est à la seule

commission de répartition sur proposition du coordonnateur que revient la possibilité de fermer un ou des postes d'interne dans un service.

Les commissions de répartition sont composées d'un doyen, de représentants de l'ARS, de représentants des internes, de représentants de l'hospitalisation publique hors AP et privée, du coordonnateur universitaire de la discipline et de deux représentants de l'AP-HP : le chef du bureau des internes, M^{me} Marie GUERRIER, et un membre du groupe CME des internes : le P^r Bruno CARBONNE pour la commission de chirurgie, le P^r Philippe ARNAUD pour la commission de la pharmacie et le P^r Jean-Yves ARTIGOU pour les autres commissions de médecine : médecine légale, médecine du travail, psychiatrie, spécialités médicales et DES de médecine générale.

La commission d'hiver est confrontée aux plus importantes variations, liées à l'accueil des promotions. La commission d'été procède habituellement à de simples ajustements en cours d'année.

En février, cela a globalement été le cas pour l'ensemble des commissions de répartition excepté pour la médecine générale. À la suite d'une erreur de prévision, l'agence régionale de santé a été amenée à demander la fermeture de 125 postes.

Dans ce contexte, une pression importante a été exercée sur l'AP-HP dont les services sont choisis en priorité. Cependant, les deux représentants de l'institution, Marie GUERRIER et Jean-Yves ARTIGOU ont maintenu une position ferme en limitant les fermetures aux 40 postes initialement prévus au lieu des cinquante demandés par la coordination, l'ARS et les représentants de centres hospitaliers. De même, 14 postes ont été fermés dans les SAU de l'AP-HP au lieu des 33 demandés.

Le groupe CME des internes mène une réflexion sur la formalisation écrite d'une procédure visant à anticiper les demandes de créations de postes. L'aspect pédagogique doit être l'élément prioritaire sinon exclusif dans la création des postes d'internes. Le groupe réfléchit à l'identification d'un budget centralisé qui permettrait de créer des postes dans des services n'ayant pas les moyens de les financer.

Le P^r Jean MANTZ remercie M^{me} Marie GUERRIER pour la qualité de sa communication et sa transparence dans la gestion du dossier.

Le président rappelle que l'événement indésirable grave d'ordre administratif survenu à l'hôpital Bichat a failli coûter neuf postes d'internes au GH HUPNVS. L'argument du retour à l'équilibre budgétaire relève de l'inconscience administrative.

Le P^r Benoît SCHLEMMER souligne que les doyens mènent une réflexion dans le cadre du comité de coordination des études médicales. L'ouverture des postes ne repose pas uniquement sur les demandes formulées par les coordonnateurs et sur les possibilités de financement. De plus en plus, elles tiennent compte de décisions ministérielles. Or celles-ci désavantagent l'Île-de-France au profit des régions.

À l'heure actuelle, les facultés de médecine d'Île-de-France forment 21 % des étudiants de second cycle à l'échelon national. Or seuls 18 % des postes d'internes leur sont affectés. En 2013, malgré le soutien exprimé par M. Claude ÉVIN, directeur de l'ARSIF, auprès du ministère de la Santé, les demandes de l'Île-de-France n'ont pas été entendues.

Cette situation pose problème aux chefs de service et contribue à un climat de tension entre les CHU et les autres hôpitaux. Une partie de la formation des internes est dispensée hors des CHU. Or ces hôpitaux extra-universitaires sont confrontés à des difficultés de fonctionnement.

De nombreux internes sont affectés dans des interrégions où la qualité de leur formation en médecine et en chirurgie n'est pas garantie. En comparaison, le potentiel de l'AP-HP n'est pas saturé.

Le P^r Jean-Luc DUMAS met l'accent sur le rôle de coordination du doyen et la qualité du partenariat noué entre l'ARS et l'AP-HP. Un focus est mis sur l'ajustement du nombre d'internes aux besoins démographiques et au potentiel de formation de l'Île-de-France.

Les difficultés observées cette année tiennent à la particularité de la conjoncture. Les postes de médecine générale ouverts en Île-de-France étaient trop nombreux par rapport à la capacité de formation. En novembre, l'Île-de-France a été confrontée à un déficit de recrutement des internes. De nombreux internes ont préféré partir en province. Enfin, les fluctuations saisonnières à l'approche de l'été nécessitent la fermeture de postes.

L'addition de ces phénomènes a amené l'agence régionale de santé à surestimer le nombre de fermetures envisagées.

Celles-ci ne se limitent pas aux services de l'AP-HP. Elles concernent également des hôpitaux généraux situés en couronne. Il est essentiel que leur répartition soit équitable pour éviter de défavoriser la fréquentation de ces établissements par les internes.

Le P^r Serge UZAN constate que les pouvoirs publics ont souhaité favoriser l'implantation d'internes dans des régions sous-dotées en médecins, mais en général également sous-dotées en lieux de formation. Or dans certaines régions, ceux-ci restent seulement six mois au sein d'un CHU.

Dans le contexte de la réflexion menée sur la réforme des DES, il convient de distinguer les deux objectifs constitués par la dotation financière des postes et les besoins des établissements.

M. Matthieu PICCOLI rappelle que l'AP-HP offre environ 450 postes pour les 1200 internes de médecine générale de l'Île-de-France et assure une formation prisée des internes de médecine générale, bien qu'il y ait toujours des efforts à faire dans le respect des deux demi-journées hebdomadaires de formation.

Par ailleurs, d'ici deux ans, l'augmentation du nombre de nouveaux internes autorisés à prendre leurs fonctions en Île-de-France devrait atteindre un plafond, avec 750 postes d'internes de médecine générale ouverts sur la région chaque année, il faudra donc trouver dans un avenir proche, des postes supplémentaires en commission de répartition, voire agréer de nouveaux services.

La commission de répartition des postes a été précédée par la réunion d'une pré-commission qui a proposé une répartition quasi-définitive. Or les représentants syndicaux des internes n'étaient pas conviés à cette pré-commission, alors que nous réalisons une évaluation des stages hospitaliers, en fonction de critères pédagogiques et proposons des fermetures ou ouvertures de postes sur ce critère de qualité de formation.

Les postes supprimés au prochain semestre ne suivent pas cette logique. Pire, beaucoup correspondent à des stages obligatoires de la maquette du DES de médecine générale, qui comprend au moins, entre autres sur les 6 semestres de notre DES, un stage en CHU, un stage d'urgence, un stage de pédiatrie et un stage de médecine adulte / gériatrie.

La maquette n'ayant pas été modifiée, il est regrettable que les postes supprimés correspondent à des stages obligatoires dans la maquette du DES de médecine générale, à l'AP-HP, au sein de services d'urgences et de gériatrie.

Les internes souhaitent que la tenue de la commission de répartition soit anticipée avec un partage des informations, souvent retenues et que les représentants syndicaux puissent participer à la pré-commission. Par ailleurs, ils demandent une réflexion de fond sur l'inadéquation entre les postes proposés et le nombre d'internes, cette inadéquation devant atteindre 50 postes supplémentaires selon eux.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne qu'un stage de six mois au sein d'un service d'urgences parisien constitue une possibilité de formation exceptionnelle. Il est donc regrettable que les responsables des enseignements en médecine générale en sous-estiment l'intérêt.

Toutefois, les urgences sont confrontées à la double nécessité de former des internes et de répondre aux besoins démographiques. En outre, de mi-juin à mi-septembre, la fermeture des cabinets de ville suscite une carence de l'offre de soins et un afflux de patients aux urgences.

