

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 18 NOVEMBRE 2014**

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 13 JANVIER 2015**

SOMMAIRE

I. Informations émanant du président de la CME	6
II. Information sur l'accord-cadre de coopération signé entre le Service de santé des armées et l'AP-HP	9
III. Politique de coopération entre l'AP-HP et les centres hospitaliers d'Île-de-France : bilan et enjeux	11
IV. Groupes de travail de la direction générale sur les urgences	14
V. Information sur le dispositif mis en place à l'AP-HP contre l'épidémie d'Ebola	17
VI. Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2015 de l'AP-HP	20
VII. Plan stratégique : avis sur le projet d'accueil des patients	21
VIII. Avis sur le bilan social 2013 de l'AP-HP	23
IX. Approbation des comptes rendus des réunions des 8 juillet 9 septembre 2014	25

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1. Informations émanant du président (P^r Loïc CAPRON)
2. Information sur l'accord-cadre de coopération signé entre le Service de santé des armées et l'AP-HP (M^{me} Christine WELTY)
3. Politique de coopération entre l'AP-HP et les centres hospitaliers d'Île-de-France : bilan et enjeux (P^r Loïc CAPRON)
4. Groupes de travail de la direction générale sur les urgences (M^{me} Christine WELTY, D^r Patrick PELLOUX)
5. Information sur le dispositif mis en place à l'AP-HP contre l'épidémie d'Ebola (D^r Sandra FOURNIER)
6. Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2015 de l'AP-HP (M^{me} Carine CHEVRIER)
7. Plan stratégique : avis sur le projet d'accueil des patients (M^{me} Sophie BENTEGEAT)
8. Avis sur le bilan social 2013 de l'AP-HP (M. Christian POIMBŒUF, M^{me} Hélène OPPETIT)
9. Questions diverses
10. Approbation des comptes rendus des réunions des 8 juillet et 9 septembre 2014

SEANCES RESTREINTES

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par convention à l'AP-HP au titre de l'année universitaire 2014-2015

Composition A

- Avis sur trois demandes de détachement de directeur de recherche dans le corps des PU-PH

- **Assistent à la séance**

• *avec voix délibérative :*

- M. le P^f René ADAM
- M. le P^f Yves AIGRAIN
- M. le P^f Jean-Claude ALVAREZ
- M. le P^f Philippe ARNAUD
- M. le P^f Jean-Yves ARTIGOU
- M^{me} le D^r Isabelle BADELON
- M. le D^r Guy BENOIT
- M^{me} le P^r Catherine BOILEAU
- M^{me} Anne-Sophie BOURREL
- M^{me} le D^r Anne Reine BUISINE
- M. le P^f Loïc CAPRON
- M. le P^f Stanislas CHAUSSADE
- M. le P^f Gérard CHÉRON
- M^{me} le P^r Isabelle CONSTANT
- M. le D^r Rémy COUDERC
- M^{me} le P^r Béatrice CRICKX
- M^{me} le D^r Sophie CROZIER MORTREUX
- M. le D^r Nicolas DANTCHEV
- M. le D^r Patrick DASSIER
- M^{me} Magalie DELAHAYE
- M. le P^f Marc DELPECH
- M^{me} le P^r Élisabeth DION
- M. le D^r Michel DRU
- M. le P^f Jacques DURANTEAU
- M. le D^r Alain FAYE
- M. le D^r Jean-Luc GAILLARD
- M. le P^f Noël GARABEDIAN
- M^{me} le P^r Pascale GAUSSEM
- M^{me} le D^r Anne GERVAIS HASENKNOPF
- M. le P^f Bruno GOGLY
- M. le P^f Bernard GRANGER
- M. Jules GREGORY
- M. le P^f Philippe GRENIER
- M. le D^r Christian GUY-COICHARD
- M. le D^r Olivier HENRY
- M. le P^f Martin HOUSSET
- M. Valentin JOSTE
- M^{me} le D^r Anna LAMBERTI TELLARINI
- M. le P^f Paul LEGMANN
- M. le P^f Guy LEVERGER
- M^{me} le P^r Ariane MALLAT
- M^{me} le D^r Martine MARCHAND
- M^{me} le D^r Lucile MUSSET
- M. Stefan NERAAL
- M. le P^f Gilles ORLIAGUET
- M. le D^r Patrick PELLOUX
- M^{me} le D^r Julie PELTIER
- M^{me} le D^r Valérie PERUT
- M^{me} Caroline RAQUIN
- M. le P^f Gérard REACH
- M. le P^f Christian RICHARD
- M. le D^r Frédéric RILLIARD
- M. le P^f Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P^f Guy SEBAG
- M. le D^r Georges SEBBANE
- M^{me} le D^r Annie ROUVEL-TALLEC
- M. le D^r Christophe TRIVALLE
- M. le D^r Jon Andoni URTIZBEREA
- M^{me} le P^r Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P^f Dominique VALEYRE
- M. le P^f Jean-Philippe WOLF
- M. le P^f Michel ZERAH

- ***avec voix consultative :***
 - M^{me} Corinne GUÉRIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
 - M. Martin HIRSCH, directeur général
 - M. le P^r Jean-Michel SCHERRMANN, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
 - M. le P^r Benoît SCHLEMMER, directeur de l'UFR de médecine de l'université Denis-Diderot
 - M^{me} Françoise ZANTMAN, présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le P^r Jean-Luc DUMAS, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Nord
 - M. le P^r Serge UZAN, directeur de l'UFR de médecine de l'université Pierre et Marie Curie
 - M^{me} le D^r Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la santé au travail à l'AP-HP
 - M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

- ***les représentants de l'administration :***
 - M^{me} Laure BÉDIER, directrice des affaires juridiques
 - M^{me} Sophie BENTEGEAT, directrice des patients, usagers et associations
 - M. Patrick CHANSON, directeur de la communication
 - M^{me} Carine CHEVRIER, directrice des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine
 - M. Gérard COTELLON, directeur de cabinet du directeur général
 - M. Christian POIMBŒUF, directeur des ressources humaines
 - M^{me} Florence VEBER, déléguée aux relations internationales
 - M^{me} Amélie VERDIER, secrétaire générale
 - M^{me} Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités

 - M^{me} Sylvia BRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
 - M. Marc DUPONT, direction des affaires juridiques
 - M^{me} Hélène OPPETIT, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
 - M^{me} Gwenn PICHON NAUDE, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités

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

- ***Membres excusés :***
 - M^{mes} et MM. les D^{rs} et P^{rs} Michel AUBIER, Thierry BÉGUÉ, Ghislaine BRÉFORT, Bruno CARBONNE, Jean-Claude CAREL, Pierre CARLI, Thierry CHINET, Nathalie DE CASTRO, Marie-Hélène NICOLAS-CHANOINE
 - M^{me} Isabelle KERHOAS

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P^r Loïc CAPRON.

I. Informations émanant du président de la CME

Le président informe la CME du départ du représentant des DES de médecine générale, M. Mathieu PICCOLI, remplacé par M. Stefan NERAAL. Il commence son 5^e semestre aux urgences de la Pitié-Salpêtrière et remplacera M. Mathieu PICCOLI à la présidence du syndicat représentatif parisien des internes en médecine générale.

Le P^r Bertrand FONTAINE, vice-président recherche du directoire, a été élu à l'unanimité président du CRMBSP (comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique) le 14 novembre 2014.

La précédente CME avait désigné le P^r Jean-Marie LE PARC, rhumatologue à Ambroise-Paré, pour siéger à la commission locale d'activité libérale (CLAL) du groupe hospitalier (GH) *Hôpitaux universitaires Paris-Île-de-France-Ouest* (HUPIFO) comme praticien n'exerçant pas d'activité libérale. Il est parti à la retraite en août dernier et doit être remplacé. Le GH propose la désignation du P^r Laurent TEILLET, gériatre. *La CME approuve la désignation du P^r Laurent TEILLET, à la CLAL du GH HUPIFO.*

La commission centrale de l'activité libérale sera renouvelée en janvier 2015. La CME du 9 décembre désignera trois membres :

- deux exerçant une activité libérale ; il s'agit actuellement, du P^r Loïc GUILLEVIN, interniste désormais consultant, et du P^r Fabrice MENEGAUX, chirurgien à la Pitié-Salpêtrière ;
- un sans activité libérale, actuellement, le D^r Alain FAYE, membre de la CME et PH de chirurgie digestive à l'HEGP.

En mars 2015, la CME désignera deux praticiens dans chacune des CLAL, qui doivent toutes être renouvelées en avril 2015.

Le bureau de la CME élargi aux membres de la sous-commission du temps et des effectifs médicaux se réunit le 19 novembre pour travailler sur la révision 2015 des effectifs de praticiens hospitaliers (PH). La présence des présidents de CME locale, membres de droit du bureau, est vivement souhaitée. Le jury de sélection des trois postes de PH contractuels pour le 1^{er} aval des urgences se réunit le même jour.

Le groupe *ad hoc* de la CME sur l'Hôtel-Dieu tiendra sa 1^{ère} réunion le 21 novembre à 17 heures 30. Il se réunira à une cadence rapprochée pour être en mesure de présenter ses propositions et conclusions en avril 2015. Avant cette date, il est prématuré de présumer l'avis de la CME.

Le directeur général et le président de la CME mettent la dernière main à la composition du nouveau comité cancer de l'AP-HP, chargé de suivre la mise en œuvre du *Plan cancer 3* et des recommandations formulées par le doyen Serge UZAN.

