

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 11 DÉCEMBRE 2012**

**POUR APPROBATION**

## SOMMAIRE

I.	Information du président et du vice-président de la CME	3
II.	Installation de la nouvelle COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) de l'AP-HP	5
III.	Avenir architectural des hôpitaux Bichat et Beaujon	6
IV.	Evolution des messageries électroniques de l'AP-HP	10
V.	Bilan à mi-parcours du plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014 – méthode et objectifs	12
VI.	Rapport d'activité 2012 de la sous-commission Structures et restructurations	13
VII.	Relevé des activités et des effectifs médicaux 2011 des services de l'AP-HP	14
VIII.	Contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques entre l'AP-HP et l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines	16
IX.	Révision des effectifs de PH titulaires 2013	17
X.	Approbation du compte rendu de la séance du 9 octobre 2012	20
XI.	Questions diverses	20

## ORDRE DU JOUR

### SÉANCE PLÉNIÈRE

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

### SÉANCES RESTREINTES

#### **Composition C**

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

#### **Composition A**

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

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix délibérative :***

- M. le D<sup>f</sup> Jean-Claude ALVAREZ
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Olivia ANSELEM
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Yves ARTIGOU
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Isabelle BADELON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry BEGUE
- M. le D<sup>f</sup> Guy BENOIT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne Reine BUISINE
- M. le D<sup>f</sup> Philippe BUSTANY
- M. le P<sup>f</sup> Loïc CAPRON
- M. le D<sup>f</sup> Bruno CARBONNE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude CAREL
- M. le P<sup>f</sup> Pierre CARLI
- M. le P<sup>f</sup> Stanislas CHAUSSADE
- M. le P<sup>f</sup> Gérard CHERON
- M. le P<sup>f</sup> Thierry CHINET
- M. le P<sup>f</sup> Yves COHEN
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX
- M. le D<sup>f</sup> Patrick DASSIER
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Ariane MALLAT
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Lucile MUSSET
- M. le P<sup>f</sup> Gilles ORLIAGUET
- M. le D<sup>f</sup> Patrick PELLOUX
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Julie PELTIER
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Claude PETIT
- M<sup>me</sup> Caroline PRADINES
- M. le P<sup>f</sup> Gérard REACH
- M. le P<sup>f</sup> Christian RICHARD
- M. le D<sup>f</sup> Frédéric RILLIARD
- 
- M. le P<sup>f</sup> Philippe RUSZNIEWSKI
- M le P<sup>f</sup> Guy SEBAG
- M. le P<sup>f</sup> Georges SEBBANE
- M. le P<sup>f</sup> Alain SIMON
- M<sup>m</sup> le D<sup>f</sup> Annie ROUVEL TALLEC
- M. le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE
- M. le D<sup>r</sup> Jon Andoni URTIZBEREA
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Marie-Cécile VACHER-LAVENU
- M. le P<sup>f</sup> Dominique VALEYRE
- M. le P<sup>f</sup> Jean-Philippe WOLF
- M. le P<sup>f</sup> Michel ZERAH
- M. le D<sup>r</sup> Cyril DAUZAC
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Nathalie DE CASTRO
- M. le P<sup>f</sup> Marc DELPECH
- M<sup>me</sup> le P<sup>f</sup> Elisabeth DION
- M. le P<sup>f</sup> Jacques DURANTEAU
- M. le D<sup>r</sup> Alain FAYE
- M. le D<sup>r</sup> Jean-Luc GAILLARD
- M. le P<sup>f</sup> Erea Noel GARABÉDIAN
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> GERVAIS HASENKNOPF
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Louise GOUYET
- M. le P<sup>f</sup> Philippe GRENIER
- M. le P<sup>f</sup> Bertrand GUIDET
- M. le P<sup>f</sup> Olivier HENRY
- M. le P<sup>f</sup> Martin HOUSSET
- M. le D<sup>r</sup> Matthieu LAFAURIE
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anna LAMBERTI TELLARI
- M. le D<sup>r</sup> Julien LENGLET

- ***avec voix consultative :***

- M<sup>me</sup> Catherine BROUTIN, représentante de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
- M<sup>me</sup> Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, médecin responsable de la médecine du travail
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central

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

- M. le P<sup>r</sup> Jean-Luc DUMAS
- M. le P<sup>r</sup> Serge UZAN

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

- M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE, directrice générale
- M<sup>me</sup> Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
- M. Jean PINSON, direction de la politique médicale
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
- M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

- ***membres excusés :***

M. le P<sup>r</sup> Yves AIGRAIN, M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Catherine BOILEAU, M<sup>me</sup> le P<sup>r</sup> Isabelle CONSTANT, M. le D<sup>r</sup> Rémy COUDERC, M. le D<sup>r</sup> Michel DRU, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS, M. le D<sup>r</sup> Bernard GRANGER, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Cécile HVOSTOFF, M<sup>me</sup> le D<sup>r</sup> Fabienne LECIEUX, M. le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN, M. le P<sup>r</sup> Guy LEVERGER, M. Le P<sup>r</sup> Louis MAMAN.

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

**Le président** annonce l'absence des P<sup>TS</sup> Yves AIGRAIN, Catherine BOILEAU, Stanislas CHAUSSADE, Isabelle CONSTANT, Paul LEGMANN, Guy LEVERGER et Louis MAMAN, et des D<sup>TS</sup> Rémy COUDERC, Michel DRU, Anne GERVAIS, Bernard GRANGER, Cécile HVOSTOFF (qui remplace le D<sup>F</sup> Olivia ANSELEM qui a été promue) et Fabienne LECIEUX.

## **I. Information émanant du président et du vice-président de la CME**

**Le président** indique que la médiation engagée au mois d'octobre entre la direction générale et la présidence de la CME s'est conclue le 28 novembre par la signature d'un accord et la publication du communiqué commun suivant :

*« Dans le cadre des dispositions de la loi HPST et à la lumière du fonctionnement de la gouvernance actuelle à l'AP-HP, la directrice générale et le président de la CME ont estimé nécessaire de faire appel à une mission de médiation afin de définir les modalités opérationnelles destinées à apporter des améliorations et des clarifications dans le pilotage général de l'institution. La directrice générale et le président de la CME ont accepté les recommandations qui leur ont été faites. Celles-ci doivent permettre au président de la CME de renforcer ses moyens d'analyse dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues. Au-delà des modalités actuelles de la gouvernance, il a été convenu que :*

- le président de la CME disposera de deux collaborateurs directs ;*
- un rendez-vous hebdomadaire particulier entre la directrice générale et le président de la CME sera organisé ;*
- la définition de modalités opérationnelles d'échange et de collaboration dans la préparation des projets entre la présidence de la CME et la direction de la politique médicale sera approfondie et décrite. Cette dernière sera désormais appelée « direction médico-administrative ». A l'avenir, son directeur sera nommé par la directrice générale en concertation avec le président de la CME. La directrice générale et le président de la CME sont particulièrement attachés à la définition d'une unité de vue stratégique dans la conduite générale des grands dossiers engageant l'avenir de l'AP-HP, permettant d'aboutir à une gouvernance solidaire de l'institution. »*

M<sup>me</sup> Catherine RAVIER a été nommée directrice du cabinet du président de la CME. Deux autres collaborateurs à temps plein viendront renforcer le cabinet : un second directeur et une seconde secrétaire.