Le président observe que les professeurs de médecine générale s'attachent surtout à former des médecins de ville.

M. Julien LENGLET constate que les contingents de médecins généralistes augmentent de façon importante, ce qui correspond aux souhaits exprimés par le ministère de la Santé. L'accent devrait plutôt être mis sur les effectifs d'internes de spécialités. Le repos réglementaire institué en chirurgie n'a pas de sens si les praticiens ne disposent pas du nombre d'internes nécessaires à la marche du service. En outre, l'augmentation des effectifs contribue à l'amélioration des conditions de travail.

III. Nouvelle organisation des urgences adultes en neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle et neuroréanimation : réforme de la « grande garde » en Île-de-France

Le président rappelle qu'à la demande de l'ARS, la « grande garde » de neurochirurgie a fait l'objet d'une réorganisation, mise en place au début du mois de février.

Le P^r Jacques DURANTEAU revient sur le cahier des charges établi en lien avec l'agence régionale de santé pour la mise en place de la PDSES de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle. Un guide élaboré par l'agence régionale de santé vise à expliquer ce fonctionnement aux SAMU et aux groupes hospitaliers. Les patients polytraumatisés sont exclus du champ.

L'organisation est scindée en deux niveaux, une PDSES de proximité et une PDSES régionale de recours.

La PDSES de proximité s'étend du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 21 heures. Dans le cadre d'un partenariat ou de la prise en charge d'un patient neurolésé en réanimation, ils peuvent être élargis à la nuit complète.

En ce qui concerne la PDSES de recours, la permanence est ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'objectif consiste à prendre en charge les urgences vitales et non vitales. Ces dispositions sont calquées sur l'organisation de l'ancienne « grande garde ».

Cette organisation entraîne une augmentation des astreintes le week-end et les jours fériés. La question d'un retour à la « grande garde » est donc posée. Selon le cahier des charges, « *en semaine après 21 heures, ainsi que le week-end et les jours fériés, il faut privilégier le centre de recours sans exclure la possibilité, dans le cadre de conventions, de se mettre en relation d'emblée avec le centre PDSES le plus proche* ».

Les engagements consistent à :

- mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES ;
- instaurer quotidiennement un coordinateur senior accessible, dont le numéro de téléphone doit figurer dans le répertoire opérationnel des ressources ;
- remplacer le contact unique avec un externe de garde par une possibilité d'appel direct du réanimateur en cas d'urgence vitale ;
- limiter les transferts et raccourcir les délais de prise en charge ;
- éviter les immobilisations des SMUR ;
- instaurer un « zéro refus ».

Les astreintes mobilisent un neurochirurgien senior, un interne, un neuroradiologue, un neuroréanimateur, une infirmière anesthésiste et un neuroradiologue interventionnel senior. Sur le plateau technique, le scanner et l'IRM doivent être disponibles 24 heures sur 24.

La mise en place du nouveau dispositif a été rapide. Le cahier des charges a fait l'objet d'une présentation à la fin du mois de septembre. L'instruction des dossiers a été menée en décembre.

Le P^r Michel ZÉRAH a pris contact avec les centres afin de recueillir leurs observations. Ceux-ci considèrent que la traçabilité des appels, jusqu'à présent transmis à l'externe, pose problème. La nouvelle organisation suscite un risque médico-légal majeur, même si la situation varie en fonction des sites. L'externe conserve dans certains cas une position de *back up*. Les appels sont ensuite transmis au senior, à moins qu'un service ne confie la réception des appels au SAMU.

Des efforts restent à effectuer pour la diffusion des informations et la mise en place de conventions. En pratique, l'instauration des nouveaux horaires se heurte à la situation de concurrence.

Les moyens humains sont restés constants. Le week-end, la plupart des groupes hospitaliers conservent le système de la « grande garde ». Les plateaux techniques se trouvent souvent à distance des blocs, ce qui retentit sur l'activité.

Selon l'accord conclu avec l'agence régionale de santé, un financement spécifique dans le cadre de la PDSES polytraumatisés est déjà intervenu au titre de 2013. La direction médico-

administrative (DMA) est chargée de répartir l'enveloppe aux centres qui prennent en charge les patients.

Au total, l'organisation reste à optimiser. Des inquiétudes s'expriment au sujet de la perte de traçabilité, l'absence de moyens supplémentaires et l'insuffisance de soutien au sein des groupes hospitaliers. Enfin, il convient de répondre au risque d'une concurrence de la part de l'hôpital Foch et de la Fondation Rothschild.

Une évaluation sera mise en place par l'agence régionale de santé et l'assistance publique. En cas de dysfonctionnements, une révision du dispositif sera mise en œuvre dans le délai d'un an.

Le D^r Michel DRU observe qu'au sein du groupe hospitalier Henri-Mondor, la « grande garde » bénéficie de la logistique fournie par le SAMU 94 facilitant la traçabilité des appels pour le service de neurochirurgie. La réflexion avait été anticipée. La transmission des informations concernant les patients nécessite d'être renforcée dans les autres centres de proximité.

Le P^r Christian RICHARD déplore une déclinaison insuffisamment précise des décisions. Antérieurement à la réorganisation, des contacts étaient déjà noués avec les équipes de neurochirurgie de l'hôpital Foch et de la fondation Rothschild. Dans le contexte de difficultés organisationnelles, les chirurgiens se montrent satisfaits de l'intégration de ces structures au dispositif.

Les médecins réanimateurs et les neurologues souhaitant adresser des patients aux équipes de neurochirurgie se heurtent encore à des difficultés. Il est inadmissible que leur interlocuteur reste l'étudiant hospitalier.

Enfin, l'organisation de la neurochirurgie reste complexe. L'articulation de l'urgence neurovasculaire et de l'interface avec la neurologie interventionnelle n'a pas été évoquée. Il est indispensable que l'AP-HP mène une réflexion à ce sujet.

Le P^r Jacques DURANTEAU constate que de nombreux patients atteints d'un anévrisme ou d'un problème ischémique cérébral sont adressés à l'hôpital Foch ou à la fondation Rothschild.

Le D^r Sophie CROZIER affirme que les besoins des médecins portent à la fois sur le diagnostic et la prise en charge thérapeutique. Il est regrettable que les neurochirurgiens, assurant des permanences 24 heures sur 24, ne soient pas associés à la réflexion. Au quotidien, les externes sont confrontés à une pression insupportable.

Le P^r Jacques DURANTEAU confirme que la prise en charge des patients cérébrolésés et la problématique ischémique sont prises en compte dans la réflexion.

Le D^r Patrick PELLOUX salue la nécessaire évolution de la « grande garde ». Bien que sa mise en place soit lente, un médecin senior peut désormais être contacté au téléphone en pleine nuit. Les SMUR ne sont plus confrontés à l'attente.

La concurrence exercée par l'hôpital Foch et l'hôpital Rothschild concerne notamment l'accueil de patients neurolésés. Ces établissements ont élargi le nombre de places en neuroréanimation et dans les unités de soins continus. L'AP-HP se doit d'être réactive.

M. Olivier YOUINOU fournit la position des personnels non médicaux sur l'évolution de la « grande garde ». Jusqu'à présent, le rôle des étudiants en médecine dans la permanence téléphonique suscitait des difficultés indéniables.

Quant à la concurrence d'autres établissements, celle-ci a été suscitée par la loi *Hôpital, patients, santé, territoires* (HPST), qui a institué la territorialisation de la prise en charge.