Le président rappelle que cette CME va aborder la dernière année de son mandat. Il ne sera pas candidat pour un nouveau mandat à la CME. En l'absence de questions diverses, le président cède la parole au directeur général.

Le directeur général annonce que le D^r Laurent TRELUYER qui a occupé précédemment les fonctions de directeur des systèmes d'information à l'Institut Gustave-Roussy, en charge actuellement des systèmes d'information à l'ARS, rejoindra l'AP-HP au début de l'année 2015, au poste de directeur des systèmes d'information. La direction des services d'information (DSI), en cours de réorganisation, sera davantage connectée avec les directeurs des systèmes d'information des groupes hospitaliers afin de faire avancer les sujets, notamment le déploiement du système d'information patient et le système d'identification unique.

D'autres nominations ont été confirmées depuis la dernière CME. M^{me} Christine WELTY est désormais de plein exercice en qualité de directrice de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU). À la direction du groupe hospitalier Paris-Sud, elle a été remplacée par M^{me} Elsa GENESTIER qui a travaillé à l'AP-HP, puis à l'AGOSPAP et à la Croix-Rouge. M. François CREMIEUX occupe désormais la direction du GH *Hôpitaux universitaires Paris-Nord-Val-de-Seine* (HUPNVS), il a travaillé dans plusieurs groupes hospitaliers, ainsi qu'au cabinet de la ministre de la Santé. M^{me} Florence FAVREL-FEUILLADE, directrice de la recherche à Bicêtre, remplace M. Christophe MISSE au département de la recherche clinique et du développement (DRCD), ce dernier rejoignant le site d'Étampes. Une réflexion est en cours sur cette direction pour répondre aux insatisfactions exprimées sur son fonctionnement et lui permettre de travailler avec le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), avec l'appui des médecins et des chercheurs. Ce chantier sera mené dans les prochains mois pour mettre en œuvre un fonctionnement plus performant à la fin du premier trimestre 2015.

Une mission d'audit sur le service d'accueil des urgences (SAU) de Cochin a été menée par les P^{rs} Dominique PATERON et Enrique CASALINO avec l'aide de deux cadres supérieurs à la demande du groupe hospitalier. Elle doit proposer des solutions d'appui pour remédier aux difficultés.

Une réforme des crèches de l'AP-HP est en cours. Des négociations sont ouvertes avec les organisations syndicales. Les crèches sont un élément important de la politique de l'AP-HP, dont la tarification et les normes ne relèvent pas du droit commun. L'objectif est de signer une convention avec la caisse d'allocation familiale pour percevoir les subventions de la branche famille, dont le montant peut atteindre 13 à 15 M€ par an. Pour ce faire, une tarification de droit commun doit être mise en place qui s'avère supérieure aux tarifs actuellement appliqués. Un système de compensation dégressif en fonction des revenus est mis en place, afin qu'il n'y ait pas d'augmentation brutale des tarifs. En fonction de l'évolution des revenus du ménage, les tarifs augmenteront, les plus élevés pouvant être alignés sur le droit commun, à l'instar des crèches municipales. La réforme entrera en vigueur le 1^{er} mars 2015 et s'accompagnera d'un élargissement du nombre de places disponibles.

Le D^r Christian GUY-COICHARD craint que l'augmentation des tarifs n'obère l'attractivité de l'AP-HP vis-à-vis des professionnels médicaux et non médicaux, notamment des cadres de santé.

Le directeur général répond que pour éviter une augmentation brutale des tarifs, un système de compensation est à l'étude. Les discussions sont ouvertes avec les organisations syndicales et deux mois de délais supplémentaires ont été actés pour mener à bien la réforme, qu'il estime nécessaire.

Grève des internes :

M. Jules GREGORY explique que la grève du 17 novembre n'a pas rencontré d'écho chez les internes parisiens, avant tout préoccupés par la qualité de leur formation. Dans le cadre de la réforme du 3^e cycle, la réduction de la durée de la formation leur semble inquiétante. Celle-ci est suivie avec une grande vigilance.

M. Mathieu PICCOLI précise que les organisations représentatives des internes ont considéré que le texte de la réforme ne justifiait pas le lancement d'un appel à la grève. Elles émettent des remarques sur la mise en conformité avec les règles européennes et les moyens octroyés aux services pour assurer la qualité de la formation en tenant compte de leurs capacités. Cette problématique est plus importante pour les internes. Dans le cadre de la réforme du temps de travail, trois éléments pourraient déclencher un mouvement de grève : la défense de la qualité de l'internat de médecine générale à Paris, la réforme de l'internat et la possibilité d'une médecine du travail pour l'ensemble de la communauté médicale. M. Mathieu PICCOLI remercie particulièrement le P^f Jean-Yves ARTIGOU et le président pour les travaux menés ces deux dernières années.

M. Stefan NERAAL indique que la proposition de texte du ministère sur le temps de travail satisfait en partie les internes, mais ils souhaitent que la formation soit sanctuarisée. De ce point de vue, prévoir une demi-journée de formation personnelle hors temps de travail leur semble dangereux et les internes attendent un retour du ministère sur cette disposition contenue dans le projet de réforme. M. Stefan NERAAL attire également l'attention sur le temps de travail : il serait nécessaire de disposer de sept internes au lieu de cinq actuellement pour assurer les gardes en respectant la limite de 48 heures par semaine. Enfin, le troisième point d'attention dans la réforme est le respect du repos de sécurité.

Le P^f Jean-Yves ARTIGOU, responsable du groupe des internes, confirme que le mouvement de grève des internes est peu suivi en Île-de-France. L'ancienneté de la réflexion sur le repos de sécurité à l'AP-HP peut l'expliquer, car la réforme privilégie la formation sur le temps de travail. Il est par ailleurs envisagé d'imposer un taux d'inadéquation de 7 %, ce qui semble impossible sur un volume de plus de mille internes. Ce débat doit être abordé avec souplesse et personnalisation.

Concernant le taux d'inadéquation lors des choix de stages, **M. Stefan NERAAL** précise que les internes se réjouissent que le ministère ait opté pour un taux à 7%, néanmoins il devrait être réadapté spécifiquement en médecine générale Île de France car 100 postes non pourvus, ce serait trop.

Le président rappelle que le taux d'inadéquation assure un écart entre le nombre de postes proposés au choix et le nombre d'internes les choisissant, de manière à ce que le dernier à choisir dispose de plusieurs options.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE souligne que le taux d'inadéquation laisse une capacité prévisionnelle aux chefs de service et de la liberté aux internes. En raison de l'évolution du métier médical, du nombre de lits et de l'hospitalisation de jour, il recommande de revoir les conditions de répartition des internes, en déterminant le nombre optimal d'internes par service. Ils ne doivent pas être trop nombreux pour assurer une formation de qualité, notamment dans les spécialités techniques. Le P^f Stanislas CHAUSSADE relève le problème du financement des postes d'internes par la T2A doit être réglé. On ne peut imposer des postes supplémentaires fin août, lorsque l'application du numerus clausus permet de les anticiper.

Le président constate que le taux d'inadéquation expose les chefs de service au risque de n'être pas choisis. Un service où les internes sont mécontents de leurs conditions de travail ou de leur formation peut donc en subir les conséquences ; ce qui est indiscutablement vertueux.

Le P^r Benoît SCHLEMMER rappelle que les décisions sur les effectifs alloués à l'Île-de-France dépendent du ministère et non de l'ARS d'Île-de-France. Celle-ci se réjouit que le ministère entende enfin les demandes formulées par les responsables de l'Île-de-France, y compris par les doyens, en faveur de l'ensemble des disciplines. Le P^r Benoît SCHLEMMER insiste par ailleurs sur le fait que les internes sont des médecins en formation. Il est primordial d'assurer la qualité de cette formation. Rappelant qu'avant toute affectation, une procédure d'agrément doit être suivie, il recommande de préciser préalablement le nombre d'internes optimal par structure dans ces procédures.

Le P^r Bernard GRANGER rappelle que les économies demandées à l'AP-HP en matière de personnel médical ne doivent concerner que les effectifs seniors. Il convient donc de dissocier ce sujet du problème du financement des postes d'internes. Lorsque l'ARS ouvre des postes, l'AP-HP s'engage à ce qu'ils soient financés, mais les règles de financement n'existent pas. Il demande donc une réflexion sur la création d'un dispositif central pour assurer le financement de ces postes d'internes supplémentaires.

Le président appuie cette demande.

Le directeur général indique qu'en 2015, l'AP-HP s'acquittera d'une dépense supplémentaire de 1,632 M€. Elle doit être prélevée sur le budget de l'AP-HP, qui est unique et réparti entre les hôpitaux.

Le D^r Alain FAYE précise que la commission sur le temps de travail recommande de densifier les formations, à raison d'un ratio de deux internes en plus du nombre de salle d'opération dont dispose le service de chirurgie, à l'exception des services assurant des gardes dont la dotation minimale est de 7 internes. Cette densification est indispensable lorsque le temps de travail diminue, que la récupération des gardes est effective et que le nombre d'heures de formation diminue en conséquence.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne que le mouvement de grève des internes soulève des questions de fond, dont celle des conditions de travail. Le nombre d'internes assurant des gardes et le respect du repos de sécurité sont importants. Au regard de la faible rémunération des gardes et astreintes et des difficultés qu'ils rencontrent à se loger, il est compréhensible que les internes n'aient pas envie de s'engager dans l'hôpital public. La qualité des conditions de travail est un enjeu majeur, que les cliniques privées savent relever pour assurer leurs recrutements.

