

Les diaporamas de la CME

réunion du 14 mai 2013

Nouvelles de la CME (P^r Loïc CAPRON, D^r Georges SEBBANE)

- Quatre représentants des internes (étudiants de 3^e cycle, DES, diplôme d'études spécialisées, ou internes) siègent à la CME. L'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) les désigne chaque semestre. Pour celui qui commence (été 2013), ce sont : M^{me} Hélène BOUCHER (pharmacie), M. Matthieu PICCOLI (médecine générale) et M. Julien LENGLET (autres spécialités médicales, sous réserve de confirmation) ; le représentant d'odontologie n'a pas encore été nommé.
- Le 24 avril, le président a reçu M^{me} Caroline PRADINES, élue des sages-femmes, pour un point sur sa contribution aux travaux de la CME. M^{me} PRADINES participera aux sous-commissions *Recherche et université* et *Vie hospitalière* de la CME. Elle désignera ses collègues qui feront partie de la cellule QSS & CAPCU et au comité de pilotage du développement professionnel continu (DPC). Enfin, il est souhaitable qu'une sage-femme participe aux groupes de travail *Gestion des événements indésirables graves* (P^r Christian RICHARD) et *Relations avec les médecins généralistes* (D^{rs} Alain FAYE et Marie-Laure ALBY).
- Un rapport préliminaire de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), paru le 23 avril, a alerté sur l'implantation de prothèses de hanche dans plusieurs de nos hôpitaux sans respecter tous les règlements en vigueur. Le 7 mai, la directrice générale et le président de la CME de l'AP-HP ont confié aux P^{rs} Bernard AUGEREAU, président de la collégiale des orthopédistes, et Christian RICHARD, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), et à M. Michel BILIS, directeur de l'inspection et de l'audit (DIA), une mission d'enquête médico-administrative sur les réserves et critiques contenues dans ce rapport. Elle remettra ses conclusions en juillet prochain.
- Pour inaugurer sa réflexion sur le projet médical du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP, la CME se réunira en séminaire à Paris les vendredi 20 (17h-20h30) et samedi 21 septembre (8h30-12h30) sur le thème *L'AP-HP en Île-de-France*. Tous les membres de la CME sont incités à y participer.
- Le président et le vice-président sont convenus que les mandats de vice-président de la CME et de vice-président d'une CME locale de GH sont incompatibles, en raison notamment de la charge de travail qu'ils imposent. Dans une courte [déclaration](#), le D^r Georges SEBBANE, vice-président de la CME, a choisi de conserver la vice-présidence de la CME locale des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, en continuant à siéger à la CME centrale. Le président l'a remercié pour le travail accompli à ses côtés. La CME élira son nouveau vice-président le 11 juin.

- M^{me} Mireille FAUGERE, directrice générale, a présenté ses conclusions sur l'avenir des urgences de l'Hôtel-Dieu, envisageant, après concertation avec les instances, leur fermeture au début du mois de novembre prochain, avec trois mesures d'accompagnement :
 - renforcement des services d'accueil des urgences du centre de Paris (Cochin, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Saint-Louis) ;
 - maintien sur place d'un SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) 24h/24 ;
 - ouverture à l'Hôtel-Dieu de consultations sans rendez-vous 24h/24.
 Deux communiqués ont suivi cette annonce, l'un de la [directrice générale](#), l'autre du [président de la CME](#). Dans les prochains mois, la CME donnera un avis sur deux dossiers :
 - devenir de la salle Cusco qui accueille des malades gardés à vue à l'Hôtel-Dieu (instruction confiée au P^r Christian RICHARD) ;
 - projet médical, universitaire et financier du nouvel Hôtel-Dieu (<http://www.aphp.fr/projethoteldieu> en cours d'édification par M^{me} Sophie ALBERT, et les P^{rs} Jean-Yves FAGON et Pierre LOMBRIL).
- Le P^r Jean-Philippe WOLF a attiré l'attention de la CME sur les difficultés de l'unité de biologie de la reproduction de l'hôpital Tenon. Une récente inspection de l'ARSIF a suspendu l'autorisation d'y ouvrir de nouveaux dossiers de procréation médicalement assistée, tant que les locaux et les organisations n'auront pas été remis en conformité avec les normes de bon fonctionnement. Sous l'égide de la direction médico-administrative (DMA), les autres services de l'AP-HP se sont organisés pour se répartir les consultants de Tenon. La directrice générale a nommé un chef d'unité intérimaire, le P^r Rachel LEVY (Jean Verdier). La CME a proposé que la présidente de son groupe *Règlement intérieur et procédures*, le P^r Béatrice CRICKX, contribue à la recherche de solutions pour la restructuration de l'équipe médicale en place, en étroite concertation avec la gouvernance du groupe hospitalier *Hôpitaux universitaires de l'Est parisien*.