S'agissant de l'Hôtel-Dieu, le préfigurateur pour le projet de soins, le P<sup>F</sup> Jean-Yves FAGON, doit rendre ses propositions mi-janvier qui devraient être présentées lors de la CME de février. Le président suit de très près la problématique des urgences. Un point sera réalisé avec le P<sup>F</sup> Bertrand RENAUD dans les tout prochains jours.

Le président ajoute suivre de très près la problématique des urgences. Un point sera réalisé avec le P<sup>F</sup> Bertrand RENAUD dans les tout prochains jours.

Un exposé sur le DPC (développement professionnel continu) a été présenté lors de la précédente séance. L'AP-HP a le choix d'adhérer ou non à l'ANFH (Association nationale pour la formation des hospitaliers). Après une phase de réflexion et de concertation, il a été décidé de ne pas adhérer pour l'année 2013, mais d'attendre 2014 pour se décider. Cela ne

signifie pas que l'AP-HP refuse le développement professionnel continu à ses praticiens, mais qu'elle le financera elle-même en 2013 dans la limite impartie par la loi.

Le P<sup>r</sup> Bruno FRACHET, président du CEDIT (comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques), est prolongé pour une période de dix mois avant qu'il ne soit procédé à son remplacement. Le président lui a demandé de réfléchir aux missions et procédures du CEDIT. Le P<sup>r</sup> Loïc GUILLEVIN est pressenti pour lui succéder dans ces fonctions.

Le président indique enfin qu'un groupe de réflexion sera constitué par le P<sup>r</sup> Jean-Claude CAREL sur les conflits d'intérêts. Un groupe de travail pourrait ensuite être mis en place.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, se félicite, s'agissant de la médiation, d'être parvenue à une position commune, et ajoute que le directoire a examiné la particularité de l'AP-HP s'agissant de la gouvernance entre la direction générale et les groupes hospitaliers. Le travail reste sur ce point à accomplir.

S'agissant de l'Hôtel-Dieu, un rendez-vous important est prévu en début d'année avec l'ensemble des parties prenantes.

Enfin, elle rappelle la tenue récente des assises hospitalo-universitaires à Bordeaux en présence des directeurs généraux de CHU, des présidents de CME et des doyens. 15 propositions ont, à l'issue des travaux, été émises.

**Le président** précise que ces 15 propositions seront accessibles sur le site de la CME.

À la suite des interventions du P<sup>r</sup> **Philippe ARNAUD** et D<sup>r</sup> **Patrick DASSIER** qui se manifestent contre l'adhésion de l'AP-HP à l'ANFH, le **président** indique que ce débat sera de nouveau ouvert en temps utile.

**M<sup>me</sup> Isabelle KERHOUS** rappelle que l'AP-HP n'est pas adhérente à l'ANFH pour le personnel non médical. L'ANFH est en effet généralement plus avantageuse pour les petits établissements.

**Le président** indique que le DPC géré par la CME concerne les médecins, les pharmaciens, les odontologistes et les maïeuticiens. L'adhésion du personnel paramédical n'est pas du ressort de la CME.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** précise, s'agissant de l'Hôtel-Dieu, que les sapeurs-pompiers répartissent d'ores et déjà la prise en charge des premiers secours sur d'autres services d'urgence tels que ceux de Lariboisière et de Cochin, ce qui est source de difficultés. Il se déclare par ailleurs surpris que des opérations de reclassement du personnel soient en cours.

Par ailleurs, il informe la CME qu'un incendie s'est déclaré au service de réanimation médicale de Lariboisière et salue le courage du personnel, et notamment du service d'incendie de l'hôpital, qui a permis d'éviter sa propagation. 15 malades ont été évacués, sans qu'aucune victime ne soit à déplorer. Le personnel ouvrier de l'hôpital a permis, dès 2 heures du matin, de remettre les locaux en état.

**Le président** indique que des félicitations écrites et publiques de la direction générale et de la CME ont été adressées au personnel de l'hôpital Lariboisière.

## II. Installation de la nouvelle COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) de l'AP-HP

Le P<sup>r</sup> Philippe LECHAT indique avoir exercé la fonction de directeur de l'évaluation des médicaments à l'agence du médicament ainsi qu'à l'agence européenne en tant que représentant français. Il remercie le Doyen Benoît Schlemmer de l'avoir accueilli à Paris VII avec une localisation à l'hôpital Saint-Louis. Le P<sup>r</sup> Philippe LECHAT précise que le P<sup>r</sup> Loïc CAPRON lui a demandé de prendre le relais du P<sup>r</sup> Jean-François BERGMANN pour présider la COMEDIMS.

COMEDIMS est composée de 22 membres nommés (membres de droit et de membres invités), ainsi que d'un secrétariat scientifique et de sous-comités. Les membres ont été partiellement renouvelés afin de respecter un équilibre et d'assurer une meilleure représentation des disciplines et des groupes hospitaliers. Cette commission comporte trois comités : le COMED (médicaments), le CODIMS (dispositifs médicaux stériles) et le COMAI (médicaments anti-infectieux).

Un règlement intérieur a été élaboré en lien avec l'AGEPS. L'objectif de la politique de déclaration de liens d'intérêts est de simplifier la démarche afin d'éviter que les experts ne soient contraints de remplir de nombreuses déclarations. Un formulaire national sera mis en place. La déclaration ne sera pas publiée, mais sera consultable sur demande. Deux niveaux de liens d'intérêts sont définis : un lien majeur et un lien mineur. Les membres ou experts qui auront un lien d'intérêts important ne pourront pas participer à l'évaluation des dossiers correspondants.

La COMEDIMS a comme mission d'établir la liste des produits de santé admis à l'AP-HP avec le souci de garantir aux patients l'accès à l'innovation thérapeutique et d'harmoniser les pratiques thérapeutiques tout en prenant en compte les contraintes financières. La deuxième mission est l'accompagnement de la démarche de bon usage du médicament. Une directive européenne imposera dans les prochaines années la réalisation d'essais thérapeutiques pour asseoir le rapport bénéfice/risque des dispositifs médicaux. Cette culture de l'évaluation peut d'ores et déjà être anticipée.

Le plan d'action comprend plusieurs axes majeurs :

- soutien à l'application du nouveau contrat de bon usage et de juste prescription ;
- participation à la validation des référentiels de bon usage, avec un objectif d'harmonisation des pratiques thérapeutiques ;
- accompagnement de la mise en place du SMQ de la prise en charge médicamenteuse, incluant une aide à la mise en place de l'informatisation et du système ORBIS qui devrait permettre de renforcer la sécurité d'emploi du médicament. Le logiciel ne devrait en effet pas permettre aux jeunes internes de prescrire des médicaments ou des associations contre-indiquées.

Le sujet du hors-AMM a également été abordé, notamment lors des assises du médicament. Des études de recherche biomédicale pourront valider des pratiques hors-AMM et les transformer en pratiques AMM. Une politique de communication sera parallèlement menée (poursuite de la publication du Bulletin de la COMEDIMS, information des patients...).