Le D^r Patrick DASSIER estime que le respect du repos de sécurité ne nuit pas à la formation et réduit les risques psychosociaux. En effet lorsqu'un interne est de garde il travaille le jour et la nuit de garde. Il est en principe encadré et formé pendant toute cette période.

II. Information sur l'accord-cadre de coopération signé entre le Service de santé des armées et l'AP-HP

M^{me} Christine WELTY annonce que le ministère de la Défense a demandé au Service de santé des armées (SSA) de concentrer ses efforts sur la prise en charge des blessés de guerre sur le théâtre des opérations extérieures. Des restructurations et des regroupements d'activités hospitalières sont en cours : la plateforme parisienne sera désormais constituée des hôpitaux d'instruction des armées (HIA) Percy et Bégin, la fermeture du Val-de-Grâce étant programmée d'ici à fin 2017. La

répartition des activités du Val-de-Grâce transférées sur ces deux hôpitaux sera connue courant décembre. Dès lors, les groupes hospitaliers concernés par une coopération avec l'un ou l'autre des HIA seront réunis pour élaborer le projet de coopération. Les contacts entre les acteurs sont actuellement nombreux mais les décisions devront être partagées entre l'AP-HP et la direction du SSA.

Le président déplore que la CME et lui-même aient eu connaissance de cet accord-cadre par une dépêche d'agence de presse. L'argument du « secret défense » n'est pas recevable lorsqu'il s'agit de politique médicale. Le président de la CME est tout à fait apte à respecter la confidentialité d'une information. Il doute en outre de l'exclusivité du contrat entre le SSA et l'AP-HP, puisqu'il semble que les militaires veulent conserver des relations étroites avec l'hôpital Sainte-Anne et qu'une seconde coopération soit envisagée avec le centre René-Huguenin–Institut Curie, qui se servirait du bâtiment du Val-de-Grâce comme rocade pendant ses travaux de rénovation.

Le directeur général indique que plusieurs discussions ont eu lieu sur l'évolution du service de santé des armées (SSA) avec l'ARS. À l'été 2014, le ministre de la Défense a informé trois personnes, dont M. Martin HIRSCH, de sa décision de fermer le Val-de-Grâce, en requérant le secret absolu d'ici son annonce officielle. Le directeur général s'est donc fait un devoir de le respecter. Cette position n'est pas agréable à tenir, notamment lorsque des scénarios intégrant le Val-de-Grâce sont évoqués en réunion par président de la CMEL du groupe hospitalier Paris-Centre. En tant que fonctionnaire, il était cependant tenu de respecter sa parole, de même que les médecins respectent le secret médical. Le ministère de la Défense traite des sujets sensibles lorsqu'il lance des restructurations importantes sur un établissement aussi symbolique. Il est compréhensible qu'il ait souhaité éviter la circulation des rumeurs. Le directeur général assure que le SSA souhaite limiter sa coopération à l'AP-HP. L'ARS défend un autre point de vue soutenu par sa volonté de rééquilibrage territorial. Pour cette raison, le SSA et l'AP-HP ont créé un comité de pilotage bilatéral pour porter des positions partagées dans le comité incluant l'ARS. Quant à l'Institut Curie, il a demandé à l'AP-HP si des locaux étaient disponibles pour une rocade. La direction générale a informé ce point, tout en proposant de se rencontrer pour discuter d'une solution alternative au Val-de-Grâce dans le contexte de sa fermeture. Enfin, il ne semble pas que le SSA prévoit une coopération avec l'hôpital Sainte-Anne.

Le P^r Stanislas CHAUSSADE attire l'attention sur la situation de la radiothérapie. Deux accélérateurs vont être fermés au Val-de-Grâce et quatre machines seront changées en 2015, alors que les délais d'attente sont longs pour accéder à cette technique. 6 M€ ont été investis dans des installations, mais un nouveau plateau technique de médecine nucléaire doit être construit à Cochin... L'emploi des fonds publics est peu compréhensible. Par ailleurs, l'hôpital Sainte-Anne, qui est lié à l'université de Paris V et a besoin de mettre aux normes ses bâtiments et son plateau technique, a demandé un rapprochement avec le Val-de-Grâce. Il est incompréhensible qu'une rocade lui soit refusée, alors qu'elle est accordée à l'Institut Curie.

Le P^r Martin HOUSSET indique que la structure du Val-de-Grâce n'est pas transférable dans les autres hôpitaux militaires. Elle traite 600 malades, en lien direct avec les centres de cancérologie Paris-Centre et Paris-Ouest. Il n'existe pas d'alternative pour prendre en charge un nombre aussi important de patients. La fermeture du Val-de-Grâce aura des conséquences sur le fonctionnement de la cancérologie, notamment pour le GH Paris-Centre, qui doivent être anticipées.

Le directeur général affirme être sensibilisé à cette question. Pour cette raison, le premier thème de travail du groupe cancer portera sur la radiothérapie. L'AP-HP doit pouvoir se positionner au début de l'année 2015 pour choisir l'une des trois options et consolider la radiothérapie, qui fera l'objet d'investissements. La situation du Val-de-Grâce est complexe : l'investissement de 6 M€

doit être mis en regard des 180 à 200 M€, dont le contribuable s'acquitterait s'il était maintenu, alors que les militaires reconnaissent ne pas en avoir l'usage.

Le D^r Patrick PELLOUX demande où sera transféré le caisson hyperbare, sachant qu'il n'en reste qu'un à Garches. Il souhaite également savoir qui finance le transfert du service des grands brûlés militaires pris en charge par le service de l'hôpital Saint-Louis lors de la fermeture temporaire de ce dernier. Enfin, il s'enquiert du sort réservé à la coronographie interventionnelle du Val-de-Grâce.

Le P^r Paul LEGMANN et souhaiterait que la DOMU monte un groupe de réflexion sur le devenir des équipements de médecine nucléaire du Val-de-Grâce. En effet, il suppose que les trois médecins militaires qui font fonctionner l'unité de médecine nucléaire vont revoir leurs objectifs de carrière d'ici 2017.

M^{me} Christine WELTY rappelle que la première étape à franchir est la répartition des activités entre les deux hôpitaux des armées. Lorsqu'une décision aura été arrêtée, probablement mi-décembre, les directeurs des groupes hospitaliers pourront se réunir pour travailler sur les sujets évoqués. L'accord-cadre de coopération prévoit bien la mise en place de groupes de travail sous la forme de comités opérationnels par activités dotés d'un pouvoir de décision.

En conclusion, **le président** souligne que la fermeture du Val de Grâce contribue à atteindre l'objectif de réduction du nombre de lits d'hospitalisation dans Paris.

III. Politique de coopération entre l'AP-HP et les centres hospitaliers (CH) d'Île-de-France : bilan et enjeux

Le président dresse le tableau des relations entre les CH et l'AP-HP avant 2012 :

- forte consanguinité entre l'AP-HP et les CH, puisque presque tous les praticiens hospitaliers d'Île-de-France sont issus de l'AP-HP ;
- relations fondées sur les « affinités électives » concernant surtout les malades compliqués et orientées généralement dans le sens des CH vers l'AP-HP ;
- liens créés par la circulation des internes ;
- universitarisation sporadique, avec des stages d'étudiants hospitaliers (externes) et quelques équipes hospitalo-universitaires (Versailles, Poissy-Saint-Germain, CH intercommunal de Créteil, Villeneuve-Saint-Georges pendant un temps, etc.) ;
- quelques complémentarités bien organisées mais éparées : concertations territoriales en Seine-Saint-Denis, quelques productions académiques communes (recherche clinique), par exemple.

Depuis une dizaine d'années, d'importants investissements ont été réalisés dans la périphérie parisienne : construction des CH Sud-francilien, de Jossigny, de Gonesse ; extensions à Villeneuve-Saint-Georges, Aulnay-sous-Bois, Argenteuil, Montreuil, etc.

Des questions dérangeantes pour l'AP-HP se posent désormais : où vivent les Franciliens aujourd'hui ? Les CH ont-ils toujours autant besoin du recours à l'AP-HP ? La relève médicale est-elle assurée dans les CH ?

Sous le mandat de l'actuelle CME commencé en 2012, sous l'impulsion de l'ARS, le président de la CME (PCME) a très tôt affirmé sa volonté de soutenir la création de liens plus structurés entre l'AP-HP et les CH, avec des actes concrets dans cette direction :

- rencontres régulières entre les présidents de CME des CH et de l'AP-HP ;
- séminaire stratégique de la CME de l'AP-HP en septembre 2013 sur le thème *L'AP-HP en Île-de-France* ;
- nombreuses visites du président de la CME (PCME) de l'AP-HP dans les CH (Versailles, Corbeil, Pontoise, Jossigny, Aulnay, Gonesse, Villeneuve-Saint-Georges, Argenteuil, Montreuil et autres à venir en 2015) ;
- invitation du président des PCME de CH (D^f Pierre FOUCAUD, Versailles) à la CME de l'AP-HP le 10 juin 2014 ;
- participation au jury de l'ARS pour le financement d'assistants partagés par le fonds d'intervention régional (FIR), réuni le 22 septembre 2014 ;
- invitation du PCME de l'AP-HP à la 1^{ère} journée des PCME de CH d'Île-de-France le 25 septembre 2014 ;
- inscription de la coopération entre les CH et l'AP-HP dans le projet médical et le plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019.

