

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 13 MARS 2012**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 15 MAI 2012**

SOMMAIRE

I.	Information du président et du vice-président de la CME	5
II.	Point financier	6
III.	Exposé sur le Nouveau Système d'Information (NSI)	15
IV.	Attraction et fidélisation des personnels infirmiers à l'AP-HP	20
V.	Brève information sur le bilan social 2010 de l'AP-HP	24
VI.	Présentation des contrats de pôles hospitalo-universitaires	24
VII.	Sécurisation du circuit des médicaments	27
VIII.	Groupes de travail de la CME	29

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME
2. Point financier
3. Exposé sur le Nouveau Système d'Information (NSI)
4. Attraction et fidélisation des personnels infirmiers à l'AP-HP
5. Brève information sur le bilan social 2010 de l'AP-HP
6. Présentation des contrats de pôles hospitalo-universitaires
7. Sécurisation du circuit des médicaments
8. Groupes de travail de la CME
9. Questions diverses

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers à temps partiel

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH plein temps en odontologie offert à la mutation au titre de l'année 2012

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central.

• ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- M^{me} le P^r Martine AIACH
- M. le P^r Jean-Luc DUMAS
- M. le P^r Gérard LEVY
- M. le P^r Serge UZAN

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

- M^{me} Mireille FAUGERE, directrice générale
- M^{me} Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la Politique médicale
- M. Christian POIMBOEUF, directeur des Ressources humaines
- M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation

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

• ***membres excusés :***

M. le D^r Guy BENOIT, M. Fabien LE BRAS, M. le P^r Jean MANTZ, M^{me} le D^r Valérie PERUT

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

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

Le président présente les excuses des P^{ts} Guy BENOIT, Fabien LE BRAS, Jean MANTZ, Stanislas CHAUSSADE et Marie-Cécile VACHER-LAVENU, absents à la présente réunion.

Il salue la présence du P^r Olivier DUBOURG, chef du service de cardiologie de l'hôpital Ambroise-Paré qui fera part de son expérience dans le cadre de la mise en place du NSI Patient.

Il annonce ensuite que deux sujets d'actualité ne seront que brièvement évoqués.

Le premier concerne la nomination, le 27 février 2012, d'un nouveau chef de service des urgences à l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP). Divers collègues, mouvements et organisations syndicales ont dénoncé cette nomination comme une manœuvre favorisant un praticien dont les mandats politiques compromettraient le plein exercice de ses fonctions hospitalières et universitaires. De leur côté, les instances médicales et administratives – chefs de pôles, conseil exécutif, direction et président de la CME locale du groupement hospitalier (GH) Paris Ouest associant les hôpitaux Coentim-Celton, Georges-Pompidou et Vaugirard – ont rendu un avis unanimement favorable à cette nomination. Le président de la CME centrale a donc entériné la décision après avoir fait vérifier sa conformité réglementaire. Un débat a lieu sur l'aptitude du chef de service à remplir ses missions hospitalo-universitaires. La CME locale du GH peut y participer mais la CME centrale en a débattu en mars 2011 et n'a pas à y revenir. En outre, la CME ne détient aucun pouvoir juridictionnel.

Le second sujet est la reprise du débat sur l'activité privée à l'hôpital public. À la suite d'un article paru dans le magazine *60 Millions de consommateurs*, l'exercice d'une activité libérale au sein des hôpitaux publics s'est à nouveau trouvé sous les projecteurs de l'actualité. De fait, la réglementation en vigueur n'est pas toujours strictement respectée. Quelques praticiens commettent des abus :

- en consacrant plus de 20 % de leur temps à l'activité privée ;
- en manquant de tact et de mesure dans leurs honoraires ;
- en omettant d'afficher leurs tarifs dans la salle d'attente ;
- en ne payant pas, ou seulement de façon partielle, la redevance due à l'hôpital ;
- en proposant des rendez-vous plus rapides dans le cadre de leur exercice privé.

Des arguments et des contre-arguments ont été échangés à maintes reprises. Un nouveau débat en réunion de CME n'ajoutera rien aux conclusions qu'elle a toujours rendues : la loi doit être appliquée, rien que la loi et toute la loi. Selon le règlement intérieur, la CME centrale délègue aux CME locales l'examen des contrats d'activité libérale des praticiens hospitaliers. De leur côté, la direction générale et les directions de GH doivent tout mettre en œuvre pour que les commissions Le vice-président et le président de la CME suivent avec la plus grande attention l'installation de la nouvelle commission centrale d'activité libérale, qui se réunira pour la première fois le 16 mars. Celle-ci est composée de neuf membres. Trois praticiens ont été désignés par la CME, sous la mandature précédente. Conformément au règlement, deux d'entre eux ont une activité libérale : ce sont les P^{ts} Loïc GUILLEVIN, interniste à l'hôpital Cochin et Fabrice MÉNÉGAUX, chirurgien

viscéral à La Pitié-Salpêtrière. Le troisième membre, le D^f Alain FAYE, PH de chirurgie viscérale à l'HEGP et membre de notre assemblée, n'exerce pas d'activité libérale.

La nouvelle commission centrale comprend aussi :

- un représentant du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, le P^f Rolland PARC, ancien président de la CME, aujourd'hui en retraite ;
- deux membres du Conseil de surveillance de l'AP-HP, M. Noël RENAUDIN, conseiller référendaire à la Cour des comptes, et M. Thomas SANNIÉ, représentant des usagers et président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- une représentante des usagers à l'HEGP, M^{me} Claire COMPAGNON ;
- une représentante de l'Assurance maladie, M^{me} Danièle BEER ;
- une représentante de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF), M^{me} Catherine BROUTIN-PIOLOT.

La commission centrale d'activité libérale doit veiller à tout mettre en œuvre pour une application intégrale de la loi au sein de l'AP-HP, en concertation avec l'Assurance maladie, l'Ordre des médecins et les commissions locales des GH. Il est demandé aux présidents de CME locales, ici présents, de veiller, au sein de leur GH, à la bonne installation et au bon fonctionnement de ces instances. Des relations régulières doivent être établies avec la commission centrale.

Un document sur l'activité libérale à l'AP-HP, conçu comme un guide à l'usage des professionnels, est publié sur le site Internet de la CME.

Le P^f Olivier LYON-CAEN rappelle que la représentation au sein de la commission centrale d'activité libérale a changé depuis l'application de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). La représentation médicale est moins importante qu'elle ne l'était dans le passé. Il est possible de s'interroger sur la plausibilité, pour un non-médecin, de présider cette commission. On ne peut être juge et partie.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, précise que cette commission, qui comptait huit membres, comporte désormais un membre supplémentaire, spécifiquement désigné comme un représentant des associations de patients.

La première commission choisira son président. Le vote s'effectuera à bulletins secrets. Il est possible que le président ne soit pas un médecin. Au sein d'autres CHU, le président des commissions centrales d'activité libérale n'est pas systématiquement un médecin.

II. Point financier

1. Rapport infra-annuel au 31 décembre 2011 et EPRD modificatif 2011

M. Philippe SAUVAGE rappelle que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est une projection budgétaire essentiellement réalisée par l'ordonnateur, sans le contrôle du comptable. Par ailleurs, un compte financier unique, qui consiste en un document de comptabilité réglementaire, est conçu avec l'ordonnateur et le comptable (le trésorier-payeur général).

La présentation effectuée ce jour correspond donc à la vision de l'ordonnateur sur l'état des comptes 2011 et non aux comptes eux-mêmes.

De façon générale, les écarts entre l'EPRD et le compte financier unique restent très faibles, voire nuls. De petits mouvements pourront cependant encore intervenir dans certains comptes.

a. Evolution de l'activité

M. Philippe SAUVAGE indique que l'activité en volume est restée significativement inférieure à la cible envisagée en concertation avec les GH, dans le cadre du dialogue de gestion.

S'agissant des structures d'hospitalisation complète, un écart important est constaté.

Pour les hospitalisations supérieures à un jour, celui-ci est encore plus significatif. Une hausse de 2,45 % de l'activité était attendue. Or une baisse de 0,1 % a été enregistrée. En revanche, pour les structures d'hospitalisation partielle, l'activité s'est révélée plus importante que prévue. La hausse du nombre de séjours atteint de 2,71 % alors que la prévision originelle était établie à 2,29 %.

L'hospitalisation à domicile (HAD) connaît une situation très critique. En 2010, le niveau de cette activité était resté décevant par rapport aux tendances enregistrées durant les dix années antérieures. A l'époque, l'AP-HP avait pensé que l'évolution réglementaire sur le périmètre de l'hospitalisation à domicile avait réduit son potentiel de façon mécanique. Il était attendu que l'activité, fondée sur cette nouvelle base, puisse augmenter. Une croissance de 5 % était prévue. Or c'est une décroissance de 10 % qui a été constatée.

Enfin, l'activité des urgences avait connu, en 2010, une légère décline alors que, depuis une dizaine d'années, une hausse de 2 % à 3 % par an avait été enregistrée. En 2011, 62 007 passages aux urgences ont été comptabilisés, ce qui correspond à une nouvelle augmentation et même à un doublement du rythme.

Dans le domaine de l'hospitalisation complète, l'activité de gynécologie-obstétrique subit une forte baisse. Il est vrai qu'en Île-de-France, les naissances ont été moins nombreuses que les années précédentes. Cependant, cette décline semble plus importante à l'Assistance Publique que dans les autres établissements franciliens. Cette tendance se concentre dans les hôpitaux Trousseau, Tenon, Cochin, Saint-Vincent de Paul et Antoine-Béclère. En revanche, l'activité de médecine connaît une modeste hausse (0,9 %). Une augmentation de 1,8 % est constatée pour la chirurgie.