Le calendrier de la réforme a été respecté. Cependant, la réorganisation n'a pas été examinée au sein des instances locales alors qu'elle entraîne des répercussions dans l'organisation du travail. L'articulation entre la proximité et le recours n'est pas suffisamment claire. Les effectifs sont demeurés constants, notamment ceux des personnels paramédicaux durant la semaine.

Enfin, dans le contexte d'une concurrence extérieure accrue, il est nécessaire que la réflexion sur l'organisation mise en place après 21 heures se poursuive.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que la communication au niveau des services est restée insuffisante. Pour obtenir un avis, ceux-ci s'adressent à la neurologie de proximité, qui renvoie la demande à la neurochirurgie de garde. Il arrive alors que l'appel soit pris en charge par un externe. Des tests seraient nécessaires au cours de l'année sur la mise en œuvre de la réforme.

Le P^r Pierre CARLI souligne que la « grande garde » de neurochirurgie place l'assistance publique dans un système concurrentiel vis-à-vis d'autres établissements. L'institution, jugée sur la qualité de ses prestations de services, est incitée à examiner ses pratiques et à conduire des améliorations.

L'accessibilité constitue un problème majeur. Il est souhaitable de mener une réflexion sur l'instauration d'un point d'entrée et d'un dispositif communs à l'ensemble des services. L'une des problématiques concerne l'homogénéisation des critères d'admission en neurochirurgie. La procédure doit être unique, simple et facilement accessible afin de faire face à la concurrence. L'expérience menée par le SAMU du Val-de-Marne mérite d'être étudiée.

M^{me} Sylvia BRETON annonce que M. Jean-Michel DIÉBOLT a pris l'initiative d'une réunion associant les cinq présidents de CMEL et les cinq directeurs de groupes hospitaliers concernés. Un point sera effectué au sujet des dysfonctionnements et des solutions à envisager. En outre, un groupe de suivi pourra être mis en place.

IV. Organisation des soins permettant d'éviter les hospitalisations traditionnelles

Le P^r René ADAM présente la réflexion menée depuis un an par la sous-commission des *Structures et restructurations*.

Sur le plan réglementaire, le décret du 20 août 2012 a précisé les nouvelles obligations des structures alternatives à l'hospitalisation et la nécessité d'élaborer une charte de fonctionnement.

Depuis la fin des années 1990, le nombre de lits d'hospitalisation complète au sein des hôpitaux publics est en diminution.

En ce qui concerne l'évolution du nombre de lits par discipline, une certaine stabilité est observée pour les soins de suite et de rééducation (SSR). En revanche, les soins de longue durée (SLD), le MCO et la psychiatrie sont marqués par une tendance à la baisse.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan cancer, l'accent est mis sur la prise en charge ambulatoire. La Cour des comptes a souligné la nécessité de réaliser des économies par ce biais.

Pour le groupe de travail créé en octobre 2012, les objectifs consistaient à :

- aider les groupes hospitaliers à mieux identifier et mieux structurer leurs activités d'alternatives à l'hospitalisation ;
- accompagner l'élaboration des chartes de fonctionnement prévues par le décret ;
- organiser la procédure « d'agrément » des structures alternatives.

Des réunions thématiques ont permis la réalisation d'un état des lieux pour la chirurgie, l'oncologie et la médecine.

Selon le fichier descriptif des structures *Sirius*, plus de 500 structures alternatives sont des unités de gestion (UG), dont 7 % organisées en unités fonctionnelles (UF). Quant aux structures multidisciplinaires, celles-ci ne pouvaient pas être identifiées

La progression du suivi ambulatoire varie selon les disciplines. Dans le secteur de l'oncologie, un plan stratégique a été mis en place en 2009 par la commission cancer. La médecine accuse un certain retard, bien que des projets soient portés par les groupes hospitaliers. En chirurgie, un projet institutionnel est mis en œuvre depuis 2011. Le groupe de travail a formalisé des objectifs consistant à :

- instaurer des taux optimisés sur les 38 gestes marqueurs faisant l'objet de procédures de mise sous autorisation préalable (MSAP) ;
- substituer des actes en une et deux nuits et développer des actes innovants ;
- évoluer vers des structures dédiées (UCA) pour mettre fin à l'activité « foraine » ;
- favoriser le développement d'une recherche clinique et médico-économique.

Selon les données fournies par le fichier *Sirius*, 71 unités de gestion et 15 unités fonctionnelles sont comptabilisées. Un nombre de 24 véritables organisations sont recensées, dont 14 unités de chirurgie ambulatoire (UCA) et 6 unités satellites de chirurgie ambulatoire. Selon les sites on peut compter une à cinq unités de chirurgie ambulatoire.

Plus de 49 000 séjours en ambulatoire ont été réalisés en 2013, soit un quart de l'activité chirurgicale, dont 16% en unité de chirurgie ambulatoire et 9% en « forain ». Cinq sites (33 %) ont atteint la cible fixée par l'AP-HP. Le taux ambulatoire sur les gestes marqueurs s'établit à 66 %. Cependant, une disparité est observée suivant les sites. L'objectif fixé par l'assurance maladie s'établit à 85 %.

Les actes innovants se développent, qu'il s'agisse du traitement de l'incontinence urinaire, de l'ablation d'un adénome de la prostate par laser ou d'une appendicectomie.

Au total, des progrès considérables ont été effectués, mais la marge de progression reste importante. Contrairement aux idées reçues la pratique de la chirurgie ambulatoire est rentable, à condition que l'unité comporte au moins dix places.

Le regroupement des activités chirurgicales sans hébergement au sein d'une structure multidisciplinaire, recourant à des personnels et des locaux dédiés, doit être privilégié. L'implication commune des chirurgiens, des anesthésistes, des cadres et la direction est nécessaire. Le ressenti des patients est excellent.

L'optimisation de la structure de chirurgie ambulatoire est impactée par la localisation de l'UCA, son dimensionnement, le taux de rotation des patients et le système d'information. Un lien avec les autres activités ambulatoires, les consultations externes et les urgences est indispensable. L'accent est mis sur l'importance du rôle fédérateur du coordonnateur.

En outre, il est souhaitable que l'assistance publique instaure une charte de fonctionnement socle abordant le parcours des patients, la mise en place d'indicateurs qualité et l'harmonisation des pratiques

Enfin, l'application de la circulaire frontière pose la question du périmètre des activités de l'UCA et de leur valorisation.

En ce qui concerne l'oncologie, le champ des spécialités médicales couvre l'oncologie médicale, l'hématologie clinique adulte, l'immunologie clinique et l'hémato-immuno-oncologie pédiatrique. Sur le plan des structures, 55 unités de gestion relèvent d'une activité ambulatoire de cancérologie, 18 unités fonctionnelles sont recensées, dont cinq dédiées à l'activité d'hôpital de jour. Enfin, 44 services ou départements pratiquent une activité d'hôpital de jour en cancérologie d'organe.

Les 156 000 séjours dénombrés sont très majoritairement dédiés aux activités de chimiothérapies (76 %) et représentent 87 % des hospitalisations en oncologie au sein de l'AP-HP. La quasi-totalité (90 %) des chimiothérapies sont réalisées en hôpital de jour. Le regroupement des activités de chimiothérapie, fortement recommandé, favorise la qualité de la prise en charge et la rationalisation du circuit de délivrance des poches de chimiothérapie.