Mais des freins existent :

- le découpage en sept facultés de médecine ;
- l'enjeu des postes hospitalo-universitaires hors AP-HP, avec une inégalité des ressources entre Paris intra muros ou mixtes (Paris 5, Paris 6, Paris 7), et extra muros (Paris 11, Paris 12, Paris 13, Versailles-Saint-Quentin). Les universités bien pourvues sont au centre, les plus pauvres en périphérie ;
- l'asymétrie géographique pesante de l'AP-HP concentrée sur le centre de l'Île-de-France, et plus particulièrement au sud, quand l'évolution démographique se fait en périphérie.

Pour schématiser : les CH attendent des médecins, praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, l'AP-HP attend des malades pour ses activités de recours, et les UFR attendent des stages pour les externes toujours plus nombreux. Deux enjeux importants les réunissent tous : la qualité et la sécurité des soins, et la recherche clinique où les attentes réciproques sont fortes.

Pour l'avenir, le président souhaite que soit gardé le pli qu'il s'est efforcé de faire prendre à l'AP-HP pendant son mandat, en respectant son unicité, et en veillant à la coordination des initiatives entre CH, UFR et AP-HP. Il prône une concertation territoriale harmonieuse, basée sur des projets médicaux, pédagogiques et hospitalo-universitaires solides, sans saupoudrage ni parachutage. Il penche pour une exclusivité des coopérations : un CH peut coopérer avec plusieurs GH, mais pas avec plusieurs UFR. Ces coopérations doivent se fonder sur des contrats signés et validés.

L'avenir doit donner la priorité à la QSS et à la CAPCU dans les « parcours patient ». Il faut suivre l'expérience des assistants partagés. Ces coopérations doivent aussi concerner les GH et UFR situés dans Paris intra muros, ainsi que les hôpitaux de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD).

Le président propose de créer une instance officielle de concertation qui associerait les PCME de CH, les PCME des GH, le PCME de l'AP-HP et les doyens. Il recommande de muscler les actions du groupement interrégional de recherche clinique (GIRCI) d'Île-de-France, en lien avec le DRCD, le CRMBSP et les facultés de médecine.

Le P^r Serge UZAN recommande de bannir l'exclusivité des coopérations, notamment avec les UFR, car elle sera toujours contournée, y compris par le secteur privé. Il importe avant tout que les filières bénéficient aux patients. Les hôpitaux généraux peuvent utiliser les concurrences entre UFR pour offrir les postes et souvent, les coopérations se déroulent bien. Les services peuvent préférer les étudiants d'une UFR. La seule solution est de présenter la meilleure offre, éventuellement regroupée, formalisée et conventionnelle. Il n'est pas aberrant que Jossigny signe des conventions avec différents hôpitaux en fonction des spécialités.

Le président lui demande son avis sur la stimulation académique d'un CH qui aurait des PU de différentes facultés.

Le doyen DUMAS remercie le président de porter cette réflexion publique. En tant que doyen de la faculté de Bobigny, il y est particulièrement sensible. L'existence de sept facultés de médecine ne doit pas être considérée comme un embarras, mais comme un avantage, en s'organisant pour assurer une complémentarité sur le territoire. Sur ces territoires, les doyens attendent de leurs relations avec l'AP-HP une amélioration de leur capacité de formation. Ce n'est cependant pas le principal. Le sujet central pour eux est l'implantation de l'université sur un territoire, qui devrait devenir un territoire de santé universitaire. Cette mission territoriale de santé de l'université ne peut se limiter aux relations hospitalières : elle doit intégrer l'ambulatoire. De ce point de vue, l'universitarisation de la médecine générale leur apporte un réseau universitaire ambulatoire et hospitalier et permet de proposer des schémas organisationnels pour la prise en charge de la santé dans les territoires. Il ne s'agit pas de proposer des projets HU (hospitalo-universitaires), mais des projets « SU », c'est-à-dire de santé universitaire.

Le P^r Noël GARABEDIAN distingue les aspects universitaire et hospitalier. Les hôpitaux ont besoin de réseaux : l'organisation en hôpitaux de première et seconde intention et de recours permet de réaliser un maillage important. L'association d'un CH et d'un GH ne suffit pas : les conventions doivent être portées globalement par l'AP-HP et chaque service doit pouvoir choisir librement ses coopérations. L'universitarisation de l'hôpital, quant à elle, proviendra de l'enseignement dispensé et de l'ancrage de l'université dans sa région, plutôt que du saupoudrage des postes.

Le P^r Paul LEGMANN souligne que les centres hospitaliers se situent principalement en périphérie. Le développement des relations avec ces derniers est plus simple qu'avec ceux du centre de l'agglomération parisienne, directement concurrents de l'AP-HP, « universitarisés » en partie et dont le statut des praticiens manque de clarté.

Le président suppose qu'il évoque les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), avec lesquels ses efforts ont été vains. Ils ne veulent pas réfléchir avec l'AP-HP, contrairement aux CH. Ils sont très concurrentiels et tirent avantage de leur capacité à mieux rémunérer les praticiens tout en leur concédant un temps partiel à 80 %, qui leur permet de mener une activité libérale dans les 20 % de temps restant.

Le D^r Anne GERVAIS invite M^{me} Christine WELTY à expliquer comment des praticiens hospitaliers de CH peuvent venir participer à l'activité clinique à l'AP-HP.

M^{me} Christine WELTY indique qu'il faut distinguer entre protocole de recherche et convention de partenariat. Lorsqu'il s'agit d'un protocole de recherche, des conventions de recherche sont signées entre le centre investigateur principal (AP-HP) et le centre associé (CH). Il s'agit du contrat unique, organisant la prise en charge des surcoûts et la répartition des inclusions. S'agissant des conventions de partenariat pour la prise en charge des patients, l'intervention de praticiens hospitaliers des CH à l'AP-HP ou de praticiens de l'AP-HP au sein de CH suppose également une

déclaration aux deux directeurs des établissements concernés indiquant la participation du praticien à une activité clinique dans un autre établissement que le sien.

Le P^f Gérard REACH souligne que les hôpitaux universitaires et non universitaires se rencontrent dans les collégiales. En endocrinologie, la collégiale réunit les deux. L'organisation des conventions pourrait leur être confiée.

Le président observe que la plupart des collégiales reçoivent principalement les PU de l'AP-HP.

Le directeur général indique qu'une cartographie des coopérations avec les CH est en cours de finalisation et que la question de la tarification est à l'étude. Pour proposer un modèle économique dans lequel les intérêts convergent, une modification du mode de tarification sera indispensable puisque le système actuel n'encourage pas les coopérations. L'AP-HP doit pouvoir proposer un mode de partage de la valeur aux CH.

Le président souligne l'importance de ce point, soulevé systématiquement par les CH dans les discussions.

IV. Groupes de travail de la direction générale sur les urgences

Le D^f Patrick PELLOUX remercie la CME pour son intérêt pour la stratégie des urgences, dont il souligne l'importance. Le groupe de travail sur la place du SAU de l'Hôtel-Dieu s'est réuni à plusieurs reprises. La fermeture des urgences a été évoquée, mais il reste 75 passages par jour, dont 5 % donnent lieu à une hospitalisation. Le personnel qui tient le service reste très motivé et attend de la visibilité. À aucun moment, le groupe de travail n'a demandé le retour à un hôpital classique. L'importance de la psychiatrie est à noter dans la permanence des soins assurée par l'Hôtel-Dieu.

Des visites ont été organisées dans les groupes hospitaliers pour rencontrer les équipes et leur présenter le plan stratégique des urgences. Des résultats rapides sont attendus grâce à la volonté des groupes hospitaliers et des présidents de CMEL.

Parmi les actions majeures, sont à citer : la bienveillance à l'accueil, l'accompagnement des familles fragiles et les circuits courts. L'enjeu principal réside dans le pilotage stratégique et la contractualisation entre le siège et les groupes hospitaliers. La contractualisation avec le SAMU et les sapeurs-pompiers vise à protéger les patients et assurer leur orientation vers les bons services. Progressivement, l'idée de l'anticipation est mieux comprise. Au niveau du pilotage opérationnel, Pierre Carli dirige la « brigade des urgences », qui supervise les groupes hospitaliers et doit permettre l'amélioration de la prise en charge. La nouvelle stratégie des urgences, si elle parvient à être déployée, apportera une modernité indéniable à l'AP-HP.

Le président souligne que l'aval fait partie de la problématique des urgences. Ce sujet sera traité lors de la prochaine CME. Le point retenant davantage l'attention est le SAU de l'Hôtel-Dieu. Le rapport qu'a écrit Pierre CARLI propose d'augmenter le recrutement de l'Hôtel-Dieu en y accueillant par exemple les touristes ou les accidentés du travail. Il souhaite recueillir l'avis du D^f PELLOUX sur ces propositions ainsi que sur le projet d'accord sur la régulation entre le SAMU et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) qui ont longtemps eu des relations conflictuelles.

Sur ce dossier, **le D^f Patrick PELLOUX** constate une volonté de travail commune. Le principal enjeu est celui de la régulation des flux de malades au niveau des ambulances et des sapeurs-pompiers (urgences relatives). Ce n'est pas un projet de maison médicale de garde : ce type d'établissement assure rarement la traumatologie, ce que l'Hôtel-Dieu peut faire. À l'accueil des

touristes, s'ajoute le lien avec le secteur médico-judiciaire. Enfin, les déménagements des préfectures de police et du tribunal n'ont pas d'échéance à ce jour.