**Le président** insiste sur le rôle stratégique de la COMEDIMS pour la CME qui a, à sa charge, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Le président de la COMEDIMS devra, à ces fins, collaborer avec le P<sup>r</sup> Christian



Richard, coordonnateur QSS, et être membre actif de la cellule QSS-CAPCU réunie mensuellement. Les échanges devront également être suivis avec le P<sup>f</sup> Béatrice CRICKX sur la sécurité du médicament. Le président remercie le P<sup>f</sup> Philippe LECHAT d'avoir accepté cette mission.

**Le D<sup>r</sup> Guy BENOIT** regrette l'absence de représentant pharmacien de la Pitié-Salpêtrière et de représentant de l'hôpital Henri Mondor au sein du COMED. Le D<sup>r</sup> Juliette OLIARY a également toute sa place au sein de ce comité.

**Le président** indique que la question de la composition des comités pourra être traitée au sein de la COMEDIMS.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** insiste sur l'importance d'accorder une certaine souplesse en matière de prescription.

**Le D<sup>r</sup> Alain FAYE** souligne, en tant que représentant de la CME au conseil de surveillance et à la commission de contrôle des marchés publics, le rôle des travaux préparatoires de la COMEDIMS pour les choix de dispositifs médicaux. Les chirurgiens doivent continuer à être associés à ces travaux.

**Le P<sup>f</sup> Philippe LECHAT** partage ce point de vue.

### **III. Avenir architectural des hôpitaux Bichat et Beaujon**

**Le président** rappelle que ces deux hôpitaux ont fait l'objet d'une visite de certification de la HAS, qui y a jugé la sécurité incendie non conforme.

**M<sup>me</sup> Carine CHEVRIER** explique que la visite de certification de la HAS en juin 2012 a relevé trois non-conformités majeures : la sécurité incendie de la tour de Bichat, la sécurité incendie de l'établissement recevant du public et de l'unité de reconstitution des cytotatiques de Beaujon.

Un plan d'actions a été mis en œuvre afin d'adresser une réponse à l'ARS fin octobre-début novembre. Ce plan comprend des éléments sur la sécurité incendie et la sécurité électrique, ainsi qu'un calendrier, et fait actuellement l'objet d'échanges avec la préfecture de police. La HAS devrait se réunir sous formation collégiale le 18 décembre prochain pour se prononcer sur le plan d'actions proposé. Parallèlement, une réflexion est en cours, en lien avec l'ARS, sur l'offre hospitalière dans le nord parisien et francilien. Toute proposition sur ce territoire viendrait répondre à une possibilité de cofinancement qui pourrait être assis sur un plan d'investissement hospitalier pluriannuel.

Un scénario à minima a été examiné. Il consiste à lever les avis défavorables sur les sites de Bichat et Beaujon, sans rafraîchissement des services ni résolution des autres problématiques techniques (sécurité électrique, amiante...).

Sur le site de Bichat, les dépenses s'élèvent à 68 M€ pour la seule sécurité incendie, dont 58 M€ sur le schéma incendie, 2 M€ sur l'accessibilité et 8 M€ sur le schéma électrique associé. 5,5 M€ ont déjà été financés pour la mise en sécurité immédiate. Ce scénario permettrait de lever les avis défavorables d'ici 10 ans au regard de la longueur des travaux en site occupé.

S'agissant de Beaujon, sur ce seul aspect, le coût estimé est de 25 M€ sur un calendrier long.

Le coût de la seule sécurité incendie est ainsi compris entre 93 M€ et 110 M€ sur les dix prochaines années.

Ce scénario emporte trois inconvénients :

- l'effort financier particulièrement important pour une satisfaction minimale en termes d'objectifs de certification ;
- un calendrier long nécessitant l'organisation de roades et impliquant par conséquent des risques sur la sécurité des soins et sur la continuité et les recettes d'activité ;
- une non-satisfaction des objectifs stratégiques de l'ARS en matière d'offre de soins dans le Nord parisien et francilien.

Le risque financier à moyen et long terme représente plus de 400 M€ (93 à 110 M€ pour la sécurité incendie, 130 M€ pour les maintenances électriques et l'amiante, 200 M€ pour l'humanisation et la qualité).

Une alternative a ainsi été recherchée. Ce scénario a minima pourrait être écarté si l'AP-HP parvenait à conclure une réflexion sur le projet d'hôpital Nord, en lien avec le groupe hospitalier Paris Nord Val de Seine et avec le GH Saint-Louis – Lariboisière qui s'inscrit dans le même territoire universitaire. Ce projet devra s'insérer dans la dynamique du Grand Paris et être co-porté avec l'ARS. Un calendrier serré devra être respecté. L'AP-HP a indiqué à la HAS qu'elle lancerait les marchés d'étude en juin 2013, avec un *go* sur les travaux de sécurité incendie en 2015.

**Le P<sup>r</sup> Jean MANTZ** rappelle que le groupe hospitalier Paris Nord Val de Seine comprend 5 établissements, 3 MCO (Bichat, Beaujon et Louis Mourier) et 2 hôpitaux gériatriques (Bretonneau et Charles Richet). Le GH HUPNVS est, avec l'hôpital Robert Debré et le GH St-Louis Lariboisière, l'une des composantes de l'UFR de médecine Paris Diderot.

Le groupe hospitalier représente 2 000 lits (taille du CHU de Nantes) et 100 000 passages aux SAU Bichat et Beaujon (1<sup>ère</sup> place de l'AP-HP). L'Université Paris Diderot est bien positionnée en termes de publications hospitalo-universitaires sur le plan national.

Les atouts majeurs du GH HUPNVS peuvent être déclinés en trois mots-clés :

Lisibilité  
Université  
Territorialité.

Les axes d'excellence hospitalo-universitaires sont lisibles et bien identifiés : renforcement de l'institut de cardiologie médico-chirurgical du nord, développement du centre de greffes d'organes (cœur, poumon, foie, intestin), développement du trauma center avec le pôle Neurosciences de Bichat-Beaujon, développement des activités médico-chirurgicales du pôle des maladies de l'appareil digestif (projet de stroke center intestinal), organisation de l'activité du centre intégré de cancérologie, pôle mère-enfants avec maternité de niveau 3 de Louis Mourier et réussite de la fusion CASH Nanterre-Louis Mourier.

L'activité clinique s'appuie sur une activité de recherche portée dans des unités labellisées : 1 centre (CRB3), des unités labellisées, des DHU, un labex, ou encore des plateformes technologiques de recherche translationnelle, avec des thématiques de recherche en cohérence avec les thématiques cliniques.

Le GH HUPNVS présente une véritable légitimité territoriale en termes de bassins de vie (75 Nord, 78 Nord, 92 Nord, 93 Ouest, 95) tant pour les filières d'activités réglées que pour les filières d'urgences, dont les urgences lourdes. Les limites majeures résident dans la vétusté des bâtiments qui ont conduit à des problèmes majeurs de sécurité incendie des 2 IGH. La séparation géographique des trois sites MCO constitue un facteur de complexité supplémentaire dans les réorganisations d'activité. Le regroupement des activités lourdes de Bichat-Beaujon apparaît toutefois indispensable sur le plan de l'efficacité et de la cohérence des nouvelles organisations avec des activités lourdes regroupées sur un plateau technique performant sur lequel sont concentrés les équipements lourds.