Ces regroupements, déjà très avancés dans les centres intégrés, doivent être mis en œuvre sur la base d'une masse critique suffisante. En conclusion, l'hôpital de jour d'oncologie doit appartenir à tous. Cette appropriation peut prendre la forme d'une plateforme multidisciplinaire, ouverte et partagée. La reconnaissance d'une activité du service d'origine du patient est essentielle. Un partage des charges doit être instauré. L'accent est également mis sur la gestion collégiale animée par un coordinateur.

Le développement de la médecine personnalisée et l'évolution rapide des prises en charge, en particulier pour les thérapies ciblées, sont des arguments forts. L'hôpital de jour doit constituer une zone d'échange entre les différents spécialistes d'organe.

Le recours à une plateforme a des répercussions positives sur les coûts, la sécurité et la recherche. À titre exceptionnel, la prise en charge des patients peut être organisée au sein de la discipline. Les soins de support peuvent être administrés au sein de la plateforme d'oncologie ou sur une plateforme dédiée fonctionnant à proximité.

L'hôpital de jour s'inscrit dans la construction du parcours anticipé et pluridisciplinaire du patient.

Enfin, les structures non compatibles avec les recommandations sont des structures monothématiques à faible activité.

S'agissant de la médecine, 195 000 séjours en hôpital de jour sont recensés, soit 53% des hospitalisations. Les hospitalisations de jour hors de l'hôpital de jour représentent 2 % des séjours. Les cinq principaux motifs de prise en charge sont le diabète, les suivis de greffe, les démences, le VIH et l'obésité.

La circulaire frontière impose, pour la tarification en hôpital de jour, des prises en charge avec une activité tracée dans le dossier médical, soit pluri-actes et pluridisciplinaire, ou nécessitant une surveillance particulière. À défaut, l'assurance maladie contraint les sites à restituer les recettes attribuées à tort.

Une balkanisation des structures est observée. En moyenne, celles-ci comportent à 4,8 places alors que deux structures disposent de 22 places au sein d'un même groupe hospitalier.

53 % des séjours ont lieu au sein d'un hôpital de jour. Chaque groupe hospitalier est incité à une réflexion sur l'adaptation des flux et des lieux d'accueil aux activités ambulatoires.

Des moyens financiers et humains doivent être accordés au développement de l'hôpital de jour. L'objectif consiste à établir une contractualisation avec l'ensemble des acteurs.

Les plateformes instituent un fonctionnement commun en matière d'accueil, de secrétariat, de système d'information et de programmation des examens.

Les volumes d'activité d'une structure et le niveau d'expertise des équipes déterminent une orientation mono ou pluri-thématique. Il est essentiel de développer des liens avec la ville, favorable à un accès direct au plateau médico-technique et aux services de spécialités.

La contractualisation avec le plateau technique constitue un enjeu important. Différents types d'organisation peuvent être envisagés, qu'il s'agisse d'une plateforme commune dédiée aux activités de l'hôpital de jour au sein d'un même pôle ou d'une plateforme d'activités commune à plusieurs pôles. Dans l'attente d'une restructuration, des unités éclatées d'hôpital de jour peuvent être maintenues. La coordination transversale au sein des pôles est indispensable.

En 2013, l'hôpital de jour a représenté 57 % des séjours au sein de l'AP-HP. L'institution comporte 344 structures d'hôpital de jour, contre 544 structures voici un an. Un véritable effort de réorganisation a été mené. Seules 29 % des structures atteignent la masse critique correspondant à plus de dix lits. La chirurgie reste le parent pauvre et la marge de progression reste importante.

Au niveau de chaque groupe hospitalier, le nombre de structures et de places a pu être identifié. La médecine parvient en tête mais des efforts de restructuration restent à réaliser.

Les équipes manifestent une forte volonté de développer la dynamique de l'hôpital de jour, ce qui suppose une évolution des pratiques médicales. La difficulté à trouver des bâtiments communs est souvent mise en avant. Un aménagement multipartite est nécessaire.

Les efforts de structuration ont prioritairement porté sur la chirurgie, celle-ci reste plus limitée en cancérologie et en médecine. L'enjeu pour l'AP-HP est considérable puisque celui-ci représente 25 % de l'activité chirurgicale, 87 % de l'activité de cancérologie et 53 % de l'activité en médecine. Excellence et rentabilité ne sont pas incompatibles.

L'hôpital de jour s'ouvre à la domomédecine. Il s'agit de permettre au patient de transmettre, depuis son domicile et sur un serveur, des données relatives à sa température, son poids corporel et ses symptômes. Les consultations à distance pourront ainsi prévenir la survenue d'une hospitalisation.

Le président remercie le P^f ADAM et la sous-commission des structures pour la qualité du travail et souhaite qu'un travail identique soit mené pour les hôpitaux de semaine. Il souhaite aussi savoir ce que pense la sous-commission de services entièrement dédiés à la chirurgie ambulatoire, dirigés par un chef de service, comme le projet de l'hôpital Cochin.

Le P^f René ADAM estime que l'instauration de « services » de ce type ne lui paraît pas nécessaire. Chaque discipline chirurgicale accorde une place variable à la chirurgie ambulatoire. La conception de structures isolées coupées des disciplines chirurgicales qui les alimentent n'est pas recommandée. Un chef de service ne peut pas être spécialiste de plusieurs disciplines. Une UCA peut bien sûr être multidisciplinaire avec un coordinateur mais il s'agit davantage d'une plateforme ouverte que d'un service à part entière.

Le directeur général, M. Martin HIRSCH demande si le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) peut avoir un impact positif sur la progression de la prise en charge ambulatoire.

Le P^f René ADAM affirme que celui-ci favorisera le suivi des patients à domicile. L'hôpital de jour sera mieux accepté et plus organisé.

Le P^f Serge UZAN observe que la situation varie d'un site à l'autre. Il propose qu'un rapport annuel puisse valoriser les expériences menées au sein de l'AP-HP.

Un service voué à la seule chirurgie ambulatoire, dirigé par un chef de service spécifique, constituerait une erreur. L'hôpital de jour doit constituer une plateforme à la disposition de tous.

Enfin, une combinaison peut être instaurée entre la domomédecine et l'hospitalisation conventionnelle afin de renforcer le suivi des patients à domicile. Des études médico-économiques, telle l'analyse menée au sein de l'hôpital Saint-Antoine, montrent que la satisfaction des patients progresse. Le suivi des patients et l'évaluation de la qualité des soins pourront favoriser l'amélioration des pratiques.

Le P^f René ADAM souligne que la réussite du dispositif repose sur la motivation des équipes.

Le D^r Nathalie DE CASTRO remarque que le développement de la prise en charge ambulatoire vise notamment à réaliser des économies. En périphérie, les autres services de médecine contribuent à la qualité de cette prise en charge. Le système n'est pas adapté à l'ensemble des situations et doit conserver une certaine souplesse.

Enfin, la circulaire frontière permet une codification efficace dans le domaine des maladies infectieuses. Cependant, la moitié des hôpitaux de jour proposant des consultations d'urgences ne sont pas considérés comme des hôpitaux de jour.

Il est nécessaire que l'AP-HP définit un niveau de prise en charge intermédiaire entre la consultation et l'hôpital de jour. Dans le secteur de la médecine, l'accent doit être mis sur l'importance du plateau technique pour améliorer le processus de diagnostic et de soins.

Le D^r Sophie CROZIER observe que la prise en charge ambulatoire est diversement adaptée aux besoins des patients. Par ailleurs, leur information au sein de l'hôpital de jour reste insuffisante. Des malades reviennent fréquemment aux urgences du fait de complications. L'instauration d'indicateurs de qualité permettrait de mesurer le nombre de consultations aux urgences à l'issue d'une hospitalisation de jour.