Au nom de ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins **le président** demande que, préalablement à tout début d'expérience, un protocole rigoureux soit écrit. Il est hors de question de se lancer dans un tel projet sans démontrer formellement au préalable qu'il ne mettra pas les patients en danger. L'expérience montre que la régulation pré-hospitalière reste une source d'erreurs qui peuvent retarder la mise en œuvre de soins adéquats. Il faut prouver la non dangerosité avant de rouvrir l'Hôtel-Dieu aux malades en ambulance.

Le D^f Patrick PELLOUX indique que le changement de générations au SAMU et aux sapeurs-pompiers a permis une évolution de leurs relations avec l'AP-HP. Les pompiers transportent désormais les patients dans le bon hôpital et il devrait être possible de réguler le plan secours. Des progrès de qualité sont réalisés. Le D^f Patrick PELLOUX se déclare convaincu de la possibilité d'une régulation commune, mais doute qu'un protocole puisse être signé avec des militaires.

Le président indique qu'il ne donnera pas son aval à ce montage sans garantie probante. Celui qui décidera sans lui le fera à ses risques et périls.

Le D^f Julie PELTIER souligne que le temps d'attente aux urgences est une préoccupation importante. Il devrait être corrélé au taux de réadmission des urgences.

Le D^f Patrick PELLOUX partage cette remarque, tout en soulignant que la rapidité n'est pas toujours gage de qualité. Les circuits rapides doivent faire l'objet d'une réflexion, il est préférable d'obtenir rapidement les résultats d'un examen, plutôt que de laisser repartir un patient. Les cliniques privées parviennent à une plus grande efficacité. Il importe de faire de même, en accordant la priorité à la bienveillance, à la rapidité et à la sécurité.

Le D^f Anne GERVAIS souligne que le taux d'occupation ou le temps de passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) n'est pas un indicateur de qualité de prise en charge. Elle appuie donc le propos du D^f Julie Peltier.

Le D^f Patrick PELLOUX rappelle que le plan stratégique prône un passage à l'action et à la modernité. Il fait preuve de réalisme pour améliorer l'accueil et la sécurité des patients.

Le P^f Stanislas CHAUSSADE rappelle que les urgences de l'Hôtel-Dieu sont une unité fonctionnelle d'un service bi-sites appartenant au GH Paris-Centre. Il s'étonne que des décisions soient prises sans en informer le président de la CME locale ni le directeur du GH. Si ce n'est pas le cas, il doit en être séparé. Le P^f Stanislas CHAUSSADE précise par ailleurs avoir demandé une mission d'aide et non un audit, pour faire face aux difficultés rencontrées au SAU de Cochin, dans un contexte d'incertitude pour l'Hôtel-Dieu et de menace de grève illimitée dans le service. Il espère disposer des conclusions de la mission d'aide prochainement et recommande de clarifier les décisions et le projet médical des urgences de l'Hôtel-Dieu.

Le directeur général manifeste sa surprise et rappelle qu'il s'est entretenu avec le président de CMEL et le directeur du groupe hospitalier, qu'il leur a transmis les conclusions du rapport du groupe de travail dès qu'il en a été lui-même destinataire et leur a demandé leur avis. Il précise d'ailleurs que le chef du service SAU de Cochin participait au groupe de travail, ainsi que plusieurs membres de ce service. Le directeur général s'attache à respecter les personnes exerçant des responsabilités. Par ailleurs, quelles que soient les responsabilités exercées, la question des urgences est un sujet important pour les trois prochaines années. En effet, chaque année, 1,5 million d'adultes sont pris en charge par les SAU. Un mauvais accueil peut avoir des conséquences sur la

qualité, la sécurité des soins, les accidents et la réputation de l'AP-HP. Une mauvaise organisation des urgences laisse penser à une mauvaise organisation générale. Le deuxième enjeu d'une bonne organisation des urgences est d'appuyer l'activité des services et de l'hôpital. C'est un atout de disposer de 17 services d'accueil d'urgences à l'AP-HP. Le troisième enjeu est la coopération avec le reste du système de santé, la médecine libérale, les autres hôpitaux, la pré-régulation en amont, le circuit et le parcours. Les urgences doivent s'organiser pour y répondre. Si elles ne le font pas, l'hôpital sera pénalisé. La présentation de la stratégie des urgences à la CME du 10 juin et les groupes de travail montrent que le sujet est simple : les hôpitaux sont tributaires des urgences. Si elles fonctionnent mal, l'hôpital risque de mal fonctionner et la réciproque est vraie. L'originalité de la démarche suivie dans la stratégie des urgences est d'aborder le sujet à travers le type d'organisation à partager dans l'hôpital, plutôt qu'à travers les moyens. Ces derniers sont définis par contrat avec le groupe hospitalier en identifiant des objectifs et des indicateurs pour réguler les passages aux urgences, réduire le temps d'admission et être attentif au taux de réadmission. Un indicateur mixant l'efficacité et la qualité intégrera ce taux. Un engagement sera signé entre l'AP-HP, la préfecture de police de Paris et les sapeurs-pompiers pour s'accorder sur les objectifs et leur déclinaison dans les prochains mois.

Le P^r Bernard GRANGER dément que l'Hôtel-Dieu soit le seul SAU dans lequel un psychiatre soit présent après minuit. Par ailleurs, dans le cas où il n'y qu'une demi-garde, comme à l'hôpital Cochin, le dispositif donne satisfaction. À l'Hôtel-Dieu, la présence psychiatrique est importante pour l'unité médico-judiciaire, mais dans d'autres SAU, un psychiatre peut recevoir les patients en permanence. Dans le plan stratégique, des centres renforcés d'urgence psychiatrique sont envisagés pour encore mieux répondre à la demande, notamment pour l'aval des urgences. Quant aux urgences de l'Hôtel-Dieu, y être pris en charge expose le patient à une perte de chance potentielle car il n'y a pas dans cet établissement de réanimation, ni de présence chirurgicale.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne qu'il n'existe pas d'urgences médico-judiciaires, mais une unité médico-judiciaire. Elle n'est pas accessible directement. Si les psychiatres démentent le problème de l'accueil après minuit, les urgentistes le confirment. Dans les centres d'accueil de crise, les budgets sont revus à la baisse et le territoire de santé de Paris se réunit pour améliorer la prise en charge des hospitalisations sous contrainte, le problème majeur étant la réduction de la prise en charge des patients après minuit. Elle se ressent sur l'ensemble du système.

Le P^r Christian RICHARD rappelle que la régulation des flux, qui est un exercice difficile, fait déjà partie des missions du SAMU et des sapeurs-pompiers. La question la plus importante est en réalité l'hétérogénéité des services d'accueil des urgences, qui n'assurent pas toutes les spécialités. Celle-ci implique une orientation des patients en amont par le SAMU. Il faudrait définir les éléments d'un SAU minimal, en tenant compte du risque d'admettre des malades dits stables qui s'avèrent rapidement instables. Dans ce contexte, l'information des patients doit être transparente.

Le D^r Patrick PELLOUX répond que la grille mise en place tient compte de ces aspects. La régulation du SAMU doit être approfondie en fonction des besoins des malades, afin que l'aval travaille mieux. Pour cette raison, l'AP-HP veut développer son partenariat avec les sapeurs-pompiers.

Le directeur général partage les propos du P^r Christian RICHARD. L'enjeu est de sortir du dogme de l'appel au SAU le plus proche géographiquement. En matière d'accident vasculaire, de traumatologie, etc., la régulation doit pouvoir adresser le malade au service le plus approprié dans les délais les plus brefs. Cet objectif confère une responsabilité supplémentaire à la régulation et soulève le sujet du SAMU. Les autres transporteurs, y compris les pompiers, tendent à amener le patient vers le SAU le plus proche, alors qu'un appel au 15 peut donner lieu à un avis médical. L'enjeu est de construire un parcours des urgences qui tienne compte de la spécialisation des sites.

Le P^r Noël GARABEDIAN souligne le travail à réaliser pour concrétiser l'idéal de prise en charge. Pour les chirurgiens, l'un des sujets est la dualité entre l'urgence et les programmes froids. En orthopédie, par exemple, les efforts sur les urgences ont été réels, puisque les transferts ont été réduits notablement. Cependant, les situations diffèrent considérablement dans la régulation des urgences traumatologiques, la possibilité d'avoir des blocs dédiés pour éviter que les programmes froids soient altérés par le fonctionnement des urgences. Il faut aussi veiller à la problématique de la concurrence avec le secteur privé et les ESPIC.

Le président invite les orthopédistes à examiner leur organisation pour assurer le premier aval.

Le P^r Paul LEGMANN soulève le thème des urgences pédiatriques. La pré-régulation a disparu depuis la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul. En traumatologie, elle semble dangereuse.

Le D^r Patrick PELLOUX répond que la problématique consiste à formaliser des filières de soins.

Le P^r Gérard CHÉRON demande que les pédiatres soient associés aux groupes de travail car un tiers des passages aux urgences concerne des mineurs et seuls trois centres et demi sur sept peuvent assurer des activités pédiatriques médicales. Les spécificités chirurgicales et organisationnelles doivent être prises en compte.

Le D^r Patrick PELLOUX précise que le problème principal des urgences pédiatriques est le SMUR pédiatrique. La demande de renforts en Seine-et-Marne ou dans le Val-d'Oise entraîne un désengagement à Paris. Or ce problème n'est pas abordé.