Dans le domaine de l'hospitalisation partielle, la progression de la chirurgie ambulatoire atteint quasiment 5 %, celle de la chimiothérapie 4,3 % et celle de la radiothérapie 2,5 %.

Enfin, l'hospitalisation à domicile accuse une baisse de 15 % par rapport à 2010, soit 26 000 journées en moins. Malgré les alertes, la situation s'est même aggravée en fin d'année. Ce recul ne concerne pas uniquement la chimiothérapie (- 25 %) mais aussi les nutriments entéraux (- 24 %), le post-partum pathologique (- 15 %) et les pansements complexes (- 9%).

A l'automne 2011, une réflexion a été engagée avec les équipes de l'hospitalisation à domicile sur les implantations des services et les délais de réponses. Ce chantier nécessitera cette année une mobilisation générale.

L'activité de consultations connaît une légère hausse (0,9 %). La diminution des actes externes des CCAM (- 8%) était attendue, étant donné la modification du codage de l'imagerie. Enfin, une augmentation importante est enregistrée (7 %) pour l'accueil et le traitement des urgences (ATU).

b. Evolution des produits

M. Philippe SAUVAGE précise que la hausse du Poids Moyen du Cas Traité (PMCT), c'est-à-dire la valeur moyenne de chaque séjour, a été plus importante que prévue (1,2 %). Celle-ci résulte à la fois d'une modification du *case mix* de l'Assistance Publique et d'une meilleure valorisation des séjours. L'activité est meilleure en chirurgie qu'en médecine. L'accent a été mis sur le perfectionnement du codage. Les séjours de sévérité III ou IV sont plus nombreux.

En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, un écart à la prévision de - 10 % en valeur a été enregistré. Les consultations et des actes externes sont en léger retrait par rapport aux prévisions. Pour les produits des médicaments facturés en sus des GHS, les résultats sont en ligne avec les prévisions. Enfin, s'agissant des produits des dispositifs médicaux facturés en sus des GHS, les données sont supérieures de 2,6 millions d'euros aux prévisions.

c. Evolution des dotations

M Philippe SAUVAGE rappelle qu'en 2011, le gel des Migac avait porté sur 36 millions d'euros. En fin d'année, un dégel a été concédé, à hauteur de 9,4 millions d'euros. Conformément à la réglementation, l'EPRD a été construit dans l'hypothèse d'une absence totale de dégel. La modification, dans les recettes, correspond à 9,4 millions d'euros. Par ailleurs, en fin d'année, il a été possible de recourir à 6 millions d'euros de DAF pour financer des projets ciblés dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (Usidatu à La Pitié-Salpêtrière, Unité Ados à l'hôpital Louis-Mourier).

d. Récapitulatif recettes de titre I

Les recettes d'hospitalisation s'avèrent meilleures que les prévisions (+ 2,4 millions d'euros).

Pour les molécules onéreuses, l'écart reste très faible (+ 0,4 %).

Pour les dispositifs médicaux implantables (DMI), il s'établit à 2,6 millions d'euros.

Pour les Migac, un écart de 8 millions d'euros est constaté par rapport à la cible. Cependant, une fois exclu l'effet de dégel, le résultat reste légèrement inférieur à la cible. En effet, les recettes du DRCD sont inférieures aux prévisions.

Pour la DAF, 6 millions d'euros supplémentaire sont enregistrés par rapport à la cible.

Les forfaits (urgences, transplantations d'organes...) correspondent aux prévisions.

En ce qui concerne les consultations et activités externes, le résultat reste légèrement inférieur à la cible.

Au total, les recettes s'établissent à 5,18 milliards d'euros.

En comparaison avec 2010-2011, les recettes d'hospitalisation atteignent 24 millions d'euros supplémentaires, soit une hausse de 1 %. L'augmentation s'établit à 3,2 % pour les molécules onéreuses, tandis que les dispositifs médicaux implantables subissent une légère baisse (- 1,8 %), dûe à l'effet de périmètre. Les Migac accusent une diminution significative (- 2,1 %). La DAF

connaît une hausse de 1,7 %. Les forfaits, ainsi que les consultations et actes externes, conservent le même niveau.

L'augmentation des recettes de titre I atteint 14 millions d'euros, soit 0,3 %. En comparaison avec les dépenses d'Assurance Maladie, qui ont connu à l'hôpital une hausse de 2,6 % à 2,7 %, cette augmentation paraît relativement faible. Ce phénomène s'explique essentiellement par la chute des Migac et la convergence intra-sectorielle. Par ailleurs, des effets tarifaires avaient été enregistrés sur les recettes d'hospitalisation. Une fois exclu le phénomène de convergence intra-sectorielle, qui correspond à 40 millions d'euros, l'augmentation serait de 64 millions d'euros : ce niveau reste relativement proche des dépenses d'Assurance Maladie. De fait, le volume d'activité valorisée correspond peu ou prou à l'hypothèse envisagée par le ministère de la Santé. La part d'activité, en comparaison avec l'activité française, a été maintenue. En revanche, pour les Migac et la DAF, les résultats s'avèrent moins favorables.

En ce qui concerne les autres produits hospitaliers, la cible est quasi atteinte. S'agissant des autres produits, celle-ci est légèrement dépassée.

En 2011, il avait été demandé à l'Assistance Publique de reprendre en gestion un certain nombre d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) mises à la disposition des collectivités territoriales. En effet, leur cadre d'emploi ne prévoyait pas de moyens pour que leur rémunération soit conforme au régime LMD. La direction générale de l'administration de la fonction publique doit donc négocier avec les collectivités territoriales un nouveau cadre d'emploi permettant à ces infirmières d'être embauchées dans des conditions correspondant à ce nouveau statut.

Or ce phénomène de reprise en gestion s'est avéré beaucoup plus lent que prévu. Alors que les dépenses devaient correspondre à 32 millions d'euros, celles-ci se sont limitées à 3 millions d'euros. Ces dépenses n'entrent ni dans les produits liés à des séjours hospitaliers ni dans les produits liés à l'Assurance Maladie. Elles appartiennent à la catégorie des « autres produits » et doivent être remboursées par les collectivités territoriales. Plus faibles que prévues, elles ont été compensées par les autres recettes.

Ces 30 millions d'euros supplémentaires résultent essentiellement des remontées *lambda*. Elles consistent à renvoyer à l'Assurance Maladie des séjours anciens, au motif qu'une modification de codage s'avère nécessaire. En 2011, un important travail a été réalisé avec les directeurs de l'information médicale pour reprendre l'intégralité des séjours de 2009 et cerner d'éventuels oublis. En 2012, ce travail sera poursuivi jusqu'à l'examen de l'année 2011. Entre temps, le délai de forclusion, dans lequel l'Assurance Maladie n'accepte plus de modifications, est passé de deux ans à un an. La qualité du codage doit être immédiate.

Au total, l'écart entre les prévisions et les réalisations atteint 18 millions d'euros.

En comparaison avec la situation de 2010, les recettes d'Assurance Maladie connaissent une hausse de 14 millions d'euros. Celle des autres produits hospitaliers atteint 33 millions d'euros. Une légère baisse est constatée pour les autres produits. Celle-ci est due à des reprises de provisions inférieures à celles de l'an dernier. En effet, au début de l'année, les créances non recouvrables donnent lieu à un provisionnement. Or dans le contexte du passage à SAP, le trésorier-payeur général n'est pas à même de préciser l'ensemble de ces créances. 45 millions d'euros ayant été provisionnés, il en résulte un écart de 15 millions d'euros. Cette provision n'est pas reprise.

e. Evolution des dépenses de personnel

M. Philippe SAUVAGE explique que la masse salariale du personnel non médical subit une baisse significative par rapport aux prévisions. Celle-ci est partiellement compensée par une hausse importante des dépenses liées au personnel non permanent, à l'intérim et aux heures supplémentaires.

Les dépenses d'intérim augmentent à hauteur de 20 %.

En ce qui concerne le personnel médical, il est rappelé que, lors de la reconstitution des carrières des effectifs hospitalo-universitaires (HU), l'augmentation spontanée de la masse salariale consacrée aux médecins a été recalculée, et ceci à nombre de médecins constant. Or le glissement vieillissement technicité (GVT) a été surestimé et la dépense reste inférieure. L'écart sur la dépense médicale est donc dû à une erreur de construction plus qu'une réalisation inférieure en emplois.

S'agissant de la permanence des soins et des plages additionnelles, la dépense est en baisse par rapport à l'année dernière mais elle reste loin des objectifs fixés. 500k€ d'euros d'économies ont été réalisées alors qu'elles étaient estimées à 5 millions d'euros.

L'écart, pour le personnel permanent, correspond à 36,5 millions d'euros. Celui-ci est partiellement compensé par la hausse des dépenses liées à ce type de personnel. Pour le personnel médical, l'écart est de 21,2 millions d'euros. Pour le poste correspondant à la permanence des soins, celui-ci atteint 5 millions d'euros.

En ce qui concerne les dépenses de titre II, la cible est globalement atteinte. Un phénomène de reprise de stocks est observé. Par conséquent, l'effet de minoration des charges est plus important que prévu.

S'agissant des dépenses de titre III, l'écart le plus important résulte de l'augmentation des dépenses de transports, de l'ordre de 8 millions d'euros. En effet, au cours de l'année 2011, l'Assurance Maladie a cessé de rembourser les dépenses affectées aux trajets en ambulance entre les établissements de l'AP-HP. Les dépenses pour les prestations de nettoyage et pour l'alimentation accusent une hausse.