Les difficultés rencontrées constituent une opportunité unique pour rééquilibrer l'offre de soins dans le Nord de Paris, en cohérence avec le GH St Louis Lariboisière, et pallier le désert sanitaire de la première couronne, d'autant plus que la démographie est croissante sur cette zone. Le scénario privilégié par la communauté médicale du GH est un hôpital universitaire Nord Ile-de-France ouvert sur la première couronne.

Le projet devra être hospitalo-universitaire, innovant dans ses activités et ses organisations, avec l'intégration d'un campus universitaires et de plate-formes de recherche et d'enseignement sur le site. Les activités de Bichat et Beaujon en seront le socle avec d'autres partenaires à définir. Les activités développées devront être en synergie avec le nouveau Lariboisière. Le dimensionnement sera fonction des choix d'activités et de l'évolution des pratiques et technologies médicales. Quelle que soit la localisation, cette structure devra être desservie par un réseau de transports bien développé.

Certaines craintes pèsent à juste titre sur les capacités de financement d'un tel projet. De nombreux partenaires devront être mobilisés. Dans la période intermédiaire qui sépare l'ouverture de ce futur hôpital universitaire Paris Nord de l'instant présent, chaque site, Bichat et Beaujon, doit bénéficier d'investissements pour continuer à développer ses filières d'activités. Le GH HUPNVS s'oppose à la vente à la découpe de certaines de ses activités sous prétexte que l'avenir est incertain. Les pôles hospitalo-universitaires d'excellence cohérents bien identifiés doivent être au contraire maintenus et renforcés.

**Le président** souligne que deux options sont possibles : « rafistoler » pour un montant de 400 M€ ou réunir et rebâtir, sur le site de Bichat, sur le site de Beaujon ou sur un site nouveau autour de La Plaine Saint-Denis. Au-delà, se pose la question de la complémentarité des différents projets immobiliers majeurs développés sur ce territoire.

**Le D<sup>r</sup> Cyril DAUZAC** remercie Mme Carine Chevrier et se félicite que des projets concrets soient enfin présentés. Il insiste sur la nécessité de prendre des décisions rapidement, sous peine de voir les équipes se déliter.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** s'interroge sur le nombre d'hôpitaux de l'AP-HP ayant reçu un avis défavorable en matière de sécurité incendie.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, rappelle que tous les hôpitaux reçoivent un avis de la HAS. Les réponses apportées sont variables et peuvent consister en des projets relativement légers ou au contraire beaucoup plus lourds, tels que l'Hôtel-Dieu.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** insiste sur le nombre de passages aux urgences. Tous les indices de pauvreté montent en flèche et c'est l'AP-HP qui devra prendre en charge ces patients. Il ajoute qu'il n'est pas possible d'organiser un service d'urgence au-delà de 60 000 passages.

Des services d'urgence de proximité sont ainsi indispensables. A défaut, la déstructuration qui en résulterait renforcerait encore les inégalités de soins dans le Nord parisien et francilien.

**Le P<sup>r</sup> Jean MANTZ** confirme qu'il est essentiel d'anticiper la structure du futur réseau hospitalier dans cette région particulièrement défavorisée.

**Le président** note qu'un chiffre de 100 000 passages aux urgences paraît excessif pour un hôpital.

**Le P<sup>r</sup> Benoît SCHLEMMER** insiste sur la dimension stratégique et la dimension territoriale du projet, l'AP-HP devant s'adapter à l'ensemble du territoire francilien. Le projet devra être construit en étroite collaboration avec l'université. Il sera par ailleurs essentiel de donner des perspectives aux équipes et à l'ensemble des personnels qui travaillent sur les sites. L'inconvénient majeur de la première solution est l'absence de visée stratégique. L'outil *in fine* ne répondrait pas aux besoins de santé, de recherche et de formation. L'attractivité des hôpitaux de l'AP-HP doit être maintenue.

**Le P<sup>r</sup> Serge UZAN** appelle à mener une réflexion nouvelle sur les urgences. Il juge nécessaire de construire un centre hospitalo-universitaire et de mener parallèlement une réflexion sur des centres d'urgence de proximité. L'hôpital Tenon a, par exemple, connu de nombreux « rafistolages ». Depuis le déménagement dans des locaux neufs et adaptés à une chirurgie moderne, la situation s'est grandement améliorée. Le P<sup>r</sup> Serge UZAN rappelle que le CCM de Tenon avait, en 1985, voté à l'unanimité une proposition de fermeture des hôpitaux Tenon et Trousseau et d'ouverture d'un grand centre à Marne-la-Vallée pour accueillir les patients et les personnels. Le P<sup>r</sup> Serge UZAN invite à sortir des murs physiques et intellectuels que constituent ces vieux bâtiments.

**Le P<sup>r</sup> Elisabeth DION** s'associe à cette position. Louis Mourier a besoin d'une aide pour concrétiser son association avec Nanterre. Le mouvement doit être accéléré afin d'éviter la démobilisation des équipes.

**Le président** précise qu'il rencontrera son collègue du CASH d'ici quelques jours. L'ARS est parallèlement en train d'organiser un tour de table sur le sujet.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** note que les établissements fonctionnant de manière satisfaisante ont un maximum de 700 ou 800 lits.

**Le P<sup>r</sup> Jean MANTZ** explique que Bichat-Beaujon regroupe 1 400 lits. Le nouveau bâtiment devrait en compter un nombre inférieur. Avancer un chiffre s'avère cependant difficile. Ceci dépend du choix des activités, de l'évolution naturelle des lits d'hospitalisation, des pratiques médicales et des technologies

**Le P<sup>r</sup> Yves COHEN** se félicite que des projets soient développés en raison des coûts élevés de la mise aux normes incendies, ce qui n'est pas le cas dans des hôpitaux tels qu'Avicenne qui sont totalement hors norme depuis 1998. Il note toutefois que Saint-Denis comporte déjà trois grands hôpitaux et ne comprend donc pas pourquoi le nouvel hôpital serait situé dans cette ville. L'Université Paris XIII serait par ailleurs située à 4 kilomètres du futur groupe hospitalier. Des discussions sur les restructurations hospitalo-universitaires seraient souhaitables.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, dénombre 27 avis défavorables en matière de sécurité incendie sur 430 bâtiments. Ce chiffre est en diminution depuis cinq ans,

un plan spécifique de réponse aux problématiques de sécurité incendie a en effet été mis en place.

Dans un contexte où de nombreux projets n'ont jamais vu le jour dans le Nord parisien et francilien, il convient désormais de réussir ce pari. L'AP-HP n'a pas la capacité d'investissement et devra être accompagnée. Le projet devra être soutenu par les tutelles (ARS, Ministères). Plusieurs scénarii devront être présentés. L'accessibilité en transport, dans le cadre du projet du Grand Paris, devra être assurée. Trois implantations seront examinées : Bichat, Beaujon et un autre site. Le calendrier fera office de juge de paix. Il a été indiqué à la HAS que l'AP-HP préférerait développer un projet moderne pour répondre aux problématiques de sécurité incendie. Ce projet doit cependant être validé par les tutelles et accompagné en termes de financement. Si des décisions étaient prises trop tardivement, une grande partie des investissements en matière de sécurité incendie devraient être réalisés. L'objectif est ainsi de pouvoir présenter « la meilleure copie » médico-économique.