V. Information sur le dispositif mis en place à l'AP-HP contre l'épidémie d'Ebola

Le D^r Sandra FOURNIER indique que les recommandations émises par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central en septembre pour la prise en charge des patients et la protection des personnels ont été élaborées en collaboration avec le SAMU, les collégiales des urgentistes, des gynécologues-obstétriciens, des infectiologues, des équipes d'hygiène et des présidents de CLIN. L'objectif était de diffuser un message homogène dans tous les hôpitaux de l'AP-HP et cohérent avec les directives nationales.

La dernière mise à jour de la définition des cas par l'Institut de veille sanitaire (InVS) date du 14 novembre. Un patient est considéré comme un cas suspect lorsqu'il présente une fièvre supérieure ou égale à 38 °C apparue dans un délai de 21 jours après son retour de Sierra Leone, Guinée-Conakry, Libéria et du district de Bamako au Mali, de République démocratique du Congo (« Congo-Kinshasa ») (province de l'Équateur (nord-ouest du pays)). Un cas possible est un cas suspect avec une exposition à risque dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes ou si le patient n'est pas interrogeable. Pour le cas confirmé, la confirmation biologique est réalisée par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales (FHV) à Lyon.

Le patient suspect doit être pris en charge par le SAMU (appel du centre 15). Une conférence téléphonique est organisée avec l'InVS et l'ARS pour classer le cas. S'il s'avère cas possible, il est adressé à l'hôpital référent : Necker ou Bichat.

Les modes de transmission du virus sont le contact avec le sang ou les liquides biologiques, des objets contaminés par les liquides biologiques et le corps d'une personne décédée d'une infection à Ebola. La transmission ne se fait pas par voie aérienne, mais elle est possible par microgouttelettes émises en toussant ou en vomissant. Un malade qui n'a pas de fièvre n'est pas contagieux. Le malade devient contagieux lorsque des symptômes apparaissent. Plus ceux-ci sont importants, plus

le patient est contagieux, mais cette infection est peu contagieuse. Aux États-Unis, le patient à l'origine de deux contaminations secondaires à Dallas n'a pas été identifié à sa première arrivée aux urgences. Les infirmières qui se sont occupées de lui n'ont pas été contaminées. Lorsqu'il est revenu trois jours plus tard, dans un état dégradé, deux infirmières ont été contaminées. Cela illustre le fait que l'infection est peu contagieuse au début de la maladie.

À partir de ces constats, des tenues adaptées au risque d'exposition aux liquides biologiques (vomissements, diarrhées, saignements, prise en charge médicale rapide indispensable...) ont été sélectionnées. Ces tenues visent à prévenir tout contact entre les muqueuses du soignant et le patient. L'enjeu est de prévenir la transmission du virus à un personnel ou un autre patient, en repérant un cas suspect au plus tôt. Pour ce faire, il importe de sensibiliser les personnels et de mettre en place les mesures de protection adaptées. Le second enjeu est d'éviter la perte de chance pour les patients, en sachant que la grande majorité des cas suspects ou possibles ne seront pas des cas confirmés. Ceci implique de respecter rigoureusement les critères de classement, de réduire au maximum le délai de classement d'un cas suspect en cas exclus ou possibles et d'un cas possible en cas confirmé ou exclu et de mettre en route un traitement empirique face à des signes de gravité.

Trois secteurs sont identifiés selon la probabilité d'être confronté au risque. Le SAMU, les services référents Bichat et Necker et le laboratoire L3 Bichat prendront en charge les cas possibles et les cas confirmés : les personnels sont entraînés et les procédures en place. Les SAU, maternités et consultations de maladies infectieuses sont susceptibles d'accueillir un patient suspect : le personnel doit être formé, disposer des kits de protection et suivre des exercices d'entraînement. Enfin, les autres consultations ou secteurs d'hospitalisation sont moins susceptibles d'accueillir un patient infecté : elles doivent néanmoins être informées pour être capables d'identifier un patient à risque.

Dans les autres secteurs, le personnel doit être sensibilisé et informé des actions mises en œuvre jusqu'à présent et des conduites à tenir si un patient est identifié. Il doit être capable de repérer un patient atteint du virus Ebola. Dans ce cas, il est recommandé de placer le patient suspect en chambre seule, de lui remettre un masque chirurgical, de noter l'isolement sur la porte et d'appeler les personnes formées à la prise en charge et au port des tenues si besoin.

Le personnel de ces trois secteurs est la cible des actions de formation et d'information. Il doit être entraîné à l'habillage et au déshabillage des tenues de protection pour éviter tout risque de contamination lors du retrait de la tenue. Des formateurs relais ont été formés dans les centres d'enseignement des soins d'urgence de l'AP-HP (70 % d'entre eux à ce jour). Dans les autres secteurs, la cible est de 5 500 personnes, dont 40 % ont été formés.

En conclusion, il faut informer, former et entraîner le personnel et renouveler les formations, disposer de tenues adaptées au risque et renouveler les stocks et actualiser les procédures en fonction des connaissances et des recommandations nationales.

Le président demande si l'AP-HP participe à des actions de terrain en Afrique.

Le D^r Sandra FOURNIER le confirme. Du personnel médical et soignant de l'AP-HP intervient en Guinée. Il suit une formation préalable de dix jours en France, suivie d'une semaine de formation sur le terrain.

Le P^r Philippe ARNAUD regrette que les pharmaciens n'aient pas été associés aux réflexions préalables, alors que la prise en charge des patients atteints d'Ebola implique des dispositifs médicaux, des médicaments et une procédure d'approvisionnement complexe.

Le D^r Sandra FOURNIER assure que les pharmaciens ont participé aux réunions hebdomadaires de la cellule Ebola. Les traitements expérimentaux sont gérés par l'EPRUS dans le cadre d'un circuit validé par l'AGEPS. Dans les hôpitaux, la prise en charge commence par une réhydratation.

Le P^r Philippe ARNAUD souligne que l'AGEPS ne fait pas partie des hôpitaux. Il aurait été souhaitable d'associer l'un des pharmaciens des hôpitaux concernés.

Le P^r Christian RICHARD, président du CLIN central, salue la qualité du travail mené sur la prise en charge des patients atteints du virus. Il s'enquiert du nombre de cas suspects à l'AP-HP et rappelle que le principe de précaution ne doit pas faire oublier que la majorité des patients revenant d'Afrique avec une fièvre ne souffrent pas d'Ebola tout en ayant besoin d'une prise en charge d'urgence. De ce point de vue, il recommande d'associer les réanimateurs aux formations. Par ailleurs, le relais dans l'organisation des formations peut être assuré par les équipes opérationnelles d'hygiène des groupes hospitaliers et des CLINS locaux. Les informations qu'elles remontent sur le manque de formation des personnels doivent être suivies d'effets.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme que les réanimateurs sont identifiés comme un personnel à former, notamment à l'habillage et au déshabillage. Plus de 200 cas suspects ont été pris en charge en Île-de-France, dont aucun n'a été confirmé. 12 cas possibles ont été admis à l'AP-HP.

Le D^r Michel DRU rappelle que l'hôpital Bégin a pris en charge les deux cas confirmés et que le SAMU 94 est en contact direct avec lui.

Le D^r Alain FAYE constate que l'AP-HP est prête à accueillir les patients, tout en attirant l'attention sur l'augmentation probable des alertes dans les services d'urgence avec les autres causes de fièvres hivernales. Il s'enquiert par ailleurs de l'articulation entre les services d'urgence des aéroports de Paris et l'AP-HP.

Le D^r Sandra FOURNIER répond que les aéroports de Paris effectuent une prise de température et un interrogatoire à la sortie des avions provenant de Conakry et de Bamako, pour que les patients soient pris en charge directement par le SAMU et adressés à un service référent.

Le D^r Sandra FOURNIER répond au P^r Jean-Claude ALVAREZ que des procédures spécifiques (triple emballage, transporteur agréé) sont prévues pour le transfert des tubes de prélèvements.

Le président demande si l'inquiétude des chirurgiens à l'hôpital Bichat a trouvé des réponses. Ils craignent d'opérer un malade Ebola sans le savoir.

Le D^r Sandra FOURNIER répond qu'une telle situation refléterait l'échec des formations. L'opération d'un patient souffrant d'Ebola reste exceptionnelle, mais elle doit pouvoir être assurée.

Le D^r Patrick PELLOUX souligne l'inquiétude au SAMU de Paris. Il convient donc de rappeler que les services d'urgences doivent appeler le 15. Cet appel est suivi d'une conférence avec l'InVS, au cours de laquelle les questions essentielles sont posées. L'organisation de l'AP-HP a démontré son efficacité, puisque tous les cas pris en charge ont été repérés avant leur arrivée. L'efficacité du système de formation et de l'organisation en place doit être rappelée pour contenir l'inquiétude que pourraient susciter les épidémies de gastro-entérite et de grippe. La question principale reste celle du contact avec un malade.