Par ailleurs, la pression exercée pour favoriser l'hospitalisation de jour incite à la prescription d'examen complémentaires qui ne sont pas toujours justifiés.

Enfin, des moyens humains sont nécessaires pour accompagner les patients dans des conditions optimales.

Le P^r René ADAM souligne toute l'importance d'un contact téléphonique avec le patient au lendemain de l'hospitalisation de jour.

Le président rappelle que la qualité et la sécurité des soins doivent demeurer au cœur des préoccupations.

Le D^r Julie PELTIER constate que certains patients, hospitalisés en néphrologie, éprouvent des difficultés à respecter les recommandations liées à la régulation de la boulimie et au contrôle tensionnel. L'identification de structures alternatives à l'hospitalisation est difficile. Le suivi quotidien des patients au sein d'une structure ambulatoire intermédiaire permettrait de réaliser des économies substantielles, à condition de maintenir un personnel suffisant au sein de l'hôpital de jour.

Le P^r Bernard GRANGER observe que les premières unités de jour ont été créées en psychiatrie après la seconde guerre mondiale. Elles donnent lieu à une tarification particulière. Il serait sans doute souhaitable d'isoler les structures ambulatoires de psychiatrie, comme pour le SSR.

Le P^r René ADAM estime qu'une telle évolution est intéressante, sous réserve de sa possible réalisation.

Le D^r Patrick PELLOUX plaide en faveur de la création d'une structure intermédiaire entre la structure ambulatoire, l'hospitalisation de jour et la consultation aux urgences. Actuellement, certains malades, à l'issue de leur séjour, n'ont d'autre alternative qu'un retour aux urgences les plus proches de leur domicile.

Le P^r René ADAM souligne que chaque service doit organiser le suivi des patients à l'issue de leur hospitalisation de jour. Ce système est préférable à une structure intermédiaire sans identification.

Le P^r Bertrand GUIDET souhaite que le lien entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile soit organisé en amont. Le service d'urologie de l'hôpital Tenon s'implique dans ce domaine pour la chirurgie de la prostate, ce qui favorise l'augmentation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Le P^r Jean-Claude CAREL observe que la plupart des structures d'hospitalisation de jour recourent encore à des supports papier pour leur organisation (rendez-vous, consultations, examens complémentaires). La composante logistique et la mise à disposition d'outils de programmation intégrés constitue la clé de voûte de l'optimisation de l'organisation.

V. Rapport d'activité 2013 et projets 2014 de la sous-commission Structures et restructurations

Le P^r Gérard CHÉRON rappelle que les propositions approuvées par chaque CMEL sont considérées *a priori* comme validées, et transmises pour avis au président de la CME, à l'exception des situations suivantes :

- l'absence de consensus local ;
- la vérification de la conformité à des dispositions réglementaires spécifiques ;
- les projets supra ou inter groupes hospitaliers ;
- les projets en lien avec des plans institutionnels ou nationaux ;

qui donnent lieu à une instruction par la sous-commission des structures qui statue également sur les projets de création ou de modification de pôles.

En 2013, douze réunions ont été organisées, dont sept consacrées aux révisions de structures. Les avis relatifs aux créations, modifications et suppressions de structures ont concerné :

- Pôles : 52 révisions dont une création, deux suppressions et 49 modifications ;
- Structures internes : 124 révisions de services et départements, dont 30 créations, 24 suppressions et 70 modifications.

Par ailleurs, la sous-commission a travaillé à la création de la coordination régionale de pharmacovigilance (CRPV). Un avis a été rendu par la CME le 17 juin 2013.

Un groupe de travail a porté sa réflexion sur l'organisation des structures alternatives à l'hospitalisation.

Des propositions ont été énoncées en vue d'optimiser l'organisation des activités de greffes cardiaques et d'assistance circulatoire à l'AP-HP. Les comparaisons internationales n'incitent pas à réduire le nombre de centres de transplantation cardiaque.

Les projets de la commission pour 2014 portent sur :

- la réalisation d'un bilan de l'organisation des blocs opératoires ;
- le suivi des projets de réorganisation des hôpitaux de jour ;
- la mise en œuvre d'un bilan du fonctionnement des fédérations ;
- la poursuite d'une réflexion sur le contour des pôles ;
- l'organisation des plateformes multidisciplinaires.

Le P^r Bertrand GUIDET rappelle que la gouvernance et le fonctionnement des blocs opératoires se caractérisent par une grande hétérogénéité. Divers modèles sont envisageables. Un état des lieux est indispensable.

Le P^r Gérard CHÉRON précise qu'un rendez-vous est prévu le 18 mars prochain pour organiser le bilan par GH à réaliser d'ici l'été sur ce point, en lien avec le groupe de travail piloté par la direction du pilotage de la transformation.

VI. Point sur l'activité de l'AP-HP au 31 décembre 2013

M^{me} Carine CHEVRIER présente la synthèse de l'activité en volume et en recettes pour l'AP-HP en 2013.

1- ACTIVITÉ :

Hospitalisation complète :

Au global, l'hospitalisation complète enregistre un total de 600 000 séjours, soit une baisse de 2 351 séjours par rapport à l'année 2012 (- 0,4 %). Cette diminution est particulièrement marquée en chirurgie (- 1,3 %) tandis qu'une hausse est constatée en médecine (+ 1 %) et en gynécologie-obstétrique (+ 1,9 %).

Concernant l'activité par GH, la comparaison est faite par rapport à la cible contractualisée et non par rapport à l'activité de l'année n-1. Certains GH ont enregistré une décroissance comme HUPNVS, HUPC, HUPS, mais ce constat s'explique et a été partagé et documenté avec les GH.

Hospitalisation partielle :

En ce qui concerne l'hospitalisation partielle, 613 000 séjours ont été recensés, soit une hausse de + 2,3 %. La tendance est particulièrement forte pour l'hôpital de jour (+ 3,2 %), les séances (+ 1,1 %) et la chirurgie ambulatoire (6 %). Cependant, un écart est enregistré par rapport à la cible contractualisée.

Plusieurs groupes hospitaliers accusent un écart correspondant à une fourchette de 0 à 1 500 séjours par rapport à la cible.

Urgences :

On constate une stabilisation du nombre de passage aux urgences par rapport à 2012. Cependant, les urgences adultes connaissent un recul correspondant à - 8084 passages par rapport à la cible. En revanche, une progression (+ 5 345 passages) est observée pour les passages en pédiatrie. Pour la Pitié-Salpêtrière, il est à noter un effet périmètre qui perturbe la lecture des données puisque les urgences d'odontologie ont été exclues du champ.

Le taux de transfert connaît une amélioration (13,4 %). Toutefois, la situation varie en fonction des groupes hospitaliers. Le taux de transfert des personnes âgées de plus de 75 ans s'établit à 11,7 %.

Les consultations externes enregistrent une augmentation de + 0,5 % par rapport à 2013 et s'élèvent à 5 millions.

Hospitalisation à domicile : on constate une stabilité avec 274 179 séjours enregistrés en 2013.

L'obstétrique est marquée par une augmentation régulière. En 2013, 38 000 accouchements ont été réalisés au sein de l'assistance publique, soit une hausse de 1 238 accouchements par rapport à 2012.

2- RECETTES :

En matière de recettes, les évolutions varient fortement suivant les groupes hospitaliers. Le groupe hospitalier Henri-Mondor et le groupe hospitalier Saint-Louis-Lariboisière dépassent l'objectif fixé, alors que le groupe hospitalier HUPC enregistre un écart (- 8 M€) par rapport à la cible, lié aux transformations structurelles de l'Hôtel-Dieu.