**Le président** retient de ces échanges que devront être traitées la question du SAU et la problématique géographique (CHU, GH, universités...).

#### **IV. Évolution des messageries électroniques de l'AP-HP**

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** indique que la présentation de ce dossier a été préparée avec Messieurs Mario CASTELLAZZI et Francis ROBERT. Alors que le premier message électronique a été échangé en 1965, 300 milliards de mails sont échangés chaque jour, dont 80 % de spams. Chaque Français reçoit 40 mails par jour. Le mail rédigé est envoyé à un serveur qui dispose d'un protocole de transmission de messages (SMTP). Le récepteur du mail recevra le message selon différents protocoles (POP 3, IMAP).

Le cadre juridique est basé sur la loi pour la confiance dans l'économie numérique qui rappelle que les mails sont privés et que toute tentative de détournement constitue une infraction pénale. L'arrêt Nikon a établi le secret des correspondances. Cette jurisprudence a toutefois été atténuée par la Cour de Cassation du 30 mai 2007 et l'instauration d'une présomption de caractère professionnel des mails échangés dans le cadre du travail, un dossier personnel devant être constitué par le salarié pour préserver la confidentialité de ses échanges. Les sociétés ont parallèlement un droit à la cybersurveillance à condition d'en informer les salariés et les instances. En médecine, s'ajoutent le secret médical, la confidentialité, ainsi que la protection et le partage des données.

Ce projet consiste à remplacer l'ancienne messagerie iPlanet par Exchange qui équipe 65 % du marché français. La messagerie sera plus fiable, plus moderne et pourra gérer des calendriers et tâches partagés. Elle pourra être utilisée depuis les terminaux mobiles.

Plusieurs vagues de déploiement sont prévues pour migrer les 60 000 boîtes aux lettres. L'objectif est d'achever ce chantier en juillet 2013.

Ce projet n'a pas suscité d'enthousiasme initial du fait d'une perte de repères, notamment pour les listes de diffusion. Les inquiétudes des utilisateurs portent sur les spams, qui ne sont actuellement pas correctement gérés, et sur la pérennité et la confidentialité des données. Le transfert automatique vers les messageries externes constitue toutefois le principal point de conflit.

La nouvelle messagerie est ainsi globalement performante, mais doit faire l'objet d'améliorations, en particulier pour les spams. Contraintes légales et pragmatisme doivent être conciliés pour le transfert vers les messageries personnelles.

**M. Mario CASTELLAZZI** indique, s'agissant de ce dernier point, que sera lancée une étude, dont les conclusions pourront être présentées au mois de mars.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** précise être satisfaite de la nouvelle messagerie s'agissant du partage des calendriers. Si l'absence de transfert des mails vers les messageries personnelles peut poser problème, le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX ne se déclare toutefois pas personnellement gênée.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** juge la distinction entre la messagerie personnelle et la messagerie de l'hôpital utile, d'autant plus que les messageries personnelles ont souvent une capacité limitée. Le nombre de spams reste toutefois important.

**Le président** s'interroge sur la réception des messages sur smartphone.

**M. Francis ROBERT** précise que les messages qui seront consultés seront considérés également comme lus sur le poste de travail, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

**Le D<sup>r</sup> Philippe BUSTANY** s'interroge sur les raisons de cette évolution et note qu'il sera avec le choix de ce logiciel de Microsoft difficile de re-router vers une adresse privée un mail arrivé de l'extérieur, comme nous étions nombreux à le faire actuellement.

**M. Mario CASTELLAZZI** explique que le produit iPlanet est en fin de vie, l'éditeur ayant arrêté les investissements. Pour assurer la confidentialité des données, le re-routage vers une adresse extérieure est interdit. Ponctuellement, une autorisation peut toutefois être accordée. L'objectif est de concilier le respect de la réglementation et la facilité de travail.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** rappelle qu'il est possible de transférer individuellement quelques mails si nécessaire.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** demande s'il sera possible avec cette messagerie de communiquer avec les patients et les collègues pour des messages confidentiels ?.

**M. Francis ROBERT** le lui confirme. S'agissant des spams, il ajoute qu'ils doivent être signalés afin qu'ils n'arrivent pas directement dans la messagerie.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** note que se pose la question des messageries sécurisées du type Apicrypt pour la transmission des informations au médecin traitant.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** se félicite que les messages soient consultables depuis un smartphone même si le poste de travail est resté ouvert.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** rappelle qu'une partie des mails (réunions médicales...) ne ressort pas du secret médical. Les fournisseurs d'accès privés sont par ailleurs souvent plus performants en matière de capacités de stockage. Le transfert vers les messageries personnelles est ainsi indispensable.

**Le P<sup>r</sup> Michel ZÉRAH** rappelle que la taille des messages reçus dépend de l'autorisation accordée.

**M. Francis ROBERT** explique que les liens réseau ne sont pas extensibles à l'infini.

**Le D<sup>r</sup> Philippe BUSTANY** relève des difficultés s'agissant de la sauvegarde des messages et surtout une incapacité de restauration d'une messagerie par les informaticiens du GH.

**M. Francis ROBERT** précise que les messages seront stockés en central et pourront donc être restaurés. Dans le cadre de l'ancienne messagerie, le stockage était effectué en local.

**Le président** retient de ces échanges que le responsable informatique local pourra autoriser le transfert vers une adresse personnelle. Cette décision relèvera du choix de chacun.

## **V. Bilan à mi-parcours du plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014 – méthode et objectifs**

**Le président** rappelle que l'objectif est d'établir un bilan d'étape, à un peu plus du mi-parcours du plan stratégique. Ce point vise à présenter la méthode qui sera adoptée.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** indique que ce bilan est sous la responsabilité de M. Pierre-Emmanuel LECERF. Il s'agit d'une initiative de l'AP-HP portant sur les années 2010, 2011 et 2012. Le travail sera complété par un examen médico-économique beaucoup plus approfondi des restructurations. Depuis 2010, des éléments nouveaux sont apparus : labellisation IHU et DHU, définition de projets prioritaires, constitution des GH. Tous les nouveaux bâtiments ne présentent pas l'organisation de l'offre de soins prévue initialement. Une certaine souplesse a du être ainsi introduite dans les projets. Le retour sur investissement doit être satisfaisant.

Trois objectifs ont été définis :

- disposer d'un état des lieux à mi-parcours de la mise en œuvre du plan stratégique et des actions qui s'y rattachent ;
- disposer d'un outil de communication interne mais également externe ;
- tracer les principales perspectives pour 2013 et 2014 pour actualiser la feuille de route (2<sup>nde</sup> partie du plan stratégique).

La méthode proposée repose sur un bilan synthétique. Le travail est distinct de la préparation du futur plan stratégique et de l'élaboration du CPOM, ainsi que de l'exercice d'évaluation des restructurations médicales. Il s'agit d'établir le bilan des principaux projets initiés depuis 2010 autour de cinq thématiques : évolution de la gouvernance, adaptation de l'offre de soins, initiatives en matière d'enseignement et de recherche, gestion des ressources humaines, stratégie financière et patrimoniale.