VI. Premiers éléments de cadrage pour la préparation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) 2015 de l'AP-HP

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale est en discussion au Parlement. Elle prévoit un effort national d'économie de 3,2 milliards d'euros pour enrayer la progression du déficit de la branche d'assurance-maladie. L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) est fixé à 2,1 % en 2015. Cet effort vise les établissements de santé (730 M€) mais la baisse des prix de médicaments, des génériques et des dispositifs médicaux impactent ainsi l'AP-HP. L'ONDAM hospitalier enregistre sa progression la plus faible (2 %). Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) a été approuvé par le directeur général de l'ARS et les ministres le 22 août 2014. Les enjeux sont le maintien d'une capacité d'investissement courant, le portage d'investissements bâtimentaires lourds, le maintien des grands équilibres financiers et le retour à l'équilibre comptable en 2016. Le PGFP prévoit des dépenses d'investissement de 5,6 M€ sur 12 ans, dont 433 M€ en 2015 (en cours d'actualisation). Il prévoit surtout la mobilisation de nos produits et la maîtrise de nos charges.

En 2015, les données à notre disposition induiraient une dégradation a minima de 68 M€ de nos produits, en raison notamment de la réforme de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents. Les dépenses pourraient connaître une dégradation spontanée de 71 M€. En l'absence de dialogue de gestion et d'effort d'efficience, le résultat principal 2015 de l'AP-HP serait proche de -191 M€, alors que l'objectif est fixé à -41 M€. L'effort d'efficience attendu s'élève donc à 150 M€, dont 7 M€ sur les services centraux et généraux et 143 M€ sur les groupes hospitaliers.

Quatre compartiments ont été modélisés pour répartir l'efficience. Le premier est la dégradation spontanée du résultat (80 %). Il est modéré par le second, à savoir le taux de marge brute 2013 (7,5 %) en sachant que plus ce dernier est faible, plus la contribution demandée au groupe hospitalier est forte. Le troisième compartiment est le taux de marge brute 2012 (7,5 %) et le quatrième, le respect du contrat 2014 (5 %).

La note de cadrage et le dossier budgétaire seront envoyés le 18 novembre pour un retour prévu le 20 décembre. Des pré-conférences avec les groupes hospitaliers seront organisées en février et des conférences présidées par le président de la CME et le directeur général auront lieu en mars en vue d'une clôture de l'exercice en avril 2015.

Le D^r Guy BENOIT souligne que l'EPRD est en ligne avec le PGFP et aggravé par les mesures du PLFSS. L'effort devrait être supérieur à 150 M€. Après plusieurs années d'efficience, la question de la possibilité d'atteindre ainsi l'objectif d'un taux de marge brute de 6 % en 2019 mérite d'être posée. En 2012, six hôpitaux avaient un taux de marge brute supérieur à 6 % : ils ne sont plus que trois en 2013. L'efficience des groupes hospitaliers étant calculée en partie sur le taux de marge brute 2012 et 2013, il est à craindre que les hôpitaux les plus en difficulté en supportent davantage les conséquences. En matière d'équipement, en dépit des efforts faits par la DEFIP, un montant de 105 M€ semble sous évalué, notamment lorsqu'on sait que la valorisation des équipements est estimée à 1,6 Md€ et leur taux de vétusté à 75 %

M^{me} Carine CHEVRIER répond que la mise en œuvre du budget 2015 vise à atteindre un taux de marge brute de 6 % en 2019, afin de dégager une capacité d'autofinancement suffisante pour les investissements. En matière d'équipements médicaux, elle rappelle que les niveaux 2011 et 2012 était de 30 à 50 M€ et qu'un plan de rattrapage a été engagé en 2013. Cette enveloppe est portée à 105 M€ en 2015. Lorsqu'il est possible de renforcer les investissements en équipements en cours d'année, cela est fait.

Le D^r Anne GERVAIS constate que l'effort d'efficience demandé à chaque GH est très variable. Ainsi HUSSD apporte une efficience de 12 millions à l'AP, identique à l'effort demandé à PSL. Ce dernier GH a pourtant un budget de près du double de celui d'HUSSD, ce qui semble très inéquitable au vu des efforts déployés par chacun des deux GH.

M^{me} Carine CHEVRIER précise que 80% de l'effort est linéaire. Ensuite, un contrat est passé avec le directeur de GH et le président de la CMEL concernant les 5% liés à la tenue ou non de l'engagement. Restent 15% liés au taux de marge brute.

Le P^r Guy SEBAG souhaite connaître le plan d'amortissement de l'AP-HP. Il est urgent de s'en doter pour piloter le budget de l'institution et discuter avec les tutelles. Dans son pôle, la commission des activités et des ressources le demande depuis des années.

M^{me} Carine CHEVRIER confirme qu'il existe un plan d'amortissement. Les équipements sont amortis selon des règles homogènes à l'AP-HP, conformément au plan comptable général. Des choix n'en demeurent pas moins nécessaires au sein d'une enveloppe contrainte.

Le D^r Julie PELTIER fait part des difficultés d'optimisation de l'organisation de l'activité dans les services et notamment d'un manque d'anticipation des effectifs et des formations nécessaires pour maintenir une activité.

M^{me} Carine CHEVRIER rappelle que l'enjeu du dialogue de gestion est d'inciter les groupes hospitaliers et les sites à discuter de ces sujets.

Le P^r Gérard REACH souligne que son hôpital va être amené à prendre en charge des patients dans un état plus grave. S'il est interdit de les accueillir en hôpital de jour et que la solution est de réduire le tarif, l'activité restera la même, mais les recettes diminueront. Il demande si une réflexion prospective est menée sur la typologie des patients qui seront hospitalisés entre 2015 et 2020.

M^{me} Carine CHEVRIER indique que le groupe de réflexion « des lits : pour quoi faire ? » avait conclu à une baisse de 10 % des lits d'hospitalisation à l'AP-HP. Sur l'hôpital de jour, une réflexion a été demandée à Hospinnomics sur la tarification d'une ½ HDJ.

VII. Plan stratégique : avis sur le projet d'accueil des patients

M^{me} Sophie BENTEGEAT rappelle que le projet de prise en charge des patients provient de la loi HPST, incorporée dans l'article L. 6143-2 du code de santé publique. Son sous-titre est « dialogue, accueil et hospitalité ». Il traite de l'environnement hospitalier dans son ensemble.

Il s'inscrit dans la continuité des actions engagées et des actions nouvelles partagées autour de quatre axes :

- une communauté d'acteurs pour co-construire : le dialogue ;
- la mesure et la prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers : l'avis des patients ;
- un hôpital accueillant et bienveillant : l'hospitalité ;
- un accompagnement adapté aux personnes en situation de vulnérabilité : l'hospitalité.

Tous les acteurs de l'hôpital sont concernés et chacun doit avoir une place reconnue. L'enjeu de la démocratie sanitaire nécessite d'en organiser la diversité. Pour ce faire, le dialogue institutionnel doit être renforcé. Le projet de la loi de santé publique crée les commissions des usagers avec des missions stratégiques élargies et une mission spécifique de vigilance à l'hospitalité. Il faudra

faciliter l'expression de l'expérience des patients, au service de la pratique médicale et de la formation des professionnels, et développer des partenariats formalisés avec les associations, en valorisant le bénévolat.

L'objectif de mesure et de prise en compte opérationnelle de la satisfaction des usagers conduit à coordonner et à simplifier les outils de recueil de la satisfaction des usagers. Les questionnaires et les enquêtes existantes sont à améliorer, un pilote de l'enquête en ligne doit être déployé en vue d'une généralisation et le suivi et la valorisation des actions correctives doivent être assurés.

L'hôpital, en tant que lieu de soin et de vie, doit être attractif, tant par sa réputation d'excellence des soins que par la qualité de son accueil et sa capacité à l'hospitalité. Celle-ci se définit comme « le soin au-delà du soin ». Ce principe d'hospitalité apparaît comme une exigence éthique de l'institution, au même titre que la qualité et la sécurité. Il s'exprime à la fois individuellement et collectivement.

Pour traduire ces objectifs, des actions organisationnelles et concrètes sont à mettre en œuvre :

- faciliter l'accès, l'accueil et l'orientation ;
- mettre en place un référentiel qualité hospitalité à l'AP-HP ;
- proposer des services aux patients, à travers une offre accrue d'activités culturelles et de bien-être, des actions innovantes dans une démarche de parcours ;
- accorder une attention particulière aux personnes âgées et donner la priorité aux actions en leur faveur concourant à la bientraitance.

L'objectif d'accompagnement adapté aux personnes en situation de vulnérabilité conduit à travailler sur l'accueil des publics vulnérables, sur l'accueil et l'orientation des patients présentant des besoins spécifiques (handicapés, âgés, migrants...) et sur l'organisation d'une cellule centralisée de gestion des cas complexes en appui des groupes hospitaliers (patients en séjours prolongés sans solution de sortie).

Pour conclure, M^{me} Sophie BENTEGEAT donne lecture d'une lettre d'une patiente remerciant l'AP-HP pour la qualité de son accueil et de sa prise en charge et rendant hommage à ses équipes.

Le président confirme l'implication de plusieurs membres de la CME dans l'élaboration du projet d'accueil des patients, dont le P^f Gérard REACH, le D^f Sophie CROZIER, le D^f Anne GERVAIS, et la cellule QSS & CAPCU qu'il préside. Il a lui-même relu le texte plusieurs fois et salue la qualité du dialogue établi avec M^{me} Sophie BENTEGEAT et son équipe. Elle a permis de corriger les malentendus nés de la rédaction malencontreuse du code de la santé publique qui parle de *projet de prise en charge des patients*, compétence des soignants, médicaux et paramédicaux, là où il s'agit d'un projet de dialogue, d'accueil et d'hospitalité, comme l'indique le sous-titre adopté par le directoire.