Les groupes hospitaliers Robert-Debré et Paris Sud accusent un retard par rapport à la cible même si une augmentation est constatée par rapport à l'année précédente. Cet écart s'explique en particulier par un effet substitutif de patientèle (AME).

Au total, un écart correspondant à - 7,7 M€ est enregistré par rapport aux recettes attendues. Les recettes enregistrent une hausse correspondant à + 46 M€ par rapport à 2012.

Malgré le contexte de la baisse des tarifs, les recettes liées à l'assurance maladie enregistrent une hausse (+ 2 %). Cette situation résulte de la professionnalisation des pratiques de codage et d'une évolution du PMCT.

Concernant les évolutions par spécialité comparées à l'année 2013, **M^{me} Dominique MANACH** constate que l'hématologie clinique adulte et les pathologies de gastroentérologie progressent, qu'il s'agisse de l'hospitalisation partielle ou de l'hospitalisation complète.

L'hospitalisation partielle en rhumatologie est marquée par une dynamique très positive alors que l'hospitalisation complète accuse un retrait. L'oncologie médicale enregistre une hausse dans les deux secteurs. La chirurgie ORL accuse une baisse importante. Celle-ci résulte notamment du transfert depuis l'hôpital Beaujon vers la Pitié-Salpêtrière.

En chirurgie viscérale, l'hospitalisation partielle est marquée par une bonne dynamique. Un bon report entre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle est observé en ophtalmologie.

Le directeur général, M. Martin HIRSCH fournit des tendances issues des données consolidées pour 2013. Les résultats financiers de l'assistance publique sont supérieurs aux prévisions et meilleurs qu'en 2012. Le déficit courant correspond à 60 M€, contre 80 M€ l'année précédente. Le déficit des comptes consolidés s'établit à - 8 M€ et tient compte des opérations exceptionnelles. L'institution vise l'équilibre en 2016.

L'activité connaît une légère croissance (0,3 % à 0,4 %). L'hospitalisation complète a enregistré une activité faible. Quant à l'hospitalisation partielle et la chirurgie ambulatoire, elles sont en croissance.

L'augmentation des charges est plus rapide que l'activité.

Des compensations ont été apportées en fin d'année à l'aide médicale d'État (AME). En outre, la baisse des tarifs, atténuée en fin d'année par un dégel, s'est avérée inférieure aux prévisions.

La capacité d'autofinancement dégagée en 2013 s'établit à 320 M€. d'euros. Le tiers de cette enveloppe a été investi dans l'acquisition de petits équipements médicaux.

Le D^r Nathalie DE CASTRO constate que la baisse enregistrée pour l'hospitalisation complète se limite à - 0,4 %. Il serait souhaitable de confronter l'évolution de l'activité au personnel présent et à l'évolution du nombre de lits. La charge de travail lui semble identique.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que des mouvements de substitution ont été enregistrés. En outre, les pratiques évoluent. Elle note alors que le volume d'activité enregistre une hausse de + 0,8 %, la masse salariale globale connaît une augmentation de 2,1%.

Les comptes définitifs feront l'objet d'une présentation lors d'une prochaine réunion de la CME.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que, dans certains cas, la cible définie par les groupes hospitaliers s'avère inatteignable. D'autres groupes hospitaliers se montrent plus prudents et dépassent l'objectif. Par conséquent, l'écart à la cible ne constitue pas forcément un critère d'évaluation pertinent.

Le président exprime un avis analogue.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que l'atteinte de la cible permet de mesurer la qualité du dialogue de gestion interne aux GH. La plupart d'entre eux atteint la cible.

Le P^r Paul LEGMANN observe que les hôpitaux universitaires de Paris Centre accusent un déficit. À l'Hôtel-Dieu, des activités sont maintenues à effectifs constants. Il était prévu que les comptes de l'Hôtel-Dieu puissent être distingués de ceux de l'hôpital Cochin.

Le directeur général confirme que cette opération comptable sera effectuée.

Le P^r Bernard GRANGER constate que la psychiatrie ne figure pas dans la présentation des différentes disciplines. Or, c'est en psychiatrie que le taux d'hospitalisation hors AP-HP est le plus important, pour deux raisons principales. D'une part, les patients nécessitant une hospitalisation sous contrainte sont souvent admis au sein d'hôpitaux de secteur qui ne relèvent pas de l'AP-HP. D'autre part, la suppression de lits dans cette discipline est considérable et le taux d'occupation des lits de psychiatrie est très élevé dans les différents services de l'AP-HP. Il est regrettable que de nombreuses hospitalisations ne puissent pas se faire à l'AP-HP, ce qui améliorerait la qualité des soins. L'agence régionale de santé mène une réflexion sur la capacité d'accueil en psychiatrie au sein de l'AP-HP.

Le D^r Dominique MANACH rappelle que la psychiatrie ne relève pas du secteur MCO et ne figure donc pas dans l'analyse par spécialité. La discipline est traitée dans un autre champ puisque les modalités de financement sont différentes et relèvent dotation annuelle de financement (DAF).

Le D^r Patrick PELLOUX fait part de l'arrivée sur Paris de centres de santé privés créant des structures d'urgences. Il semblerait que leur objectif consiste à drainer des patients vers leur offre propre, notamment en traumatologie. Il convient de porter toute l'attention nécessaire à cette évolution.

VII. Avis sur le plan d'équipement de l'AP-HP 2014

M. Didier LE STUM rappelle que, depuis 2012, le plan d'équipement est composé de 4 parties. Les dotations de remplacement, dont les montants ont doublé en 2013 par rapport à 2012 et sont reconduits pour 2014. Les opérations transversales qui font l'objet d'un pilotage

central en collaboration avec les collégiales concernées. Un financement est également consacré à l'accompagnement des suites à travaux et opérations restructurantes. Enfin, un important travail de renouvellement des équipements lourds a été débuté en 2013 et se poursuit sur 2014.

Pour l'année 2014, le cadrage DEFIP s'élève à 100 M€ de crédits de paiement, avec un montant disponible de 62,3 M€ compte-tenu de l'impact sur l'année 2014 des projets lancés en 2013. Compte tenu des calendriers des opérations retenues, ceci permet une ouverture de nouvelles autorisations d'engagement à hauteur de 99,6 M€. La méthodologie employée reste identique avec le recueil des besoins et une phase d'échanges avec les GH.

En 2014, les dotations de remplacement seront pérennisées à hauteur de 36 M€ pour les opérations hors groupes hospitaliers. Des opérations transversales, portant sur l'acquisition d'armoires sécurisées et de matériel d'endoscopie, sont en cours.

Un accompagnement sera fourni pour les opérations restructurantes, comme par exemple les suites des travaux menés au sein de l'hôpital Avicenne ou Robert Debré. En outre, une enveloppe de 42 M€ est prévue pour les équipements lourds, dont 17 M€ pour la radiothérapie.

Une enveloppe complémentaire de 20 M€ a été octroyée à l'AP-HP pour l'amélioration de l'équipement. Un tiers de la dotation sera dédiée à l'hébergement et deux tiers affectés aux équipements médicaux.

Au total, en 2014, 120 M€ seront consacrés aux opérations nouvelles. En tenant compte des reports issus des années précédentes, l'enveloppe consacrée aux investissements mobiliers atteindra 157 M€.