Les charges de titre IV sont en léger dépassement. Le coût des lignes de trésorerie a considérablement augmenté. Les besoins en trésorerie font donc l'objet d'une vigilance accrue.

L'augmentation des charges exceptionnelles n'est pas liée aux cessions d'actifs.

Le contentieux avec la Région, au sujet du fonctionnement des écoles, est provisionné à hauteur de 9 millions d'euros. Le niveau d'approvisionnement des comptes épargne temps (CET) reste très élevé. Enfin, un provisionnement plus élevé est affecté pour le contentieux médical.

Par rapport à 2011, les charges de personnel sont en baisse. Le compte de résultats atteint 90 millions d'euros, alors que les estimations portaient sur 137 millions d'euros. L'écart résulte de meilleures recettes ainsi que d'une moindre dépense pour la masse salariale et d'un effet de stock supérieur à l'attendu.

f. Comptes annexes

M. Philippe SAUVAGE annonce un résultat consolidé de – 83,5 millions d'euros.

En ce qui concerne la dotation non affectée, l'excédent de 15 millions d'euros s'avère quasi équivalent à la cible. C'est un bon résultat, car une partie des recettes attendues se sont trouvées décaler, notamment le produit de la cession de l'hôpital Debrousse.

S'agissant des Unités de soins de longue durée (USLD), le déficit s'avère préoccupant, d'autant plus qu'une convergence avec les tarifs du reste de la région est attendue dans les années à venir. Le compte des EHPAD est équilibré. Pour les écoles, un report déficitaire est observé : les charges deviennent supérieures aux produits, essentiellement constitués par les financements accordés par le Conseil régional.

Le président souligne que le résultat atteint – 80 millions d'euros alors que l'estimation avait porté sur – 137 millions d'euros. Monsieur Claude Évin, directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF) transmet d'ailleurs à la CME ses remerciements et ses félicitations.

g. Echanges avec la salle

Le D^r Philippe ARNAUD exprime des doutes sur la fiabilité des chiffres relatifs aux médicaments et aux dispositifs médicaux, dans le contexte de l'utilisation de SAP et d'une fragilité particulière des interfaces entre les différents logiciels. Les indicateurs indiquent des stocks négatifs et des taux de couverture de plus de 2 000 jours, ce qui suscite des inquiétudes sur la qualité des résultats. Un certain nombre de données chiffrées devront sans doute être vérifiées.

M. Philippe SAUVAGE répond qu'il a été procédé à des extractions croisées pour tester la cohérence du niveau de stock, d'un logiciel à l'autre. Ces chiffres ont été vérifiés plusieurs fois. Suite à la rencontre organisée en décembre 2011 avec l'ensemble des collègues pharmaciens, un groupe d'utilisateurs de SAP a été constitué. Il pourra contribuer à des évolutions.

Le D^r Patrick PELLOUX note une augmentation de 5,3 % des passages aux urgences, après une certaine stagnation. Il est vrai que la forte médiatisation de l'épidémie de grippe, voici deux ans, en a provisoirement amorti les effets. Cette année, les passages aux urgences devraient exploser. L'implantation, dans Paris, d'un important service d'urgences privé semble être décidée afin soit disant de désengorger ceux de l'AP-HP. Cependant, le problème du recrutement se posera, notamment pour l'activité chirurgicale. Les chiffres devraient s'aggraver.

Ces dernières années, une partie des enveloppes Migac ont été gelées, à hauteur de 36 millions d'euros. Or 9 millions d'euros seulement ont été restitués, ce qui est inacceptable. Une partie de ces enveloppes est absorbée par la permanence des soins dans les établissements privés et le secteur libéral. Pourtant, l'Assistance Publique subit des contraintes particulières alors que le secteur privé, de son côté, peut choisir ses patients. Dans le contexte de la diminution de l'enveloppe Migac, de nouvelles fermetures de lits seront imposées à l'AP-HP alors qu'au sein des établissements privés, de nouveaux lits seront ouverts. Des précisions chiffrées seraient nécessaires.

Par ailleurs, des fermetures et les regroupements d'établissements risquent d'alourdir encore les dépenses liées aux transports de patients. Il serait nécessaire qu'un débat s'ouvre à ce sujet au sein de la CME. Lorsque les sapeurs-pompiers déposent un malade souffrant d'une fracture dans un

service d'urgences qui n'est plus doté d'aval chirurgical, quelques heures plus tard, ce malade doit être transféré à la charge de l'hôpital.

Enfin, les plages additionnelles seront minorées des indemnités de suggestion et de garde, ce qui correspond à une rupture du contrat moral vis-à-vis des professionnels.

Le P^r Bertrand GUIDET commente les incidences de ces chiffres sur le budget d'investissements. Madame la directrice générale a été alertée sur les risques budget restreint. Celui-ci met en péril la qualité de l'offre de soins et l'attractivité des services. Or au vu des résultats présentés, un effort paraît envisageable.

Dans le contexte de la restructuration des soins dans l'Est parisien, la fermeture de huit maternités a été décidée. D'autres maternités devront être réorganisées. Les travaux susciteront des fermetures de lits. Ces évolutions se traduisent forcément par une baisse d'activité, même temporaire.

Cette année, l'hôpital Saint-Antoine a été confronté à une épidémie d'entérocoques résistants à la vancomycine. Or les patients-contact posent de véritables problèmes d'organisation des soins. L'hospitalisation à domicile a fourni une aide notable, permettant le retour dans leur foyer de patients-contact, voire de patients colonisés.

En ce qui concerne le recodage, une réflexion doit être menée sur le renforcement des équipes de DIM afin d'améliorer les recettes de manière substantielle.

Enfin, le problème des créances non recouvrables risque de s'aggraver. Il serait souhaitable que la CME aborde cette problématique et celle de l'accueil des malades les plus démunis.

Le D^r Anne GERVAIS demande des précisions sur le coût global de l'intérim et des prestations intellectuelles, c'est-à-dire des audits au sein de l'AP-HP. L'augmentation du recours à l'intérim pour recruter du personnel non médical traduit un véritable malaise : des postes ne sont pas pourvus.

Le bilan social montre une explosion des coûts pour d'autres dépenses externalisées. Ainsi, les dépenses de blanchisserie, qui correspondaient à 3 millions d'euros, ont doublé. Il serait pertinent de vérifier le coût induit et les économies suscitées par la fermeture de blanchisseries hospitalières.

S'agissant de la gynécologie-obstétrique, un bilan des restructurations effectuées paraît éminemment nécessaire. Un groupe de travail pourrait être créé à cette fin.

Le D^r Sophie CROZIER souhaite savoir si la diminution de l'activité résulte de la fermeture de lits et des restructurations et si la baisse de la HAD est liée à un manque de moyens. Enfin, l'augmentation de l'intérim suscite de l'inquiétude. Elle risque de porter atteinte à la qualité des conditions de travail et à celle des soins.

M. Philippe SAUVAGE reconnaît que la réforme de l'AME rend nécessaire une réflexion sur les créances non recouvrables.

S'agissant de l'intérim, il est vrai que l'organisation induite par cette solution de secours est beaucoup moins satisfaisante.

Quant à l'hospitalisation à domicile, les dépenses de personnel correspondent aux estimations. Ce sont plutôt les recettes qui pèchent.

Enfin, l'AP-HP est favorable au recrutement de DIM dans les pôles. Une organisation locale doit être mise en œuvre. De nombreux échanges ont lieu à cette fin.

Le doyen Serge UZAN tient à s'exprimer au nom des équipes qui travaillent à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital Tenon, dans lequel une partie des salles de naissances a été fermée pendant trois mois alors que les travaux effectués ne permettaient pas d'ouvrir les lits prévus.

Le transport des patientes, dans de telles conditions, n'est pas acceptable. L'institution devrait diffuser ces informations avant de porter des jugements radicaux sur l'activité. L'année 2011, dans ces deux maternités, a été épouvantable. L'équipe administrative de ce GH a fait un travail extraordinaire, grâce auquel la baisse d'activité a pu être la plus limitée possible, il souhaite les remercier pour cela.

Le P^r Michel FOURNIER indique que des efforts seront effectués, dans le cadre des restructurations, pour réaliser un bilan précis des mouvements de personnel et de l'activité. En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile, une reprise est constatée dans la quasi-totalité des hôpitaux. Cependant, un travail est en cours pour vérifier que l'ensemble des domaines d'activité de l'hospitalisation à domicile sont pertinents au sein de l'AP-HP. La question se pose notamment pour la nutrition parentérale, qui engendre des problèmes techniques.

Le D^r Julie PELTIER a vécu la situation de l'hôpital Trousseau et partage l'analyse du Professeur Uzan. Par ailleurs, elle déplore une diminution du nombre de secrétaires médicales et une précarisation de leur statut. Or celles-ci jouent un rôle essentiel dans la qualité des codages et des comptes rendus. A l'hôpital Tenon, les différents services pâtissent de cette situation.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle que, depuis longtemps, des indicateurs sont demandés sur la fermeture de lits. L'information transmise ne peut se limiter aux chiffres bruts d'activité.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, souligne qu'en 2011, les résultats ont été meilleurs que l'année précédente. Alors que les estimations portaient sur – 135 millions d'euros, le déficit s'est limité à – 90 millions d'euros. Le travail de reprise de codage, mené pour l'année 2009, s'est avéré très efficace. S'agissant des charges, l'amélioration des résultats correspond à 25 millions d'euros.

La masse salariale, notamment, a été bien maîtrisée. Il n'en demeure pas moins que l'objectif consiste à pourvoir l'ensemble des postes d'infirmières. En 2011, même l'intérim n'a pas suffi à pallier les besoins.