Le bilan du « H » correspond à l'adaptation de l'offre de soins, avec les réorganisations médicales, l'amélioration des organisations de prise en charge, la qualité et sécurité des soins, le service aux patients et les relations internationales.

Le bilan du « U » recoupe les actions impulsées dans le cadre de politiques nationales et les initiatives propres à l'AP-HP (DHU...).

Pour mener à bien ce bilan en trois mois, des liens devront être établis avec les directions du siège et les GH, et le comité de lecture devra associer l'ensemble des acteurs ainsi que la CME. Un secrétariat restreint de rédaction et de mise en forme composée de trois ou quatre personnes est en cours de constitution.

**Le président** insiste sur la légèreté de la procédure, et invite l'ensemble des acteurs à travailler dans des délais courts sur ce bilan, qui est avant tout un outil de transparence sur les actions menées.

## **VI. Rapport d'activité 2012 de la sous-commission Structures et restructurations**

**Le président** rappelle qu'il est essentiel que les commissions et les sous-commissions présentent leur bilan d'activité et leur programme pour l'année à venir.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** remercie Florence LALARDRIE et Anne VERGEAU pour leur travail, ainsi que l'ensemble des membres de la sous-commission.

Cette commission Structures et restructurations vise à mener une analyse de la conformité des propositions de modification des structures internes de pôles des GH. Ces propositions sont considérées comme validées, excepté dans les situations suivantes : absence de consensus au niveau local, non conformité à des dispositions réglementaires spécifiques. Elles sont examinées en détail lorsqu'il s'agit de projets supra ou inter GH, projets qui interfèrent avec des plans institutionnels et/ou nationaux. La commission statue par ailleurs sur tous les projets de création ou de modification de pôles.

9 réunions se sont tenues en 2012. 130 fiches de structure ont été analysées. Les groupements de coopération sanitaire (CHIC-Henri Mondor) ont fait l'objet d'un travail plus approfondi. Ce sujet sera suivi dans le temps. Un groupe de travail sur les alternatives à l'hospitalisation a par ailleurs été mis en place sous la présidence du P<sup>r</sup> René Adam.

La notion de fédération a été insérée dans le règlement intérieur de l'institution. La taille de certains pôles d'activités et la nécessité d'y coordonner un ensemble significatif de leurs activités de façon spécifique justifient que les chefs de pôle puissent être dans certains cas assistés d'un praticien, chef de pôle adjoint. Ces structures en charge de ces activités peuvent être organisées en une fédération, placée sous la responsabilité du praticien chef de pôle adjoint. Ce praticien est désigné par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle, et est placé auprès du chef de pôle et sous son autorité (lettre de mission).

Les pôles se sont mis en place et fonctionnent ; le séminaire des chefs de pôle en témoigne. Les attentes des chefs de pôle doivent être recueillies et un bilan doit être établi. 2013 sera également l'occasion d'assurer un suivi des projets de pôles et des GCS, de réaliser des points sur l'organisation des blocs opératoires, sur l'organisation des équipes mobiles de soins palliatifs, et sur les alternatives à l'hospitalisation. L'articulation avec le plan stratégique devra être examinée. La commission pourra également apporter des pistes de réflexion sur l'organisation du SAU dans le cadre du futur hôpital Nord.

**Le président** remercie le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON pour son investissement dans la sous-commission.

**Le vice-président** s'interroge sur le positionnement du praticien chef de pôle adjoint.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** rappelle que la fédération répond à la volonté de créer un espace de réflexion sur un projet de soins, un projet de recherche ou un projet universitaire. Le leader permettra l'agrégation à ce projet commun. La légitimité est assurée par le chef de pôle adjoint qui a un mandat renouvelable et une lettre de mission.



**Le président** déplore que le récent projet du GH Hôpitaux universitaires Paris-Ouest de créer une fédération de gériatrie ; ce qui remettrait en cause la logique fondatrice du pôle AGRUME de ce GH, qui était d'intégrer la gériatrie dans la filière réunissant les urgences à leurs principaux fournisseurs d'aval médical. Cette organisation fonctionne de manière satisfaisante et ne doit pas être remise en cause pour satisfaire des ambitions médicales personnelles.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** explique que la fédération doit se fonder sur un projet médical et être un outil de management et de progrès. Tant que le projet médical n'est pas modifié, des unités fonctionnelles, des départements ou des fédérations ne sauraient être créés pour satisfaire l'ego de certains.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** demande si des fédérations interpôles peuvent être constituées.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** répond par la négative à ce jour et ajoute que cette proposition renvoie en réalité à la pertinence du découpage des pôles.

**Le président** remercie l'ensemble de la sous-commission pour la qualité de son travail.

## **VII. Relevé des activités et des effectifs médicaux 2011 des services de l'AP-HP**

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** rappelle que l'objectif est de comparer à l'échelle de l'AP-HP, pour des services dont l'activité est similaire, des niveaux d'activité médicale et d'effectifs médicaux. Le périmètre comprend les services MCO, URG, SSR, PSY, et les plateaux médico-techniques, excluant les services SLD et EHPAD, pour l'année 2011.

L'échantillonnage a été limité, des regroupements ont été réalisés et aucun ratio n'a été calculé afin de privilégier la communication de données brutes. Seules les informations disponibles dans le système d'information (SIRIUS – Opale – Base PMSI – données DEFIP) ont été exploitées.

Le travail s'est basé sur les données d'activités disponibles au niveau des structures de gestion (UA, services), en retenant les données PMSI 2011 (séjours, séances et venues pour le HDJ, MCO PSY et SSR) et les données DEFIP 2011 (équivalents B et C, ICR, passages aux urgences). Les données d'effectifs médicaux disponibles ont été recueillies au niveau des structures médicales (services, département, UF). Les ETPR moyens 2011 regroupés par grandes catégories de médecins ont été utilisés (PU-PH, MCU-PH, PH, PHC/PAC, PHU, CCA HU, ASS HOP, PRAT ATT). Ont été exclus les internes, les étudiants, les FFI et les dépenses de PDS. Les données ont été vérifiées avec les GH. L'appariement des données s'est effectué au niveau du service.

Un travail important a été mené autour de la définition des spécialités : observation très fine des activités relevant de chaque structure médicale, choix des activités les plus représentatives du service, respect d'un échantillonnage pertinent et cohérent, distinction des activités donnant lieu à une tarification spécifique (Réa, SI, SC, SSR...) au niveau du service. L'objectif est d'informer la CME, avant envoi aux GH.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** souhaite connaître la signification du sigle ICR.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** indique qu'il s'agit de l'indice de coût relatif, qui permet de connaître le coût moyen des activités du service.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** s'étonne qu'aucune activité de consultation ne soit identifiée à Tenon.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** précise que ces activités peuvent être remontées ailleurs.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** s'étonne que la dialyse ne soit pas mentionnée dans le tableau relatif à la néphrologie.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** reconnaît que certains indicateurs pourraient être ajoutés.

**Le président** ajoute que le travail est évidemment perfectible.

**Le P<sup>r</sup> François HAAB** demande comment il est possible de s'assurer que les activités sont bien imputées au service en charge.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** précise avoir établi le lien entre l'UG et le service. A défaut, le GH a été sollicité et ce lien a parfois pu être établi. S'est toutefois posée la question de la réaffectation du personnel. Les ETPR sont en effet souvent globalisés sur le service.