Le P^r Guy SEBAG déplore le retard pris par l'assistance publique en matière d'équipements et de travaux. Selon les estimations fournies par la DMA, le taux global de vétusté atteignait 74 % en 2013. Il correspond à 97 % pour le matériel de bureau, 84 % pour le monitoring, 80 % pour l'échographie, 77 % pour les laboratoires, 73 % pour les blocs, 68 % pour la réanimation et l'anesthésie, 68 % pour l'endoscopie et 74 % pour l'hébergement et la restauration.

Il est urgent de renforcer les investissements destinés à l'équipement et aux travaux

Le directeur général souligne que pour les trois dernières années, le montant consacré aux investissements pour les équipements courants, correspondait à 50 M€ par an. Cette année, il atteint 120 M€. L'AP-HP opère un rattrapage. L'activité nourrit la capacité d'autofinancement. L'AP-HP se doit de cerner des marges de manœuvre en interne. Des éléments de réponse pourront être définis dans le plan stratégique.

Le P^r Guy SEBAG souhaite que l'écart entre les cibles et les réalisations en matière d'équipement et de plan d'amortissement soit mesuré et analysé de façon pluriannuelle.

Le P^r Paul LEGMANN se félicite de l'augmentation des crédits d'équipements. Cependant, une partie des équipements lourds ne sont pas encore installés du fait de travaux. Il conviendrait d'instaurer un lien entre la commission chargée des travaux et celle chargée des équipements.

Par ailleurs, la rentabilité d'un équipement lourd diminue à l'issue de quelques années. Le forfait technique accuse une baisse de 50 %. L'AP-HP a tout intérêt à entretenir son parc pour maintenir les recettes tirées des activités externes.

M. Didier LE STUM observe que ces deux commissions mènent un travail commun qui permet une mise en œuvre plus rapide des opérations. L'existence d'une programmation pluriannuelle, sur trois années, est de nature à faciliter les anticipations, et donc accélérer les réalisations. Le critère de la vétusté de certains équipements, comme l'imagerie, est pris en compte dans le plan de renouvellement des équipements, avec l'impact que cela peut avoir sur les recettes.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que les budgets de travaux et les budgets d'équipements sont élaborés de manière synchronisée. S'agissant des IRM, un système de location de matériel a été mis en place depuis 2013. Enfin, il convient de prendre en compte la capacité de portage et la faisabilité du déploiement au sein de l'AP-HP. Certains crédits alloués n'ont pas été consommés.

Le D^r Guy BENOIT précise que la valeur du parc au sein de l'assistance publique correspond à 1,6 M€. L'enveloppe allouée dans le cadre du plan d'équipements correspond à un montant de 100 M€ à 157 M€. Le remplacement du parc s'étendra sur dix à quinze ans alors que les technologies nouvelles sont particulièrement coûteuses. L'effort mené devra être considérable.

M. Didier LE STUM observe que le taux de vétusté constitue une moyenne. Celle-ci masque des situations très disparates. Des compléments seront fournis pour des innovations telles que la radiothérapie. L'analyse doit être détaillée et prendre appui sur les compétences locales.

Le président souhaite avoir l'avis du D^r Guy Benoit, en sa qualité de président de la sous-commission *Activité-ressources* de la CME, afin de disposer de consignes de vote sur ce point.

Le D^r Guy BENOIT estime que l'effort est indéniable et doit être encouragé. Il serait souhaitable de déterminer l'écart entre la somme des demandes exprimées par les groupes hospitaliers et le plan d'investissements.

Le P^r Guy SEBAG souhaite que, dans une situation de sous-exécution, le budget puisse être renforcé.

Le président demande que des mesures encore plus efficaces soient mises en œuvre pour éviter cette sous-exécution.

Le P^r René ADAM insiste sur le retard de l'AP-HP en matière d'accueil et d'équipements. Celui-ci contribue au renforcement du secteur privé, qui accueille 60 % des malades opérés en Île-de-France. L'amélioration de l'équipement constitue un véritable investissement pour l'avenir.

Le vote a lieu à bulletins secrets. Sur 57 votants, le plan d'équipement de l'AP-HP 2014 recueille 42 voix favorables, 5 bulletins blancs et 10 contre.

VIII. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales

Le D^r Sandra Fournier indique que près de 2 000 établissements ont participé à l'enquête nationale menée en 2012. L'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP y ont pris part, ce qui correspond à quelque 17 000 patients. Cette participation témoigne du dynamisme des équipes d'hygiène et du réseau mis en place avec des correspondants hygiène au sein de chaque service.

Au sein de l'AP-HP, 38 % des patients étaient atteints d'une pathologie considérée comme fatale dans l'année ou dans les cinq ans à venir. En comparaison avec la cohorte considérée au plan national, les patients de l'AP-HP sont atteints de maladies plus sévères : 15 % des malades sont immunodéprimés, 15 % d'entre eux sont atteints d'un cancer, et 36 % sont équipés d'un dispositif invasif, porte d'entrée pour les infections nosocomiales.

Le jour de l'enquête, 20 % des patients de l'Institution sont traités par antibiotiques, contre 17 % au plan national. En chirurgie, cette prescription concerne près d'un tiers des patients et 57 % en réanimation. La médiane en court séjour est à 28 %. Au sein des hôpitaux Saint-Louis, Necker, Avicenne et EGP, le taux se situe au-dessus de la médiane. La prévalence des infections nosocomiales correspond à 7,8 %, soit 1 300 patients infectés. Au plan national, 23 % des patients en réanimation sont infectés contre 34 % dans les hôpitaux de l'AP-HP. En chirurgie, le taux s'établit à 6 % au niveau national, contre 11 % au sein de l'institution.

Les infections les plus fréquentes sont les pneumopathies nosocomiales, les infections urinaires et les bactériémies.

Par rapport aux résultats de l'enquête menée en 2006, la population considérée comporte un nombre supérieur de patients âgés de plus de 85 ans. En outre, le taux de patients avec un dispositif invasif atteint 37 %, contre 34 % en 2006. Le taux de patients sous antibiotiques est passé de 19 % à 21 % avec une évolution de 28 % à 31 % en chirurgie, et de 48 % à 57 % en réanimation.

Le taux de patients atteints d'infections nosocomiales atteint 7,6 %, contre 7 % en 2006. En revanche, cette tendance significative ne concerne pas les patients présentant une infection acquise dans l'hôpital. Celle-ci a pu être contractée hors de l'établissement.

En 2006, 26 % des patients en chirurgie étaient atteints d'une infection nosocomiale, contre 34 % en 2012. En chirurgie, ce taux a évolué de 9 % à 11 %. S'agissant des longs séjours, il est enregistré une baisse de 4 % à 3 %.

En ce qui concerne les résistances des bactéries aux antibiotiques, une baisse de 38 % a été enregistrée pour les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM). En revanche, pour les entérobactéries résistantes aux céphalosporines de troisième génération, dont les BLSE représentent les deux tiers, le taux de résistance a évolué de 15 % à 31 %.

Cette enquête permet de sensibiliser l'ensemble des personnels et incite à orienter les futures actions dans certains domaines, comme la chirurgie et la réanimation. Un contact sera pris avec les collégiales de chirurgie et de réanimation.

Enfin, cette enquête conforte les axes prioritaires élaborés dans le cadre du programme mis au point par la commission Qualité et Sécurité des Soins de la CME, visant à maîtriser la diffusion des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques. Celui-ci met l'accent sur la

nécessaire diminution de la consommation d'antibiotiques. La formation des soignants à la gestion des excréta s'avère essentielle. Il serait indispensable que chaque service soit équipé de lave-bassins.