Quant aux restructurations, les prévisions donneront lieu à un retour d'expérience.

Pour l'hospitalisation à domicile, un plan de reprise est mis en œuvre.

En ce qui concerne l'AME, un combat très important a été mené pour que la baisse de 40 millions d'euros, annoncée pour 2012, soit compensée par des MIG Précarité. Cette compensation devrait correspondre à 10 millions d'euros.

2. Perspectives 2012

a. Campagne tarifaire

M. Philippe SAUVAGE indique que l'ONDAM hospitalier connaît une hausse de 2,56 %. Le mécanisme de mise en réserve est reconduit en 2012. En ce qui concerne les MERRI, il convient de noter :

- la disparition de la part fixe sur cinq ans, qui sera entamée dès 2012 au profit de la part modulable ;
- l'introduction d'un coefficient géographique sur certaines MERRI ;
- et la suppression de la MERRI ATU régionales.

Le financement, pour l'AP-HP, restera globalement stable.

La réforme de l'AME suscitait une baisse des remboursements de l'ordre de 40 millions d'euros. Or le ministère de la Santé a accepté d'octroyer une compensation, à hauteur de 10 millions d'euros.

En 2012, aucune modification structurelle majeure de la tarification ne sera mise en œuvre. La convergence ciblée, pour certains tarifs, se poursuivra. Au total, la baisse moyenne des tarifs atteindra 0,21 %. Cependant, la baisse ressentie pour l'AP-HP serait plutôt de l'ordre de 0,5 % d'après les premières estimations du DIM.

Une refonte de la classification de l'obstétrique est prévue en 2012, accompagnée de financements spécifiques pour les maternités de type III. Dans le domaine du codage, la création d'extensions a été demandée par l'Agence de la biomédecine (ABM) pour cibler les dons avec les donneurs vivants.

b. Echanges avec la salle

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, indique que les conférences budgétaires et stratégiques avec les groupes hospitaliers se dérouleront entre la fin mars et la mi-avril. Il a été décidé d'attribuer immédiatement 10 millions d'euros supplémentaires pour le renouvellement des équipements et 10 millions d'euros supplémentaires pour les petits travaux.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que la baisse du déficit, en 2011, résultait d'une forte diminution des investissements. La vétusté des équipements est importante. Dans les années à venir, à défaut d'un renouvellement des appareils, il ne sera plus possible de pratiquer des examens dans des conditions correctes.

Le D^r Patrick PELLOUX estime que le budget présenté, encore à la baisse, ne peut conduire qu'à une faillite.

Le P^r Guy SEBAG constate qu'une logique opérationnelle de pilotage est mise en œuvre. Or les investissements, pour un parc de matériel lourd, se conçoivent uniquement dans une perspective pluriannuelle. La stratégie doit être travaillée communément avec la direction, sur le fondement d'un diagnostic partagé avec les groupes hospitaliers. C'est dans ce cadre que l'Assistance Publique

pourra être défendue vis-à-vis de l'ARS, décisionnaire pour les schémas régionaux de l'organisation des soins.

M. Philippe SAUVAGE indique que sur le plan technique, l'impact de moindres investissements sur le résultat n'est pas immédiat. Il doit être considéré sur la longue durée. De manière générale, l'objectif de l'AP-HP consiste à maintenir sa part dans les dépenses de l'Assurance Maladie.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, estime légitime de souhaiter des investissements pluriannuels. Des discussions analogues sont menées avec les autorités de tutelle, auxquelles des plans pluriannuels sont présentés. Cependant, celles-ci ne prennent pas d'engagement sur une durée de quatre ans.

Il reste possible d'obtenir une meilleure visibilité pour les investissements affectés aux équipements.

III. Nouveau système d'information (NSI)

Le P^r Michel ZÉRAH rappelle que le Nouveau Système d'Information fait référence à une expression apparue pour la première fois en 2008 dans la communication institutionnelle dans l'AP-HP. Un choix a été opéré en faveur de l'installation progressive d'un serveur d'identité unique. La première phase de test était prévue en 2010. L'installation définitive aura lieu en 2013.

Ce plan stratégique 2010-2014, en matière d'informatique, a été évalué à 550 millions d'euros. La priorité a été accordée aux systèmes d'information clinique, des laboratoires et de l'imagerie des SAMU. En outre, dans le plan Hôpital 2012, chiffré à 10 milliards d'euros, l'informatisation de l'Assistance Publique se voit consacrer 56 millions d'euros.

Globalement, la structure du système d'information s'articule autour de quatre pôles :

- le pôle Pilotage de gestion, dans lequel travaillent une centaine de personnes ;
- le pôle Patients, à l'hôpital Rothschild, qui emploie une centaine de personnes ;
- l'agence technique informatique, installée boulevard Bessières, qui s'occupe des infrastructures, des réseaux et de la téléphonie, et dans laquelle sont employées une centaine de personnes ;
- le GH qui emploie 400 personnes.

Le nouveau système d'information s'organise autour de la gestion de SAP et concerne les ressources humaines et le pilotage. Sa mise en place s'est réalisée de manière plutôt transparente et efficace.

Dans le Système d'Information Patients, l'objectif consiste à regrouper et uniformiser un certain nombre de logiciels médicaux autour :

- du système d'information clinique Orbis ;
- du logiciel Carmen, spécifique au SAMU ;

- du logiciel médicotechnique relatif à l'imagerie, à la radiothérapie et à l'anatomo-pathologie ;
- et du système de gestion des laboratoires.

Les systèmes d'information « sauvages » représentent une centaine de logiciels. Ils constituent un véritable frein à l'informatisation des services médicaux et médicotechniques. Cependant, il convient de préserver la richesse de leurs informations.

Les attentes de la direction, des professionnels de santé, des patients et des industriels travaillant avec l'AP-HP sont différentes. C'est aux patients qu'est accordée la priorité.

Les préoccupations portent principalement sur la sécurité et la confidentialité des données, sur l'aide à la décision et à la recherche clinique et sur le développement des outils de pilotage médico-économique.

Au fil de nombreuses discussions menées avec les personnels, des inquiétudes se sont exprimées sur la charge de travail résultant de la saisie ainsi que sur les possibilités d'accès directs aux informations.

L'architecture des systèmes d'information est structurée comme le serait une ville, avec des zones, des quartiers, des blocs et des maisons. Si un bloc est atteint, il est nécessaire que les autres blocs soient préservés. De même, à l'instar d'une ville, ce système d'information se doit d'être qu'évolutif : il faut pouvoir rénover un quartier ou un immeuble sans porter préjudice aux autres éléments. Enfin, le déploiement du système doit être réalisé de façon homogène, progressive et par strates.

En ce qui concerne la mise en place d'Orbis, certains modules indépendants sont d'ores et déjà fonctionnels. Une première phase de test a été instaurée. La phase I concernait le *back office*. La phase II porte sur le déploiement du dispositif à l'hôpital Ambroise-Paré. La phase III doit s'appliquer à la gestion des systèmes d'information hospitaliers.

Le rapport de la Cour des Comptes a souligné l'échec d'un projet d'informatisation du dossier du patient à Marseille. A l'Assistance Publique, ces écueils ont été en grande partie évités.

Quelle que soit l'architecture du système, c'est l'utilisateur qui porte sa performance et son bon fonctionnement, ce qui nécessite, dans les premiers temps, du travail supplémentaire et des contraintes. Enfin, sa mise en place doit nécessairement s'accompagner de moyens humains et financiers.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, précise que les données financières pourront être détaillées au sein de la Commission Activité Ressources. Actuellement, la réflexion porte sur la suite des arbitrages budgétaires. S'agissant des investissements consacrés par l'AP-HP sous la forme de crédits de paiements, le projet Orbis a coûté 13,6 millions d'euros en 2010 et 6,9 millions d'euros en 2011. Les autres applications ont représenté 17 millions d'euros de dépenses en 2010 et 13 millions d'euros en 2011.

Le système d'information de gestion, qui englobe le système SAP pour les finances et la logistique et le système HR Access pour la RH, a été déployé. En 2010-2011, une enveloppe de même niveau a été affectée à ce poste. En 2012, durant la phase de maintenance, la dépense sera inférieure.

Pour l'ATI, qui englobe les serveurs, la messagerie et la téléphonie, la diminution des dépenses en 2011 devrait se poursuivre en 2012.

Le portail et l'Internet constituent un élément important de la stratégie informatique.

Une partie des dépenses affectées au système d'information concernent les enveloppes déléguées aux groupes hospitaliers, soit 10,5 millions d'euros en 2010 et 8 millions d'euros en 2011.

Au total, les crédits de paiement ont représenté 113 millions d'euros en 2010 et 97 millions d'euros en 2011. Le système d'information contribue à l'effort de contrainte sur l'investissement.

Le coût annuel du système d'information comprenant les dépenses de masse salariale, les dépenses de prestations et les amortissements, représente 1,6 % des dépenses d'exploitation. La plateforme de la fédération hospitalière de France préconise que les dépenses pour les systèmes d'information des hôpitaux publics passent à 3 %.

Le montant maximal du marché AGFA et des marchés d'accompagnement s'élève à 84 millions d'euros à échéance de 2017. A ce jour, 33 millions d'euros ont été dépensés.

Les subventions issues du plan Hôpital 2012 et déjà perçues s'élèvent à 17 millions d'euros, dont 11 millions d'euros pour le système d'information clinique. Celui-ci bénéficiera encore d'une enveloppe de 31 millions d'euros.

Le président souligne qu'un système informatique performant doit permettre une économie d'emplois, une amélioration des recettes ainsi que la constitution de bases de données communes facilitant les avancées de la recherche.