**Le P<sup>r</sup> François HAAB** estime qu'il s'agit d'un problème majeur, à l'origine de certaines réticences à réorienter vers l'ambulatoire lorsque les UCA sont attachées à un pôle différent du service chirurgical concerné.

**M. Matthieu PICCOLI** souhaite connaître les raisons de l'exclusion des internes.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** explique que le périmètre porte sur l'année civile. Les internes pourraient toutefois être intégrés en 2012.

**Le président** note que le nombre d'internes ne varie pas fortement d'un semestre à l'autre.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** s'étonne que le rapport entre praticiens et patients vus ne soit pas indiqué.

**Le président** rappelle que ce ratio, trop grossier, a volontairement été écarté.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** salue ce travail, mais appelle à le conforter avec les données locales.

**M<sup>me</sup> Caroline PRADINES** s'étonne que les sages-femmes ne soient pas représentées.

**M<sup>me</sup> Julia SAUTEREY** indique qu'il conviendrait de travailler sur le PNM.

**Le président** souligne que les sages-femmes font partie de la CME.

**Le P<sup>r</sup> Noël GARABEDIAN** appelle à manier ces tableaux avec la plus grande prudence et à les conforter avec les données locales.

**M. Jérôme HUBIN** souligne que ce travail nécessite du temps et de l'énergie et que le résultat perfectible. Il pose donc la question de la poursuite de ce travail.

**Le président** se déclare favorable à continuer dans cette voie, ces tableaux étant un outil de transparence.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude ALVAREZ** suggère de réaliser ce travail au sein des GH.

**Le président** précise que les GH ont un rôle de validation. Le document sera mis en ligne sur le site internet de la CME après ce processus de validation.

### **VIII. Contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques entre l'AP-HP et l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines**

**M. Jean-François SAUVAT** rappelle que la loi prescrit que les CHU passent avec les universités à composante santé des conventions qui définissent l'organisation et les grandes orientations stratégiques. L'AP-HP a signé des conventions constitutives de CH et U qui définissent l'articulation avec l'Université et des contrats qui comportent les grandes orientations stratégiques. L'intitulé de « contrat » renvoie à un engagement moral du CHU et de l'université à agir conjointement pour mettre en œuvre pour les 5 ans à venir des priorités qu'ils ont conjointement identifiées. En ce sens, ce document préfigure les plans stratégiques et les plans quinquennaux à venir. 9 grands axes ont été distingués.

**Le président** souligne que le contrat engage l'AP-HP avec l'Université. L'UVSQ a établi d'autres contrats avec Foch à Suresnes, Institut Curie site René Huguenin, André Mignot à Versailles, et l'Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye. L'AP-HP se trouve ainsi en concurrence avec d'autres hôpitaux. Compte tenu de la répartition des équilibres, la question du maintien de la prééminence universitaire de l'AP-HP est posée dans cette Faculté.

**Le P<sup>r</sup> Thierry CHINET** indique que la concurrence à l'ouest est extrêmement forte avec les établissements voisins qui pour certains sont également partenaires de l'Université. L'avenir n'est, à son sens, pas à l'Assistance publique pour l'Université Versailles – St Quentin-en-Yvelines compte tenu de la politique négative de l'Assistance Publique à l'égard du GH Paris Ile de France Ouest.

**Le vice-président** demande si la fédération du handicap et du poly handicap a été prise en compte. Il s'interroge par ailleurs sur l'articulation en termes de recherche en gériatrie.

**M. Jean-François SAUVAT** ne peut apporter de réponse à la première question. S'agissant de la gériatrie, les travaux de recherche portent essentiellement sur l'épidémiologie du vieillissement. Des pistes se dessinent autour de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et l'augmentation du nombre de lits à Sainte-Périne.

Ce projet sera présenté en conseil de surveillance le 14 décembre.

Au termes de la loi et du fait de sa nature stratégique, Jean-François SAUVAT confirme, en réponse à la question du président, que ce projet doit bien recueillir l'avis formel de la CME et, à ce titre, faire logiquement l'objet d'un vote.

*Il est procédé à un vote à main levée en l'absence d'objection.*

*Le projet de contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques entre l'AP-HP et l'UVSQ est approuvé par 31 voix favorables, 20 abstentions et 0 voix contre. 1 membre de la CME ne participe pas au vote.*

## IX. Révision des effectifs de PH titulaires 2013

*Un document est remis sur table.*

**Le président** explique que le document est issu du travail du groupe restreint *ad hoc* et du bureau élargi de la CME. Le choix validé par la CME sera proposé à la directrice générale et au directoire. Le président rappelle que la CME n'a plus aujourd'hui la main sur la révision des effectifs, alors qu'elle est co-responsable de la politique médicale.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** présente la méthode suivie : 342 demandes avaient été recensées au départ de la procédure. 461 demandes ont été identifiées en fin de révision. L'étude a été faite GH par GH, puis par discipline et pôle au sein de chaque GH.

Les critères sont :

- le classement du GH, quel que soit le mode de financement ;
- le classement de la collégiale ;
- l'inscription du candidat sur liste d'aptitude ;
- l'ancienneté du candidat dans son grade actuel.

La promotion au statut de PU-PH, tout comme la promotion au statut de MCU-PH, entraîne la reprise du poste de PH. La DPM abonde en effet « automatiquement » le financement H de toute promotion U. Ont par ailleurs été reconsidérées les promotions réalisées à l'extérieur de l'AP-HP.

Le classement A correspond à poste à maintenir, sur la base du financement complet du poste, de l'activité du service concerné et du nombre total d'ETP.

Le classement B renvoie à un poste à revoir en bureau élargi à l'issue du groupe de travail restreint.

Le classement C est un poste non retenu pour un recrutement de PH titulaire en 2013, certains étant associés à une reprise intégrale de la masse salariale, d'autres adossés à une aide temporaire sur un poste de type PHC.

Le groupe de travail restreint s'est interrogé sur la nomination et la titularisation directes de candidats au sortir de l'internat, ou à l'issue immédiate du clinicat. Cette possibilité n'a pas été retenue dans la très grande majorité des disciplines. Une période d'évaluation dans un statut contractuel et dans une situation à responsabilités permet en effet de confirmer l'adéquation du candidat au poste, à la fonction et à l'institution. L'objectif est en effet d'assurer au mieux l'intégration définitive au sein de l'AP-HP.

L'anesthésie-réanimation a engagé une démarche volontaire d'économies. L'absence de candidat équivaut à la demande de maintien budgétaire d'un PHC, avec un rendu temporaire du différentiel financier entre le poste de PH et de PHC (et un retour si nomination). L'économie est de 37 906 euros par poste à temps plein.

Quelques points particuliers ont été identifiés : postes non remontés depuis les GH mais avec numéro d'emploi au CNG, postes DRCD financés directement, postes avec financement fléché.

Le groupe de travail restreint avait retenu 249 demandes classées en A, 42 demandes en B et 166 demandes en C. A l'issue du bureau élargi, 303 demandes sont classées A, dont 176 en maintien, et 153 demandes en C sont dénombrées. 5 demandes ont été retirées, soit un total de 461 demandes.