Participation accrue des usagers aux instances des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux non rattachés à un GH
(M. Thomas SANNIE) [diaporama](#)

En décembre 2012, une enquête de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) a montré que les représentants des usagers participent de plus en plus à la vie et aux projets de nos hôpitaux. Pour soutenir cette louable tendance, la CME a approuvé à l'unanimité le [voeu](#) que M. Thomas SANNIE, représentant des usagers, se propose de présenter le mois prochain au conseil de surveillance.

Échange avec M. Claude ÉVIN, directeur général de l'ARSIF, sur l'effort d'efficacité et les investissements immobiliers de l'AP-HP
[diaporama](#)

Le [discours de vœux 2013 du président de la CME](#) invitait notre tutelle à s'exprimer clairement sur ces deux sujets.

- L'efficacité est l'effet imparable d'une croissance (+ 2,6%) de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) inférieure à celle des dépenses prévisibles (+ 4,4%). Pour la CME, l'efficacité, à la cadence où elle nous est imposée, dégrade l'offre de soins, en quantité et en qualité ; L'ARSIF estime que l'AP-HP dispose encore de capacités à se restructurer pour améliorer ses performances.
- Nos crédits liés aux MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) et au FIR (fonds d'investissement régional) continuent de diminuer (- 3,9% prévus en 2013), sans toujours bien prendre en compte certaines de nos missions de service public (précarité, bactéries multirésistantes, prise en charge des brûlés, etc.). La « justification au premier euro » va ajuster le niveau de certaines dotations dites historiques (accordées « les yeux fermés », sans véritable évaluation des coûts) ; certaines devraient diminuer, mais d'autres pourraient augmenter.
- Par l'intermédiaire de l'ARSIF et sous son contrôle, l'AP-HP va soumettre ses projets de grands bâtiments (> 50 M€) au comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers). L'enveloppe nationale sera de 350 M€/an pendant dix ans, prélevés sur l'ONDAM. Nous présenterons d'abord successivement les dossiers de Mondor en octobre 2013, des hôpitaux Nord (Lariboisière, Bichat, Beaujon) en décembre 2013, et de l'Hôtel-Dieu en février 2014. Notamment pour ce dernier hôpital, la CME insiste pour une information préalable, essentiellement fondée sur le projet médical de la structure.
- Pour les équipements (imagerie, autres matériels médico-techniques) et l'entretien immobilier courant, la CME se félicite des efforts consentis par la direction pour dégager plus de crédits en 2013. Toutefois, M. ÉVIN n'a apporté aucun écho à la [déclaration officielle](#) de la ministre de la santé, le 4 mars 2013, concernant l'AP-HP : « Je souhaite que l'ARS mette en place un fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité avec un programme sur trois ans, afin de participer à l'amélioration des conditions de travail des équipes. »
- L'ARSIF soutient l'AP-HP pour la valorisation de son patrimoine auprès de la Ville de Paris et pour exclure l'hôpital public du champ de la loi Duflot (voir [motion](#) de la CME votée le 9 octobre 2012).