Il convient également de porter les efforts sur la diminution du recours aux dispositifs invasifs, la réalisation de frictions hydro-alcooliques avant et après chaque contact avec le patient, et sur le bon usage des antibiotiques.

Le P^r Christian RICHARD tient à remercier les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et les équipes médico-soignantes pour leur implication dans cette enquête.

Les groupes hospitaliers font preuve d'une motivation majeure, comme en témoigne la diminution de l'incidence du SARM. En revanche, celle des entérobactéries suscite de l'inquiétude. En outre, une augmentation de l'incidence des infections acquises à l'hôpital et de la consommation d'antibiotiques est observée au sein de l'Assistance Publique.

En ce qui concerne la réanimation, il convient d'analyser les résultats de manière plus fine, en regard du *case mix* des malades. S'agissant de la chirurgie, chaque praticien exprime une hantise vis-à-vis des infections acquises en milieu opératoire. La démarche de santé publique menée par le CCLIN et les équipes opérationnelles d'hygiène est préventive. Cependant, l'incidence de ces infections est difficile à évaluer de manière précise. Une poursuite de la réflexion est souhaitable.

Le D^r Vincent JARLIER rappelle qu'environ 50 000 cas d'infections nosocomiales sont recensés chaque année au sein de l'AP-HP, dont 10 000 infections respiratoires, 5 000 infections du site opératoire et 5 000 bactériémies liées aux dispositifs intravasculaires.

Or les risques liés aux dispositifs invasifs sont en grande partie évitables. L'implication du personnel non médical joue un rôle important. En ce qui concerne les antibiotiques, le médecin libéral prescrit ces médicaments pour une certaine durée. En comparaison, le médecin hospitalier effectue la prescription sans prévoir leur arrêt. Des efforts peuvent être menés dans ce domaine.

Enfin, il convient de mettre l'accent sur une meilleure gestion des excréta. Une enquête diligentée en lien avec la direction des soins infirmiers fournit des informations sur l'état actuel de la prise en charge dans les services. La problématique porte notamment sur la transmission des bactéries digestives multirésistantes et des virus digestifs émergents.

Le P^r Yves COHEN souligne l'implication des équipes vis-à-vis de l'explosion des entérobactéries multirésistantes et l'augmentation des BMR. En réanimation, la surveillance n'était pas encore continue en 2006. Entre temps, le taux d'antibiothérapie a fortement augmenté.

Le D^r Sandra FOURNIER indique que les deux enquêtes ont tenu compte des lits de réanimation et non des lits de soins continus. En revanche, aucun ajustement n'a été opéré en fonction des facteurs de risques, comme l'immunodépression.

Le directeur général demande si la CME considère comme un but stratégique l'atteinte d'un taux d'infections nosocomiales comparable à celui des autres hôpitaux dans les cinq années à venir.

Le président confirme.

Le D^r Julie PELTIER insiste sur les efforts d'éducation à effectuer en matière de gestion du matériel tel que les stéthoscopes et les blouses.

La gestion des excréta dans les chambres doubles ou triples peut amener à la fermeture de lits proches du patient isolé, ce qui impacte l'activité.

Le président souhaite une présentation à la CME sur la gestion des excréments dans nos hôpitaux.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que ce type d'enquête se heurte à des problèmes méthodologiques. Celles-ci ne fournissent pas d'indication sur les malades occupant des lits de réanimation ou de surveillance continue. Il est important de mettre ces données en relation avec la réduction de la durée moyenne des séjours et l'augmentation du *turnover* des patients. Corrélativement, la proportion de malades placés sous antibiotiques tend à s'accroître dans le temps.

Le D^r Sandra FOURNIER observe que la consommation d'antibiotiques augmente. Cette problématique constitue un enjeu pour les années à venir.

IX. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite que les projets présentés au sein de la CME en matière de soins de longue durée soient pris en compte dans l'élaboration du plan stratégique. Trois projets prioritaires ne sont pas financés. Il convient d'aborder cette problématique.

Le président souligne que les soins de longue durée sont pris en considération dans l'élaboration du plan stratégique. Un important travail a été accompli dans ce domaine. La synthèse relative aux questions médicales leur donne une place notable.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle qu'un article paru dans la presse écrite fait état d'un projet de licenciement au sein de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP).

Le directeur général explique que des procédures ont été engagées à la suite de soupçons graves et concordants, portant sur des pratiques de dessous-de-table au sein de l'Assistance Publique. Différentes enquêtes ont été conduites.

Dès lors que des procédures individuelles sont mises en œuvre, l'institution se montre particulièrement soucieuse de respecter les règles de protection instituées par l'Etat de droit. L'accès au dossier est limité à certaines personnes. Des procédures contradictoires sont prévues. Les éléments individuels relatifs à un dossier ne sont pas communiqués à la presse. Néanmoins, l'assistance publique tient à rappeler les principes qu'il convient de respecter pour assurer un équilibre stable et sain entre l'activité libérale et l'activité privée. Celui-ci ne saurait être dévoyé par un certain nombre de pratiques.

Dès lors que la direction générale a été informée de ces soupçons, elle avait le choix de saisir le procureur de la République, en vertu de l'article 40 ou de procéder à une enquête administrative. C'est le second choix qui a prévalu. L'intervention de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été demandée au ministère de la santé. Celle-ci a considéré que certains faits sont susceptibles de relever d'une qualification pénale. Une enquête judiciaire est désormais en cours.

Dans ce contexte, il est essentiel que les personnes concernées, ainsi que l'institution elle-même, aient le droit de se défendre.

La direction ne recherche pas de bouc émissaire. En conformité avec les procédures de droit, elle doit protéger l'ensemble de la communauté vis-à-vis d'excès extérieurs ou intérieurs.

Des mails anonymes circulent au sein de l'AP-HP. Une rumeur tend même à accréditer l'existence d'un « complot islamophobe » au sein de l'HEGP. De telles rumeurs ne sont pas dignes de l'institution. Il convient d'en appeler à la responsabilité collective.

Le P^r Bernard GRANGER souligne qu'il a adressé un courrier à M. Martin HIRSCH, directeur général. Ce courrier fait référence à l'image du bouc émissaire évoquée dans la Bible et incite la direction à une certaine prudence et au respect des procédures.

Il est souhaitable d'attendre les conclusions de l'enquête de police avant d'engager des sanctions disciplinaires vis-à-vis d'un médecin.

La personne concernée est un chef de clinique qui n'exerce pas d'activité libérale. L'acte pour lequel il aurait été bénéficiaire d'un dessous-de-table a été effectué dans le cadre de l'activité publique. Il s'agit d'un acte de chirurgie esthétique. Ce domaine d'activité suscite d'importants problèmes de facturation qui n'ont pas été résolus.

Dans cette affaire, ce médecin n'a pas bénéficié de la présomption d'innocence. Son nom a été jeté en pâture à l'opinion publique. La procédure disciplinaire n'a pas été respectée.

Comme l'indique le journal dans lequel l'article a été publié, la directrice de l'HEGP a transmis un mail au Siège dans lequel elle avouait qu'aucune preuve formelle relative à des dessous-de-table n'est établie.

Le directeur général affirme que les règles relatives à la chirurgie esthétique seront appelées à évoluer.

X. Approbation des comptes rendus des réunions des 12 novembre et 10 décembre 2013

Les comptes rendus des réunions sont adoptés à l'unanimité.

La séance est levée à 13 heures 05.

* *
*
*
*

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

mardi 8 avril 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 26 mars 2014 à 16 heures 30