L'efficienc e sur le personnel médical 2013 aboutit à une économie de 2,6 M€ sur l'ensemble de l'institution, dont 2,2 M€ d'économies assurées par la seule discipline d'anesthésie réanimation.

**Le président** insiste sur l'importance de s'accorder sur les règles du jeu.

L'effort d'efficienc e attendu sur le personnel médical par la direction générale est de 4 M€. L'augmentation des tarifs sur la permanence des soins et le plan spécial des urgences vont faire fondre l'effort d'efficienc e, supprimant de fait toute marge de manœuvre.

S'agissant du praticien hospitalier promu hospitalo-universitaire, si la règle n'est pas appliquée, la source principale de ressources pour les redéploiements se tarira.

Quant à la jeunesse, le président insiste sur la signification d'une titularisation à l'AP-HP. Il lui paraît légitime d'exiger des garanties, en respectant un certain temps de formation postinternat. Titulariser les personnes avant leur 4<sup>e</sup> année de clinicat ou de postinternat fait prendre un risque, sur la solidité tant de l'engagement que de la formation. Il faut se montrer exigeant.

Dans le cas où le chef de service part dans les 3 ans, le président note qu'il n'y a pas lieu de titulariser, sauf accord formel du successeur désigné.

**Le P<sup>r</sup> Gilles ORLIAGUET** espère que l'importante contribution de l'anesthésie-réanimation à l'effort d'efficienc e sera gardée à l'esprit lors de la présentation des travaux du groupe restreint sur l'attractivité et la fidélisation dans cette spécialité.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** souhaiterait, s'agissant de l'apparition de postes vacants, que les informations remontent davantage en amont auprès des GH.

**M. Jérôme HUBIN** rappelle qu'il appartient aux GH de gérer leurs postes. Lors de la transmission des demandes par les GH cet été, certains postes étaient encore occupés. En revanche, certains postes vacants depuis plusieurs années ont été remontés d'autorité et les GH ont été interrogés.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** salue ce travail mais insiste sur la difficulté que la règle d'ancienneté pose pour la psychiatrie. L'AP-HP est en effet en double concurrence sur cette spécialité avec les établissements privés et surtout les autres établissements publics, qui sont en situation majoritaire en Ile-de-France et n'appliquent pas cette règle d'ancienneté.

**Le président** rappelle que les personnes concernées sont praticiens hospitaliers contractuels pendant un an. Si elles refusent cette mise à l'épreuve, elles n'ont pas, à son sens, leur place au sein de l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Nicolas DANTCHEV** souligne qu'en psychiatrie, l'AP-HP n'est pas extrêmement attractive pour les PH.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** rappelle que les carrières se développent sur plusieurs années. Il lui paraît ainsi regrettable d'afficher des postes vacants alors qu'ils sont en préparation. Une perspective de long terme doit être adoptée.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** demande si une demande de mise en disponibilité se traduit par l'affichage d'une vacance de poste.

**Le président** explique que la vacance est constatée après six mois.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** ajoute que la révision intervient au 1<sup>er</sup> juillet 2013.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** s'interroge sur les départs en cours d'année.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** indique qu'il peut parfaitement être procédé à des recrutements en cours d'année.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** note que la promotion PU-PH à l'extérieur de l'AP-HP constitue un très mauvais signal donné aux services.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** assure que ces postes ont été examinés avec la plus grande attention.

**Le président** appelle les GH à anticiper les restructurations de postes d'H en HU et ajoute que la sous-commission du temps et des effectifs médicaux doit se pencher sur une réforme de la méthode pour mieux prendre en compte les GH et le travail considérable effectué par les pôles, les sous-commissions locales des effectifs, les comités exécutifs locaux et les CME locales.

**Le P<sup>r</sup> Thierry BÉGUÉ** précise que les GH sont d'ores et déjà invités en séance pour présenter leurs orientations stratégiques.

**Le P<sup>r</sup> Jacques DURANTEAU** juge essentiel de faire participer les responsables des GH. S'agissant des promotions universitaires, il regrette que les services les plus dynamiques formant des universitaires en subissent les conséquences en termes d'effectifs.

**Le président** reconnaît les difficultés actuellement rencontrées tout en rappelant que la voie universitaire ne passe pas nécessairement par la case PH.

**Le P<sup>r</sup> Philippe ARNAUD** souhaiterait qu'une réflexion soit menée sur la notion d'attractivité. L'AP-HP doit attirer les meilleurs praticiens, et non seulement les plus patients. Une réflexion d'ensemble doit être menée.

**M. Matthieu PICCOLI** indique, s'agissant de la médecine générale, que des groupes internes pourraient être constitués sur les carrières de PH.

**Le président** rappelle que la médecine générale est aujourd'hui une médecine non hospitalière.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** appelle à recruter les meilleurs praticiens et estime que l'épreuve de titres et travaux (points SIGAPS) pourrait permettre de se limiter à deux ans de clinat.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** dénombre moins de 10 installations en médecine générale cette année à Paris, dont 3 aux urgences médicales de Paris. Dans un tel contexte, l'AP-HP doit

savoir rester attractive et mutualiser les services d'urgence et l'activité des SMUR et de la régulation. Le D<sup>f</sup> PELLOUX souligne que la médecine générale est désormais devenue une spécialité à part entière.

**Le président** rappelle que les enseignants de médecine générale sont les premiers à s'ériger contre la titularisation PH de médecins issus de leur DES. Les urgentistes doivent obtenir un DESC d'urgentiste. Des problèmes criants sont rencontrés en addictologie où des généralistes sont titularisés. Des généralistes sont également titularisés en médecine interne.

**Le D<sup>f</sup> Paul AVILLACH** appelle à une plus grande transparence des critères PH (niveau de publications requis...).

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** explique qu'en chirurgie, les critères sont définis par la collégiale.

**Le P<sup>f</sup> Gérard CHÉRON** ajoute que la collégiale de pédiatrie a également fixé des critères.

**Le D<sup>f</sup> Julie PELTIER** insiste sur la distinction entre les postes de HU et de PH pour la plupart des spécialités médicales.

**Le président** cède la parole au P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ, à M. Jérôme HUBIN et à M<sup>me</sup> Françoise FOURNIER afin qu'ils présentent les demandes de révision.

**Le P<sup>f</sup> Thierry BÉGUÉ** note que les remarques ne porteront sans doute que sur les postes classés C. Il rappelle que six réunions ont déjà été organisées.

**M. Jérôme HUBIN** suggère de passer en revue le document de synthèse de la révision des effectifs de PH remis sur table en procédant par GH en se limitant aux cas problématiques.

**Le président** rappelle que les échanges ne sont pas encore terminés avec la direction générale. Il remercie l'ensemble de celles et ceux qui ont participé à cette révision.

## **X. Approbation du compte rendu de la séance du 9 octobre 2012**

*Le compte rendu de la séance du 9 octobre 2012 est approuvé à l'unanimité.*

## **XI. Questions diverses**

*En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 40.*

\*

\*

\*

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

**mardi 8 janvier 2013 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 19 décembre 2012 à 16 heures 30**