Le D^r Christophe TRIVALLE indique qu'à l'hôpital Paul-Brousse, il a été décidé de modifier les noms des unités de gestion lors d'un dimanche de janvier. Or les systèmes informatiques étaient fondés sur ces noms, notamment pour la distribution des repas et le système de prescription des médicaments. Il a fallu une semaine pour régler ce problème. De tels dysfonctionnements sont permanents.

Le D^r Patrick DASSIER ajoute qu'à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, le dossier patient informatisé (DSI) a été mis en place dans l'ensemble de l'établissement. Mais hélas, il n'est pas utilisé par l'ensemble des services. Actuellement, de nouveaux systèmes d'information indépendants pour la phase péri opératoire et la réanimation sont utilisés mais ne sont pas compatibles avec le DSI de l'HEGP. Il faut donc continuellement intégrer les données dans les différents systèmes (redondance de saisie de données), ce qui est une perte de temps notamment au détriment du temps médical. L'unification du processus d'informatisation est donc urgente et cruciale.

Le D^r Jean-Claude ALVAREZ évoque la charte d'utilisation du système de messagerie. Les échanges ne sont pas sécurisés avec possibilité pour l'administration ou le service informatique de pouvoir les ouvrir alors qu'ils peuvent contenir des informations confidentielles. Pourtant, ce problème n'a jamais fait l'objet d'une nouvelle discussion en CME. Le NSI permettra-t-il de tels échanges sécurisés ?

Le président rappelle qu'il a été l'un des rares acteurs de la grogne de la CME sur ce dossier. Aujourd'hui, la charte est enterrée. Un système de sécurisation et de cryptage des informations devra être envisagé.

Le D^r Julie PELTIER déplore que la diminution du débit d'Internet ne permette plus l'accès aux sites médicaux.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, suggère que ces questions soient étudiées dans une commission ad-hoc et qu'une synthèse soit présentée ensuite à la CME.

Le P^r Gérard CHÉRON s'étonne que, pour le président, l'un des objectifs affichés dans le déploiement de ce système d'information, porte sur des économies de personnels. Au contraire, une réflexion devrait être menée sur les moyens humains nécessaires à la maintenance, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'un tel système. La moindre défaillance peut susciter un grave blocage.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, répond que la réflexion menée au sein de la Direction des Ressources Humaines sur la filière informatique porte notamment sur les compétences et les métiers pouvant être mis à disposition en permanence. La réflexion englobe les rémunérations et le statut des effectifs.

Le P^r Bertrand GUIDET note qu'un amalgame est souvent effectué entre le NSI Gestion et le NSI Patient. Or le système doit être centré sur le patient. Cet enjeu est incontournable pour l'Assistance Publique

Le D^r Anne GERVAIS s'interroge sur les économies que peut permettre la mutualisation des logiciels. En toute logique, des bénéfices devraient en résulter pour l'ensemble des CHU. Des économies d'échelles doivent pouvoir être réalisées par rapport aux CHU ayant des budgets de 200 millions.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, rappelle que, dans la phase actuelle, des investissements coûteux sont mis en œuvre. C'est plutôt la maintenance des systèmes d'exploitation qui permettra des économies.

Le D^r Rémy COUDERC souhaite connaître la part des investissements affectés à la mise à niveau et à l'entretien des réseaux de communication entre les serveurs et les différents sites, la circulation et la sécurité des informations devant être assurées vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Le P^r Yves AIGRAIN souligne que, depuis cinq ans, l'ensemble des responsables ont insisté sur l'intérêt d'un Système d'Information Patients pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et répondre aux différents processus de certification. Or la transparence sur les résultats des premiers déploiements reste insuffisante. L'Assistance Publique doit s'assurer que ce système répondra bien aux attentes. Il serait suicidaire d'abandonner les efforts menés.

Le président répond que ce système n'est aucunement remis en question. La priorité de la CME consiste à s'informer sur les avancées du NSI Patients et de contribuer à la réflexion menée par les experts sur son déploiement.

Le D^r Martine AIACH remarque que, dans le cadre de la restructuration, il est prévu de concentrer les plateaux techniques sur certains sites. La cohérence du système d'information entre les sites doit donc être garantie.

Le P^r Paul LEGMANN déplore qu'il ne soit plus possible, depuis deux ans, de renouveler les clients légers pour les doter de capacités de mémoire informatique susceptible de traiter suffisamment d'images pour examiner les CD apportés par les patients. Au sein des services et des pôles, de nombreux logiciels utilisés datent de 2003.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, rappelle que l'AP-HP dispose de 50 000 postes de travail et doit faire face, chaque année, à un renouvellement très important du matériel. Les arbitrages budgétaires ne sont pas encore arrêtés pour 2012.

Le D^r Philippe ARNAUD souligne que la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux constitue une préoccupation majeure. L'information sur les numéros de lots doit faire l'objet d'une véritable traçabilité et circuler en boucle entre le prescripteur, la pharmacie et l'infirmière. Une interface doit être possible sur NSI Gestion. Les pharmaciens doivent être étroitement associés aux évolutions.

Le P^r Olivier DUBOURG indique que des remarques très constructives ont été faites par les intervenants lors des visites organisées sur le site pilote d'Ambroise Paré et qu'elles ont été le plus souvent prises en compte.

Il rappelle que les différentes CME successives ont souhaité l'instauration d'un outil informatique commun à l'AP-HP, à la fois puissant, modulable et évolutif véritable dénominateur commun entre les services. A l'issue de l'appel d'offres initial, le choix avait porté sur Thalès, robuste et fonctionnel, plutôt que sur le système américain, certes plus réactif, qui ne permettait pas d'introduire des modifications mais cette solution proposée était beaucoup plus onéreuse ce qui ne le rendait pas compétitive par rapport aux autres solutions proposées.

Aujourd'hui et après le deuxième appel d'offres le choix s'est porté sur Agfa avec la solution Orbis, aujourd'hui déployé sur plus de 500 hôpitaux et 500 000 lits en Europe et 40 hôpitaux en France. Le choix de L'hôpital Ambroise Paré comme site de déploiement a été fait en raison de sa dimension intermédiaire Les équipes d'Ambroise Paré n'ayant pas de dossier informatique intégré reconnaissent l'apport du nouvel outil tant pour les équipes médicales que para médicales, le déploiement est actuellement en cours (9 services actuellement déployés) On attend le déploiement du dossier infirmier et de la prescription. La solution choisie devrait faciliter le travail des équipes concernées après un petit délai d'adaptation et des changements dans les procédures de soins. D'autres hôpitaux n'ayant pas de solution informatique, comme Bicêtre, seront certainement impatient de pouvoir en bénéficier.

Le P^r Éric LEPAGE indique qu'à l'hôpital Ambroise-Paré, le système sera implanté dans l'ensemble des services cliniques avant l'été. Par la suite, il s'appliquera aux prescriptions et au circuit du médicament, ce qui nécessitera des qualifications très importantes. Enfin, au cours des prochains mois, le système sera déployé dans d'autres hôpitaux.

Le président propose qu'un nouveau point sur l'implantation du système soit effectué dans deux mois.

IV. Attraction et fidélisation des personnels infirmiers à l'AP-HP

M. Christian POIMBŒUF indique que ce plan d'action a été présenté à la commission des soins et des équipes paramédicales, aux directeurs de groupes hospitaliers et aux directeurs des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Il sera aussi présenté au Conseil de surveillance et au Comité technique d'établissement (CTE).

Dans l'immédiat, les efforts doivent porter sur une meilleure visibilité du recrutement infirmier à l'AP-HP. Par la suite, le plan pourra être appliqué à l'ensemble des catégories professionnelles.

Aujourd'hui, une candidate à l'AP-HP peine souvent à s'informer sur les offres d'emploi, les interlocuteurs à contacter et les délais de réponse. Le dispositif manque de réactivité et doit être mis à jour, notamment sur Internet, en lien avec les groupes hospitaliers.

A l'avenir, lorsqu'une candidature spontanée sera enregistrée, elle devra donner lieu à une réponse rapide, grâce à la publication d'une fiche de poste comportant l'adresse mail et le numéro de téléphone de l'interlocuteur à contacter, ainsi que le service et le pôle concernés.

Le site Internet de l'AP-HP et le dispositif d'information interne doivent évoluer pour favoriser des échanges immédiats et permanents.

Le site Internet doit renvoyer à d'autres sites, généralistes ou professionnels, y compris aux réseaux sociaux. Ces liens feront l'objet d'une contractualisation.

La présence de l'AP-HP aux salons IDE et aux salons de recrutement sera renforcée. La Ville de Puteaux vient d'ailleurs d'inviter l'Assistance Publique à participer à un forum sur l'emploi.

Des discussions sont menées à l'Agence Régionale de Santé pour que la problématique du recrutement à l'AP-HP soit inscrite dans les politiques de communication régionale.

Par ailleurs, la campagne de communication lancée par le ministère de la Santé sur les métiers de la santé sera relayée par l'AP-HP.

Il convient surtout de répondre avec une meilleure efficacité aux demandes d'emploi. Les directeurs de ressources humaines devront fournir un appui aux chefs de pôles et aux cadres administratifs et paramédicaux pour que l'intégralité des candidatures soit traitée sans que le circuit administratif ne vienne ralentir le dispositif.

Il est également nécessaire de renforcer les liens entre les IFSI et les groupes hospitaliers. Les stages hospitaliers constituent un moment important de pré-recrutement. Actuellement, le taux de recrutement actuel des élèves issus des écoles gérées par l'AP-HP est à peine supérieur à 50 %. L'objectif consiste à atteindre un taux de 80 %.