La CME a insisté sur l'effet néfaste des plans d'économies successifs pour la sécurité et la qualité des soins, pour l'innovation médicale et la vétusté des équipements, et pour la capacité d'investissement de l'AP-HP. Le fossé se creuse entre le discours gouvernemental qui soutient résolument les

hôpitaux publics et la réalité du terrain qui ne peut que préoccuper les soignants.

La CME a regretté la modification incessante des règles du jeu budgétaire, qui augmentent chaque année le déficit à combler et découragent les équipes. Elle a souligné les spécificités de l'AP-HP et souhaité que la réflexion actuelle sur l'évolution de la tarification à l'activité (T2A) prenne mieux en considération notre spécificité hospitalo-universitaire et que nos charges spécifiques soient plus justement valorisées dans le calcul des MIGAC. Elle a rappelé son opposition à la convergence tarifaire pour les soins de longue durée ([motion](#) votée par la CME le 9 octobre 2012).

Programme d'action de l'AP-HP pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) (P^r Christian RICHARD et D^r Marie-Laure PIBAROT) [diaporama](#)

Ce programme est l'expression du rôle majeur que la CME et son président doivent jouer dans la politique médicale de l'AP-HP. Après présentation aux différentes instances (d'ici à la fin du mois de juin), il guidera les options de la CME en matière de QSS & CAPCU pendant la durée de son mandat (jusqu'en janvier 2016). Il fera l'objet d'une évaluation annuelle et sera décliné dans les groupes hospitaliers et dans les pôles. La cellule QSS & CAPCU, réunie une fois par mois, en assurera le pilotage central.

Bilan 2012 et perspectives 2013 portant sur les projets prioritaires du plan stratégique 2010-2014 (M^{me} Sibyle VEIL) [diaporama](#), [document](#)

La directrice du pilotage de la transformation à l'AP-HP a fait le point sur ces chantiers qui accompagnent l'exécution du plan stratégique 2010-2014. Tous visent, par un travail sur les organisations, à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à optimiser les parcours de soins. Les performances des sites de l'AP-HP sont souvent inégales, avec un fort potentiel de progression pour l'ensemble de l'institution.

Valorisation de l'innovation à l'AP-HP : idées et brevets (M^{me} Florence GHRENASSIA) [diaporama](#)

Plus grand centre hospitalo-universitaire de France, l'AP-HP doit être un puissant moteur du progrès médical dans notre pays. Les capacités d'innovation de nos équipes sont considérables, mais souvent mal exploitées : nos soignants sont plus prompts à publier qu'à breveter leurs découvertes. M^{me} GHRENASSIA dirige notre office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTTPI) ; elle en explique le fonctionnement et les appuis qu'il peut fournir à chacun sur le parcours de l'invention (www.ottpi.aphp.fr).

Conclusions du groupe de travail sur les évolutions de la révision annuelle des effectifs de praticiens hospitaliers (M. Jérôme HUBIN, P^r Thierry BEGUE) [diaporama](#)

La lettre de cadrage pour la prochaine révision (2014) paraîtra prochainement avec trois évolutions principales : a. participation accrue des groupes hospitaliers à la révision centrale (échange de chaque groupe hospitalier, présidents de la CME locale et de la sous-commission locale des effectifs médicaux avec le groupe restreint de la CME, qui prépare la révision en octobre-novembre) ; b. concertation accrue sur le devenir d'un poste de praticien hospitalier après promotion hospitalo-universitaire du titulaire ; c. meilleure précision sur le degré d'ancienneté permettant l'accès à un poste de praticien hospitalier titulaire. Les créations de poste par redéploiement institutionnel doivent rester possibles, ce qui impose une régulation centrale. En l'état actuel de la loi (Code de la santé publique), la CME ne décide pas la révision, mais la propose à la directrice générale qui transmet sa décision à l'ARS.