Le P^f Gérard REACH confirme que le texte a été examiné avec attention par le groupe de travail hospitalité. Les mots essentiels sont le « dialogue avec les usagers » et « ensemble » : toutes les parties prenantes de l'AP-HP sont concernées par ce projet.

Le D^f Sophie CROZIER pense qu'il est indispensable de pouvoir construire de tels projets avec les représentants des usagers. C'est essentiel pour la communauté médicale.

Le D^f Nicolas DANTCHEV se réjouit de la réorganisation des instances représentatives des usagers avec la création des commissions des usagers. Celle-ci devrait permettre d'améliorer leur lisibilité

et leur articulation avec les groupes hospitaliers et le Siège. Les résultats de l'enquête de satisfaction sont par ailleurs en cours d'analyse. Ils seront présentés à la CME dès que possible.

Le P^r René ADAM demande si l'accueil téléphonique fait l'objet de réflexions et si l'installation d'une borne WiFi dans les services hospitaliers est possible. La réponse téléphonique pose souvent problème et c'est un facteur de recrutement essentiel en provenance des médecins traitants ou des patients eux mêmes. Il suggère par ailleurs d'ajouter la photographie de l'équipe soignante sur les écrans d'accueil pour faciliter leur identification par les patients.

M^{me} Sophie BENTEGEAT indique qu'une réflexion/étude sur l'accessibilité généralisée au Wifi est actuellement en cours, portée particulièrement par M^{me} la secrétaire générale. Concernant la prise de rendez-vous, les rappels téléphoniques font l'objet d'une réflexion prioritaire. Des renvois par mail et SMS sont testés et un cahier des charges d'amélioration de l'accueil est à l'étude. Un travail sur l'accessibilité des consultations et la prise de rendez-vous est également en cours dans le cadre du plan cancer.

Le P^r Michel ZERAH demande dans quel délai les bornes WiFi seront accessibles à tous.

M^{me} Amélie VERDIER indique que le recensement des bornes WiFi existantes à l'AP-HP est en cours. Il a été demandé à la DSI de prévoir un plan de généralisation. Il n'existe pas d'impossibilité technique. Dès que le calendrier de déploiement sera confirmé, elle en informera l'instance.

Le président soumet le projet d'accueil des patients au vote de la CME.

La CME approuve à l'unanimité le projet d'accueil des patients.

VIII. Avis sur le bilan social 2013 de l'AP-HP

M. Christian POIMBOEUF rappelle que les indicateurs du bilan social sont fixés par un règlement de 1989 et que ce bilan constitue une photographie au 31 décembre de l'année. Pour le personnel non médical, l'évolution des effectifs s'avère positive ces trois dernières années (+0,5 %). Le personnel titulaire diminue légèrement, tandis que les stagiaires augmentent significativement dans le cadre de la politique de lutte contre la précarité de l'emploi. Actuellement, les contractuels restent nombreux, mais les directions des ressources humaines (DRH) poursuivent leurs actions pour stabiliser les effectifs. Par ailleurs, l'indicateur de l'accès à la formation montre une reprise de la formation en 2013, sous l'effet de l'insistance de la DRH sur la dynamique de formation. L'AP-HP dépasse son obligation réglementaire en la matière (2,9 %). Près de 60 % de ses agents ont suivi au moins une formation en 2013, en dehors des formations réglementaires, et 65 % du temps de formation est destiné à la promotion professionnelle. En 2013, 347 agents ont été diplômés à ce titre. Cette situation s'avère préoccupante, car leur nombre diminue. Dans le cadre du projet social et professionnel, des actions ont été engagées pour améliorer les résultats en sortie d'école.

Pour le personnel médical, **M^{me} Hélène OPPETIT** souligne qu'en dépit d'une stabilisation apparente des effectifs entre 2012 et 2013, l'évolution des hospitalo-universitaires (HU) et des non HU diffère. Les effectifs hospitalo-universitaires se stabilisent, voire diminuent légèrement, notamment dans les maîtres de conférence des universités (MCU), alors que le nombre de praticiens hospitaliers (PH), de PH temps partiels, de PH contractuels et attachés continue d'augmenter, notamment en équivalents temps plein rémunérés (ETPR). L'augmentation du temps médical et des effectifs physiques des seniors se confirme. Par ailleurs, le temps de travail des praticiens attachés est de quatre demi-journées hebdomadaires en moyenne à l'AP-HP. L'âge moyen des praticiens seniors s'élève, avec des différences selon les statuts. L'âge médian des seniors se situe entre 45 et

49 ans. La féminisation des médecins seniors est notable, avec un écart marqué entre les hospitalo-universitaires titulaires et les autres corps. Enfin, la masse salariale entre 2012 et 2013 croît de 40 M€, sous l'effet du paiement de la première tranche des compte épargne temps (CET) historiques, de l'accroissement des effectifs, de la séniorisation continue et des mesures salariales et catégorielles.

Le président demande où figurent les sages-femmes dans le bilan social.

M^{me} Hélène OPPETIT répond que dans le bilan social 2014, les sages-femmes apparaîtront dans la partie effectifs médicaux.

Suite à une rencontre avec les odontologistes, **le président** remarque que le bilan social décompte 117 ETP d'odontologistes hospitalo-universitaires pour 6 ETP de praticiens hospitaliers. La part des PH doit être renforcée par rapport à celle des HU.

Le D^r Anne GERVAIS remercie la DRH et la DOMU pour leur travail sur le bilan social. Elle regrette que la réglementation fasse disparaître des items comme le recours aux prestataires externes. Elle attire l'attention sur trois points. Premièrement, les ratios globaux de personnel médical (PM) et de personnel non médical (PNM) ne reflètent pas l'hétérogénéité des situations dans chaque service. Il importe de faire preuve de transparence sur ces ratios par service et de les communiquer à la communauté soignante. Ensuite, le turn-over de PNM atteint 33 % deux ans après le recrutement. C'est un problème pour la qualité des soins, la compétence et l'efficacité médicale et économique de l'AP-HP. Enfin, les congés de maternité, désormais classés dans les absentéismes non médicaux, représentent 340 ETP en 2013. Le recours au remplacement et aux contractuels dans le PNM doit donc être maintenu en dépit des efforts d'efficience.

M. Christian POIMBOEUF souligne que plusieurs indicateurs ont disparu au profit de ceux sur l'égalité professionnelle. Il souhaiterait que le bilan soit allégé pour être plus facile à utiliser. Le turn-over, quant à lui, s'explique par des difficultés professionnelles et par le fait que l'AP-HP forme des professionnels dont l'objectif est de quitter la région parisienne. En 2010 et 2011, ce phénomène a été amplifié par les départs en retraite en Île-de-France et en province. Néanmoins, le turn-over tend à diminuer depuis 2012 dans un contexte de crise de l'emploi. Concernant les maternités, le nombre de congés est en recrudescence. En 2014, ils devraient représenter 600 ETP.

Le D^r Anne GERVAIS insiste sur l'importance de la question des congés maternité dans le personnel non médical. On ne peut pas renforcer l'effort d'efficience en le faisant porter sur le PNM si 600 ETP sont à remplacer.

M. Christian POIMBOEUF explique que l'AP-HP a l'obligation de travailler sur les organisations polaires et les équipes de suppléance, qui peuvent être constituées de personnels titulaires. Pour les maternités, les arrêts-maladie courts pré-maternité sont fréquents et rendent difficile les remplacements.

Le D^r Guy BENOIT constate qu'en 2012 comme en 2013, les ETPR réalisés s'avèrent inférieurs ou équivalents aux prévisions. La dénonciation d'un dépassement des ETPR n'est donc pas recevable.

M^{me} Hélène OPPETIT souligne que l'augmentation des ETPR seniors est indéniable.

Le P^r Catherine BOILEAU signale que le calcul de la moyenne des demi-journées réalisées par les praticiens attachés sur l'ensemble de l'APHP masque des situations très diverses selon les spécialités. En biologie, le nombre moyen de demi-journées est beaucoup plus élevé et la discipline emploie des praticiens attachés à temps complet, qui effectuent dix demi-journées par semaine, car

les services n'ont pas les moyens de recruter des praticiens hospitaliers. Ces postes de « vacataires à temps plein », occupés par des personnels vieillissants, ne pourront pas être remplacés par les jeunes générations de biologistes. Les services seront donc confrontés à des problèmes de fonctionnement au fur et à mesure des départs en retraite.

Le D^r Georges SEBBANE constate que l'AP-HP mène une politique volontariste de recrutement des stagiaires dans le PNM. Il demande s'il existe une limite à l'emploi d'aides soignantes en contrats à durée déterminée (CDD) prolongés à plusieurs reprises.

M. Christian POIMBOEUF rectifie un point : il s'agit des contractuels et non des stagiaires. La DRH étudie actuellement les possibilités de stabilisation des contrats. Le statut de la fonction publique restreint le recrutement sur contrat au remplacement des personnels titulaires ou stagiaires absents à leur poste de travail. Les congés de longue durée, maladie et maternité ne peuvent être remplacés que par des contractuels. Les réflexions portent sur l'allongement de la durée des contrats.

La CME approuve le bilan social de l'AP-HP à l'unanimité.

IX. Approbation des comptes rendus des réunions des 8 juillet et 9 septembre 2014

Les comptes rendus des réunions des 8 juillet et 9 septembre 2014 sont approuvés à l'unanimité.

La séance est levée à 12 heures 30.

* *
*
*
*

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

mardi 9 décembre 2014 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

mercredi 26 novembre 2014 à 16 heures 30