Alors que de nombreux élèves, venus de province, souhaitent y retourner, il est indispensable d'améliorer le recrutement des diplômés issus de l'Ile-de-France. Le dispositif des allocations d'études sera donc renforcé. A partir de la seconde année, les élèves pourront bénéficier de ressources complémentaires aux indemnités de stage, de façon à créer postérieurement le cadre juridique d'une obligation de service proportionnelle à la durée de cette allocation.

Les doyens ont insisté sur la réorientation indispensable d'un certain nombre d'étudiants, notamment issus du cursus de médecine et des filières de formation scientifiques. Ils suggèrent de lancer des campagnes de communication en lien avec les universités.

En outre, l'accueil d'infirmières issues de l'Union européenne et du Québec est engagé dans un certain nombre de groupes hospitaliers.

Pour favoriser la fidélisation des recrues, il est souhaitable de démontrer la richesse de l'AP-HP en matière de parcours professionnel. La préoccupation essentielle concerne leurs conditions de vie au travail. Lorsque les infirmières sont interrogées sur les raisons pour lesquelles elles finissent par quitter l'Assistance Publique, au-delà des raisons personnelles qu'elles invoquent, elles critiquent principalement l'organisation du travail et la place des soignants dans les services. Il faut donc créer une complémentarité entre le plan d'attractivité et le plan de fidélisation.

Le vice-président estime que les stages organisés par les IFSI doivent être considérés comme un vivier de recrutement. En ce qui concerne l'allocation d'études, des difficultés se posent. Contrariant les efforts de recrutement menés par l'AP-HP, certaines structures hospitalières rachètent les contrats des jeunes recrues. Enfin, les contrats passés avec des infirmières titulaires d'un diplôme étranger suscitent également des problèmes.

Le D^r Christophe TRIVALLE souligne que la pénurie de recrutement affecte particulièrement la gériatrie, secteur vers lequel les infirmières à diplôme étranger sont prioritairement orientées. Pour certaines d'entre elles, une mise à niveau technique et linguistique est nécessaire, sans oublier que l'encadrement de ces infirmières étrangères nécessite des sureffectifs.

Enfin, l'importante pénurie de médecins de travail dans les groupes hospitaliers est regrettable.

Le P^r Noël GARABÉDIAN déplore que les difficultés de recrutement et l'hémorragie des infirmières, problèmes déjà abordés voici quelques années, n'aient toujours pas été résolues. La diminution du nombre de cadres de proximité y contribue. Les infirmières expriment un besoin de référents.

Par ailleurs, il conviendrait de proposer une motivation financière significative aux infirmières spécialisées et même aux cadres.

Enfin, le coût du logement à Paris constitue un problème fondamental. Les infirmières installées en grande banlieue, qui subissent la longueur des trajets et les difficultés à concilier travail et vie de famille, recherchent des postes en province. Ces difficultés créent une spirale de la défaite, puisque les personnels sont appelés à compenser cette hémorragie en effectuant des heures supplémentaires et ont du mal à obtenir des récupérations.

Si ces difficultés ne sont pas prises en compte, l'Assistance Publique restera confrontée à une pénurie d'infirmières.

Le P^r Bernard GRANGER souligne qu'en septembre dernier, 850 postes infirmiers n'étaient pas pourvus. Ce chiffre est à mettre en regard de ce que dit la Cour des Comptes dans son récent rapport sur le patrimoine immobilier des établissements publics de santé non affecté aux soins, « 1/3 des locataires de l'AP-HP (soit 2846 personnes) ne sont pas ou plus ses agents ». Même si des efforts sont menés, ceux-ci restent très insuffisants.

M. Olivier YOUINOU rappelle la nécessité d'une revalorisation salariale. Actuellement, une recrue de niveau baccalauréat + 3 est rémunérée 1 514 euros bruts par mois alors que les conditions de travail sont difficiles.

L'organisation de pôles a pesé sur la flexibilité des horaires et la mobilité des personnels d'un service à l'autre. Pourtant, de la salle de réveil à la réanimation, les infirmières n'effectuent pas le même métier.

Le manque d'effectifs constitue une autre source de dégradation des conditions de travail.

L'environnement social des infirmières doit être mieux adapté à leur vie de famille, avec l'ouverture de places plus nombreuses dans les crèches et les centres de loisirs.

Enfin, la promotion professionnelle des infirmières et des aides-soignants doit être renforcée.

Au total, la politique de fidélisation ne peut être uniquement arbitrée par la direction des finances.

Le P^r Thierry BÉGUÉ déplore des différences de rémunération, pour les IBODE et les IADE, d'un groupe hospitalier à l'autre, voire même au sein d'un même groupe hospitalier. Il est regrettable qu'en termes de rémunération, la direction fasse systématiquement le choix du « moins disant ».

M. Christian POIMBŒUF reconnaît qu'au fil du temps, des pratiques particulières se sont développées dans certains établissements, qu'il s'agisse du régime indemnitaire, des heures supplémentaires ou des récupérations. Le statut de la fonction publique hospitalière impose certaines règles de reprise d'ancienneté. Or celles-ci ne sont pas respectées de manière uniforme. Des différences de traitement sont constatées dans les blocs opératoires. Un travail de convergence est donc indispensable.

En matière salariale, les statuts des infirmières ont été revus au 1^{er} décembre 2010. Le protocole étant prévu pour une durée de quatre ans, il est improbable que de nouvelles discussions aient lieu prochainement.

Reste à réfléchir sur la manière d'encourager, sur le terrain, une mobilisation active et concertée pour qu'au sein des pôles, les idées échangées depuis des années soient réellement mises en œuvre.

La réactivité aux demandes d'emploi, notamment, doit être immédiate. Il est regrettable qu'à l'heure actuelle, sur certaines fiches de poste, les candidates puissent lire : « *Aucune réponse ne sera fournie par téléphone.* »

A l'avenir, les meilleures pratiques de recrutement devront se diffuser au sein de l'AP-HP. Des visites seront organisées au sein des GH pour faire le point sur la mise en œuvre des plans d'action.

En ce qui concerne les logements, certains d'entre eux restent occupés par des retraités de l'AP-HP ou des personnes qui vivaient déjà dans ces logements lors de la récupération des baux emphytéotiques.

Depuis quelques années, une clause permet à l'AP-HP d'agir lorsque les personnels, habitant des logements gérés par l'Institution, perdent leur fonction. En septembre dernier, la direction générale

a pris la décision de fonder l'attribution des logements sur des critères plus largement professionnels. Ce sont les GH, et non le siège, qui gèrent aujourd'hui les attributions. La moitié des logements affectés chaque année seront destinés aux personnels travaillant dans des secteurs « sensibles ». D'ores et déjà, une cinquantaine de logements ont été mis à la disposition de la dernière promotion des IFSI. Il en sera de même pour les prochaines promotions, en juin-juillet 2012.

L'objectif de cette mobilisation consiste à favoriser, à chaque sortie d'une promotion, le plein emploi infirmier. Aujourd'hui, il manque 440 infirmières au sein de l'Assistance Publique. A la fin du mois de juillet 2012, ces emplois vacants devront être pourvus.

M^{me} Isabelle KERHOAS rappelle que la commission centrale de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques (CCSIRMT) de l'AP-HP s'est réunie en séance extraordinaire le 5 mars 2012 pour prendre connaissance du plan d'actions 2012-2013 relatif à l'attractivité et à la fidélisation des personnels infirmiers à l'AP-HP. Ce plan a été présenté par le DRH Christian Poimboeuf et Roselyne Vasseur, Coordinatrice des soins.

Suite à cette présentation, les membres de la CCSIRMT ont formalisé la motion suivante :

« Les membres de la CCSIRMT souscrivent à ce plan d'actions et entendent poursuivre activement leur contribution à la mise en œuvre des axes internes d'amélioration définis, tant pour les infirmières que pour d'autres professions dites sensibles.

Ils insistent sur l'importance du travail et de la concertation pluri-professionnelle au sein des équipes médico-soignantes (évaluation des pratiques professionnelles, revues de morbi-mortalité, réunions de concertation pluridisciplinaire, retours d'expérience...) dans les pôles pour valoriser et fidéliser les professionnels. Ils pointent la nécessité de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'Institution sur cette thématique.

En revanche, les membres de la CCSIRMT s'étonnent du manque d'actions concertées avec les tutelles et les partenaires de l'Institution (ministères, ARS d'Île-de-France, Conseil régional d'Île-de-France, universités...) dans un contexte régional fortement déficitaire en infirmières et affectant tous les modes d'exercice, que celui-ci soit libéral ou salarié, public ou privé, ou encore qu'il relève de l'Education nationale ou les entreprises. Cela concerne spécifiquement :

- *le manque d'investissement dans les IFSI (locaux, matériel, formateurs, tuteurs de stage) qui constitue un frein à la formation d'un nombre suffisant d'infirmières ;*
- *le statut contraint de la fonction publique hospitalière qui ne permet pas de rémunérer les infirmières au regard de la hausse du coût de la vie, particulièrement problématique en région parisienne ;*
- *l'absence de communication nationale valorisant l'intérêt et la diversité d'exercice de la profession infirmière, désormais inscrite dans le cursus universitaire.*

Si les tutelles ne se mobilisent pas conjointement pour valoriser la profession infirmière, le plan d'actions de l'AP-HP risque de rester insuffisant. »

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, annonce que le ministère de la Santé s'apprête à lancer une campagne de communication sur les métiers de la santé. L'Assistance Publique y sera associée. Par ailleurs, une réflexion globale est menée avec l'ARS sur l'attractivité de ces métiers en Île-de-France. Il est particulièrement préoccupant que les IFSI ne fassent pas le plein de candidats. Il convient néanmoins de souligner que, dans cette région, l'AP-HP reste plus attractive que d'autres recruteurs.

Sur le plan légal, la Région Île-de-France est compétente pour investir dans l'exploitation notamment dans la formation. En revanche, elle ne détient pas de compétences financières dans le domaine des investissements. L'Assistance Publique mène donc une action vigoureuse pour tenter d'obtenir sa participation dans la remise à niveau des IFSI.

V. Brève information sur le bilan social 2010 de l'AP-HP

Le président souligne que le bilan social 2010 est diffusé dans son intégralité sur le site Internet de la CME (<http://cme.aphp.fr/>).

VI. Présentation des contrats de pôles hospitalo-universitaires

Le P^r Gérard CHÉRON indique que la réunion de la sous-communication des structures et restructurations s'est tenue le 27 février. Durant le dernier trimestre 2011, des échanges avaient été organisés entre les chefs de pôles et les directions centrales au sujet de la cohérence rédactionnelle des contrats et du plan stratégique. La direction de la politique médicale (DPM) a demandé aux directeurs de GH une note de synthèse susceptible de faire ressortir :

- les logiques des évolutions de structures internes ;
- les restructurations inter GH ;
- les thématiques prioritaires, comme l'amélioration des conditions de travail ;
- les propositions d'investissements.

Le travail mené par les chefs de pôles et les présidents des Commissions médicales d'établissement locales (CMEL) pour préciser les objectifs et les moyens du pôle a été considérable. Ces contrats donnent à lire une vision médicale à quatre ans, voire un véritable projet médical.

Cependant, si les propositions énoncées sont utiles à un GH, les besoins de santé régionaux (gériatrie, réanimation pédiatrique...) sont quasi absents de ces contrats. Il apparaît que des problématiques communes à l'ensemble des GH (centres d'appels, transports entre les sites, stérilisation...) méritent une réflexion unique.

En ce qui concerne les engagements du groupe hospitalier, il convient de faire référence au décret du 11 juin 2010. Le contrat de pôle précise le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- la gestion du Tableau Prévisionnel des Emplois et Ressources (TPER) ;
- la répartition des moyens humains entre les structures internes du pôle ;

- l'affectation des personnels au sein du pôle.

La Commission a souhaité que le terme de « contrat de pôle » soit précisé. Le processus de contractualisation engagé depuis l'été dernier s'appuie donc sur deux documents aux finalités distinctes :

- le « contrat de pôle », terme officiel, signé par la directrice générale, le directeur de GH et le chef de pôle ;
- le contrat de gestion annuel, signé par le directeur de GH et le chef de pôle, qui engage les signataires sur des moyens et des objectifs négociés.

Le contrat de pôle, approuvé par le comité exécutif du GH, est signé une fois que l'avis du président de la CME et du doyen membre du directoire ont été rendus. Il constitue le cadre contractuel pluriannuel par lequel les signataires caractérisent le pôle, ses moyens et ses indicateurs de résultats.

Les signataires s'engagent sur des principes généraux de fonctionnement et de management, constituant le socle commun de responsabilité de gestion déléguée aux pôles. Ils définissent la contribution attendue du pôle aux objectifs et au projet du GH et de l'AP-HP, en particulier sur la base du projet médical et du projet de soins.

Cette définition de la contribution attendue est conditionnelle : elle peut être rediscutée à la demande d'un des signataires et faire l'objet d'avenants, si les conditions initialement prévues ont été modifiées substantiellement ou structurellement.

Le contrat de gestion annuel consiste en une déclinaison du contrat de pôle, signé par le directeur de GH et le chef de pôle. Il engage les signataires sur des moyens et des objectifs négociés.

La caractérisation du pôle, de ses moyens et de ses indicateurs de résultats au moment de sa constitution doit reprendre le périmètre du pôle et les données chiffrées citées dans l'article 2-1 du contrat type. Les annexes doivent être signées en même temps que le corps du contrat.

L'analyse des résultats doit être effectuée. Les contrats annuels comportent la clause d'ajustement suivante :

« Dans la limite des budgets qui lui sont alloués, la direction du groupe hospitalier veille à la disponibilité des moyens prévus au contrat et au bon fonctionnement des équipements. Les causes d'un non-respect éventuel des objectifs seront analysées entre la direction du groupe hospitalier et le chef de pôle pour procéder aux réajustements nécessaires, notamment sur les moyens et les objectifs et mettre en place, si besoin, un dispositif d'accompagnement. »

Dans cette démarche contractuelle nouvelle, un travail complémentaire sera conduit en relation avec le comité de suivi des pôles sur les indicateurs institutionnels de suivi (nature, accessibilité) et pour proposer un canevas de contrat de gestion annuel. Le comité de suivi des pôles doit permettre de rapporter en CME les réussites et les difficultés rencontrées.

Le président demande qu'on mesure l'importance du travail accompli en rappelant que l'AP-PH compte 128 pôles.

Le P^f Gérard CHÉRON précise que 122 contrats de GH ont été examinés. Un avis favorable a été formulé. Des remarques particulières ont été exprimées en fonction des groupes hospitaliers.

Le P^f Paul LEGMANN, président de la conférence des chefs de pôle de l'AP-HP, souligne que la plupart des contrats sont fondés sur un projet conçu pour une durée de quatre ans. Cependant, un flou subsiste sur les objectifs et les moyens adossés en regard. Alors que des restructurations sont envisagées et que l'ouverture ou la fermeture de certaines consultations ou hôpitaux de jours sont prévues, il est nécessaire que des précisions soient apportées sur les possibilités d'investissement.

Il paraît donc souhaitable d'établir des contrats de gestion annuels, de nature plus technique, comportant des objectifs limités mais financés.

L'intégration du tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) au contrat pluriannuel constitue un point positif. Pour qu'une fiche de poste puisse être publiée, celui-ci doit figurer dans le contrat pluriannuel.

Le parc d'équipements devient rapidement obsolète. Il est donc important que, dans le cadre du contrat pluriannuel, les objectifs du pôle et les projets d'investissement soient confrontés et prennent la forme d'une trajectoire financière. Même si un contrat de pôle ne comporte pas d'engagement budgétaire précis, il doit fournir des précisions sur les possibilités d'investissement futur allouées aux pôles.

A défaut, les chefs de pôles exprimeront forcément des réticences à s'engager dans la signature d'un contrat pluriannuel.

La directrice générale M^{me} Mireille FAUGÈRE, se réjouit que l'important travail de réflexion qui a été mené débouche aujourd'hui sur une véritable construction commune. De fait, il était indispensable de clarifier les intentions globales du contrat de pôle.

Celui-ci peut se définir comme un engagement, contracté de bonne foi par les directeurs de groupes hospitaliers, les chefs de pôles et la direction, sur un projet médical. En revanche, le contrat de pôle ne consiste pas en un engagement pluriannuel sur les investissements. Il n'est pas possible d'annexer à ce contrat une prévision financière sur quatre ans.

Le P^f Paul LEGMANN insiste sur le fait que la vétusté de l'outil de travail mis à la disposition des pôles suscite de fortes inquiétudes. Cela concerne aussi bien l'accueil des patients, la sécurité des bâtiments et le renouvellement des équipements. Avant de s'engager dans un contrat pluriannuel d'objectifs, chacun attend quelques réponses sur le maintien, dans les années à venir, de la politique actuelle d'investissements. Il s'agit là d'un point crucial.

Le président constate un blocage. D'un côté, la directrice générale manifeste l'impossibilité d'un engagement financier sur quatre ans alors que, de l'autre, le représentant des chefs de pôles exprime un souhait ferme et réitéré en ce sens. Il serait donc nécessaire de trouver un compromis.

La directrice générale, M^{me} Mireille FAUGÈRE, rappelle que l'investissement se monte, depuis quelques années, à 500 millions d'euros, contre 300 millions d'euros dans les années 2000. De nouveaux hôpitaux sortent de terre, ce qui pèse lourd dans le budget. Par ailleurs, d'importants investissements sont affectés au système d'information et de gestion. Alors que l'endettement de l'AP-HP a doublé en cinq ans, il est indispensable d'augmenter sa capacité d'autofinancement.

Pour un chef de pôle, il est à la fois crucial d'investir dans des bâtiments permettant des conditions de travail modernes, dans les ressources humaines et dans la sécurité des équipements.

De manière globale, l'accent doit être mis sur la trajectoire financière de l'Assistance Publique, avant d'effectuer des arbitrages.

Le P^r Guy SEBAG revient sur le fait que l'obsolescence de certains matériels représente un risque pour la sécurité des patients. La communauté médicale exprime son adhésion au processus de contractualisation mais elle demande à être associée aux travaux de la direction de la stratégie de l'investissement pour organiser cette contractualisation à l'échelon des GH et des chefs de pôle. Ce chaînage est indispensable pour mobiliser les équipes.

Le P^r Michel FOURNIER estime que les représentants de la CME doivent être associés à la réflexion sur la planification. Pour distinguer certaines priorités parmi les équipements lourds, il est nécessaire de disposer des projections d'activités issues des établissements.

Le président pense que le groupe de la sous-commission des finances de la CME consacré aux travaux et équipements, présidée par Guy SEBAG, pourrait contribuer régulièrement à cette réflexion.

VII. Sécurisation du circuit des médicaments

Le président souligne que ce thème est essentiel à la mission première de la CME, qui porte sur la qualité et la sécurité des soins, et à l'accréditation des groupes hospitaliers.

Le P^r Béatrice CRICKX rappelle que les erreurs médicamenteuses suscitent des risques bien identifiés. Elles peuvent être liées à l'administration des médicaments (38 % des cas), à leur prescription (39 %), à l'approvisionnement et à la préparation (11 %), et à la retranscription (12 %).

Dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), une mission particulière a été confiée à la CME concernant la gestion des risques. Selon l'arrêté du 6 avril 2011 sur la politique du médicament, un responsable de la sécurisation du circuit doit être nommé au sein des établissements de santé. Complété par la circulaire du 14 février 2012, cet arrêté met l'accent sur :

- l'engagement fort de la direction générale et de la CME dans l'amélioration du dispositif ;
- l'élaboration d'un programme d'actions comprenant des indicateurs ;
- la désignation d'un responsable du système de management de la qualité de la PECM ;
- la formalisation des responsabilités à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse ;
- la définition d'un plan de formation pluriannuel pour les médecins et les personnels soignants ;
- la mise en œuvre d'une étude des risques encourus par les patients ;
- l'analyse des événements indésirables liés à la PECM et la planification des actions d'amélioration.

Trois pistes ont été identifiées.

A l'échelon central, un comité opérationnel se réunira le 14 avril. Il associera les médecins, les pharmaciens, la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et la direction financière. D'ores et déjà, des travaux ont été menés par la direction des soins infirmiers, suite à certains accidents sévères.

Les présidents de CMEL ont reçu un questionnaire destinés à identifier les personnes ressources dans chacun des GH. L'équipe se rendra dans les GH pour relever les expériences et cerner les points de difficultés. Un plan d'action sera proposé, appuyé par des outils d'évaluation comme Archimed et par des formations. Son calendrier, mis au point par l'ARS, s'achèvera au début de l'année prochaine. Enfin, s'agissant du NSI Patient, une démonstration du logiciel a été effectuée.

Les deux piliers fondamentaux du circuit du médicament sont la pharmacie à usage intérieur et l'unité de soins. La prescription est souvent effectuée par de jeunes médecins. Les étapes suivantes, pluridisciplinaires, sont l'analyse pharmaceutique, la préparation et la délivrance des médicaments, la vérification de la conformité de leur conformité et l'administration au patient. Dans l'ensemble du circuit, le rôle du transport et du stockage est très important. La traçabilité doit donc être effective à tous les niveaux.

Le président insiste sur la nécessité de relayer cette démarche obligatoire au sein des GH.

Le D^r Philippe ARNAUD rappelle qu'un recours en Conseil d'Etat a été déposé contre l'arrêté du 6 avril 2011. En effet, en cas de problème, ce texte tend à dédouaner l'Etat et les directeurs de leurs responsabilités. Par ailleurs, la notion de « médicament à risque » est dangereuse, en termes de sécurité sanitaire, puisque tout médicament comporte des risques.

Le circuit du médicament a déjà suscité une impressionnante quantité de rapports, notamment de la part de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de la Cour des Comptes.

Enfin, le circuit du médicament nécessite une informatisation de la prescription et de l'ensemble du circuit, jusqu'à l'administration du médicament elle-même. L'AP-HP doit s'engager à une automatisation susceptible d'apporter de réelles évolutions techniques.

Le rapport IGAS est dangereux pour la politique du médicament.

Le P^r Gérard REACH souligne que la médication peut évoluer au cours de l'hospitalisation d'un patient. Or lorsque celui-ci se retrouve à domicile, des difficultés ou des erreurs peuvent survenir dans l'administration des produits.

Le P^r Béatrice CRICKX répond que cette problématique est intégrée à la réflexion sur le suivi du patient et le lien entre l'hôpital et la médecine de ville.

Le D^r Philippe ARNAUD indique que la motion suivante sera publiée :

« Les organisations actuelles n'optimisent pas la coordination de la prise en charge thérapeutique du patient. Nous proposons, à l'instar du Centre 15, une cellule de permanence pharmaceutique, le Centre 51, associant les acteurs de santé publics et libéraux. »

VIII. Groupes de travail de la CME

Le **président** rappelle que la CME a toute latitude pour créer des groupes de travail *ad hoc*, temporaires ou permanents. Ceux-ci abordent les sujets qui ressortissent à leurs compétences, à l'exception des compétences des sous-commissions.

Leur objectif consiste à éclairer la CME sur des sujets qu'elle juge utile de suivre ou de mieux comprendre.

L'animateur du groupe doit être un élu de la CME. En revanche, les membres du groupe peuvent être des administratifs ou des collègues compétents n'appartenant pas forcément à la CME.

Lorsqu'un groupe sera constitué, le président lui adressera une lettre de mission. Celle-ci comportera une limitation temporelle : un groupe, fût-il permanent, doit être renouvelé d'année en année.

Les groupes de la CME sont distincts des groupes réunis au sujet des seize thèmes prioritaires du plan stratégique ainsi que des groupes de travail mis en place par la direction de la politique médicale, notamment sur les restructurations.

La veille sur le règlement intérieur de la CME constitue l'un des sujets prioritaires. Ce groupe se verra confier les recours pouvant émaner de collègues. Ceux-ci ne sont pas suspensifs. D'ores et déjà, l'ancien chef de service des urgences de l'HEGP, a expédié un recours. Ce groupe intitulé **Règlement intérieur et procédures**, animé par Béatrice CRICKX, sera donc sollicité très rapidement.

L'autre sujet prioritaire concerne l'état des lieux et la réorganisation de la médecine physique et de réadaptation (MPR) à l'AP-HP. En effet, cette spécialité importante connaît des difficultés d'organisation et de recrutement. Ce groupe dénommé **Médecine physique et réadaptation à l'AP-HP** sera animé par Jon-Andoni URTIZBEREA.

Enfin, un groupe doit mener une réflexion prospective sur les activités médicales ou chirurgicales pouvant susciter des contrats avec des professionnels libéraux dans les hôpitaux. La pose des stimulateurs cardiaques et la chirurgie de la main en font partie mais aussi la cardiologie, l'ophtalmologie et la radiologie. Ce groupe dénommé **Contrats établis entre médecins libéraux et AP-HP** est confié au P^f Thierry BÉGUÉ.

La veille sur les sujets informatiques ne requiert pas la constitution d'un groupe *ad hoc*. Elle est assurée par la sous-commission Activité et ressources de la CME, au sein du sous-groupe NSI, animé par le P^f Michel ZÉRAH, vice-président du sous-groupe.

Le **président** ajoute qu'il est envisageable de constituer un groupe de réflexion sur l'organisation des blocs opératoires, mais ce sujet est déjà traité dans le cadre des objectifs prioritaires du plan stratégique. Même si ce sujet est donc exclu du champ de la CME, celle-ci peut suivre les résultats des travaux de ce groupe. Le P^f François HAAB a demandé à être relevé de sa responsabilité, qui sera confiée au P^f François RICHARD.

En fonction des sujets abordés, des sous-groupes pourraient être créés ; un recensement préalable de ce que la DPM a déjà organisé s'avère nécessaire.

Le P^r Martin HOUSSET rappelle qu'un groupe de travail, associant la DPM et la CME sur la cancérologie a été constitué il y a déjà plusieurs années et qui a fait des travaux importants et intéressants. Il propose que cette dynamique soit pérennisée et le périmètre éventuellement revu pour ne pas repartir à zéro.

Le président est tout à fait d'accord pour procéder de la sorte.

Le P^r Thierry BÉGUÉ estime que, sur cette question, il convient de recourir à une démarche institutionnelle homogène et adaptable à l'ensemble des possibilités techniques. Il propose sa candidature pour animer ce groupe.

Le D^r Christophe TRIVALLE suggère d'associer les soins de suite et de réadaptation (SSR) à la réflexion sur le MPR. L'implication de la CME sur l'avenir des soins de longue durée à l'Assistance Publique est fondamentale.

Le vice-président pense qu'il faut éviter tout amalgame entre la problématique du MPR, et celle des soins de suite et de réadaptation (SSR). Le travail relatif au MPR constitue une priorité.

Le D^r Christophe TRIVALLE rappelle que des lits destinés aux soins de longue durée ont été transformés en lits d'EHPAD. Le rôle de la CME, dans ce domaine, est important.

Le président et le vice-président s'accordent à dire que le SLD est une problématique à part entière qui devra également être traitée.

Le D^r Patrick DASSIER souhaite savoir si des anesthésistes, membre de la CME peuvent faire partie du groupe de réflexion sur les blocs opératoires.

Le président estime cette demande légitime. Il propose de prendre contact avec le P^r François RICHARD.

Le P^r François HAAB indique qu'il s'est déplacé dans chacun des groupes hospitaliers. Un document relatif aux outils de pilotage sera distribué à l'ensemble des acteurs intervenant dans les blocs opératoires. 10 000 exemplaires sont en cours d'impression.

Dorénavant, au niveau du Siège, un réseau de pairs associera les présidents des conseils de blocs afin de favoriser la mise en œuvre des préconisations du groupe, la CME doit y être associée.

La journée du 19 octobre 2011 a rassemblé 150 personnes.

Le D^r Alain FAYE s'interroge sur la doctrine respective des groupes issus de la CME et celle des groupes constituée par la DPM.

Le président répond que la méthode de travail s'élaborera progressivement. Une réflexion sera menée avec la DPM, c'est-à-dire avec le P^r Michel FOURNIER, pour préciser cette articulation.

Enfin, **le président** annonce que M. le P^r Jean-François BERGMANN va quitter la présidence de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Il convient de lui trouver un remplaçant. Celui-ci doit être nommé par le président de la CME, qui se dit ouvert aux propositions des membres.

En l'absence de question diverse, la séance plénière est levée à 13 heures 10.

*

*

*

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

Mardi 10 Avril 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 mars 2012 à 16 heures 30