

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 5 AVRIL 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 MAI 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 5 avril 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Présentation de la dernière décision modificative de l'année 2004.
- 2- Avis sur le projet de budget pour l'exercice 2005.
- 3- Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du GHU ouest.
- 4- Point sur les appels d'offres relatifs aux maladies rares.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Avis sur la journée de solidarité.
- 7- Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 mars 2005.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Composition A

- Changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DERAEDT, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France,
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. GARNIER, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur par intérim de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. SUDREAU, adjoint au directeur de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mme ANTIGNAC et de MM. CHAUSSADE, DESMONTS, DRU, GOËAU-BRISSONNIERE, SCHLEMMER et WEILL avant de donner la parole à la directrice générale pour évoquer le départ de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris de M. HOUSSIN et sa nomination à la direction générale de la santé.

La **directrice générale** évoque la tristesse qui s'attache au départ de M. HOUSSIN, en poste à l'AP-HP depuis deux ans qui a accepté les fonctions de directeur général de la santé ; elle lui souhaite un plein succès dans ces nouvelles fonctions.

La directrice générale considère comme une grande chance d'avoir eu à ses côtés pendant ces deux années M. HOUSSIN, premier médecin à occuper le poste de directeur de la politique médicale au sein de l'AP-HP. Elle ne compte d'ailleurs pas déroger à ce principe, désormais bien installé, pour l'avenir.

M. HOUSSIN a beaucoup apporté, notamment en pilotant l'élaboration du plan stratégique dont les grandes lignes et l'équilibre général viennent d'être adoptés par le conseil d'administration.

M. HOUSSIN a joué un rôle fondamental au sein du comité de direction ; il y était très apprécié pour la pertinence de ses analyses, mais également pour son humour.

La directrice générale remercie vivement M. NAVARRO d'avoir tout de suite accepté d'assurer l'intérim de la direction de la politique médicale.

Le **président**, qui souscrit à ce propos, déclare que le travail avec M. HOUSSIN reposait sur la confiance et sur l'écoute. A la tête de la direction générale de la santé, il représentera pour l'AP-HP un allié précieux, capable de comprendre les problèmes qu'elle rencontre.

Puis il engage l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Présentation de la dernière décision modificative de l'année 2004.

La parole est donnée à **M. GARNIER** pour présenter la dernière décision modificative pour l'année 2004 permettant d'arrêter les comptes définitifs pour cet exercice (cf. document mis en ligne sur le site de la CME).

Le bilan de l'exécution de l'exercice 2004 se caractérise par :

- une amélioration générale des performances médico-économiques : une progression de 2,7 % de l'activité et de 1,4 % des dépenses ; une croissance de 1,4 % des effectifs ;
- la réalisation du plan équilibre : les économies structurelles accomplies à 95 % ; plus de huit cents emplois non médicaux rendus (quatre cent cinquante vacants) ; seuls six hôpitaux réalisant moins de 80 % de leur objectif d'économie ;
- les recettes plus dynamiques que les dépenses grâce au rebasage accompagnant la mise en oeuvre du plan stratégique, à des crédits fléchés et à une meilleure péréquation en Ile-de-France ;
- un résultat équilibré pour la première fois depuis 2000 ; un léger excédent conjoncturel lié notamment aux vacances de postes et à des recettes exceptionnelles.

La dernière décision modification permet d'ajuster les crédits aux dépenses. L'excédent conjoncturel est consacré à la résorption du report de charges.

L'équilibre structurel à fin 2004 demeure fragile car les recettes peuvent faire l'objet d'ajustements mécaniques à la baisse par les pertes de recettes de rétrocessions et par l'impact de la tarification à l'activité (T2A) en raison du surcoût structurel de l'AP-HP par rapport aux tarifs moyens nationaux. Aussi, un étalement du plan équilibre sur quatre ans ramènera l'effort des hôpitaux à 45 millions d'euros au lieu de 60 millions d'euros initialement prévus et permettra :

- de pérenniser le retour à l'équilibre dans le cadre de la T2A ;
- d'asseoir le plan stratégique sur une base durablement assainie.

II - Avis sur le projet de budget pour l'exercice 2005.

M. GARNIER développe les différents éléments constitutifs du projet de budget pour l'année 2005 (cf. document mis en ligne).

Il fait tout d'abord état du contexte en pleine mutation dans lequel s'inscrit ce budget basée sur :

- la disparition du système des dépenses encadrées au profit d'une demande des prévisions de recettes (étape vers un état prévisionnel des recettes et des dépenses -EPRD-);
- la dualité des systèmes de tarification avec la coexistence des règles de la T2A (activité MCO tarifée en GHS) et d'une tarification sur la base des prix de journée (prise en charge patient ou mutuelle) ;
- la montée en puissance de la tarification à l'activité :
 - 25 % de l'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO),
 - la baisse du coefficient géographique, Ile-de-France (de 10 % en 2004 à + 7 % en 2005),
 - la mise à jour des bases des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation,
 - l'évolution sensible des modalités de tarification (urgence, réanimation...) et de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (DMI) coûteux.

Puis il décrit les enjeux spécifiques aux budgets annexes :

- l'ajustement du budget annexe des unités de soins de longue durée (ULSD) qui se fera sur la base du rapport de la mission de l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) ;
- la mise en place du budget annexe relatif à la formation initiale dans le cadre de la décentralisation.

Trois axes forts pour la construction du projet de budget sont mentionnés par **M. GARNIER** :

- le maintien d'un budget en équilibre réel malgré une amputation des recettes de près de 50 millions d'euros par la montée en puissance de la T2A ;
- la mise en oeuvre des premières orientations du plan stratégique ;
- l'achèvement de la mise en cohérence des budgets internes et externes.

L'orateur indique ensuite que le budget général prévoit un total de dépenses et de recettes de 5,5 milliards d'euros en progression de 1,1 % ; des notifications complémentaires accroîtront cette progression.

Si les dépenses et les recettes progressent globalement de manière identique, les dépenses d'amortissements et de provisions diminuent de 22,4 % en raison de la forte réduction des provisions pour créances douteuses et responsabilité médicale ; celles des services centraux baissent de 7,5 % (notamment grâce à l'impact du plan équilibre et à la constitution d'un budget annexe formation initiale) tandis que celles des services industriels et commerciaux augmentent de 6,4 % en prévision de l'accroissement des dépenses de médicaments.

Au chapitre des budgets annexes, celui des ULSD diminue de 5,2 % suite aux fermetures de lits pour travaux tandis que celui de la dotation non affectée progresse de 1,8 % et celui autonome de la formation initiale atteint 52 millions d'euros.

Le budget primitif 2005 prévoit, pour les hôpitaux, une progression des dépenses de + 3,5 % en réel par rapport aux crédits de la DM4 2004 hors provisions exceptionnelles.

S'agissant des recettes l'essentiel, soit 4,4 milliards d'euros, provient de l'assurance maladie auquel s'ajoutent 493 millions d'euros de produits de l'activité hospitalière et 580 millions d'euros d'autres produits.

Après avoir détaillé les prévisions des recettes par enveloppe et par groupe, M. GARNIER énumère les prévisions de dépenses et signale les modifications des règles de tarification ainsi que l'enjeu sur la remontée de l'activité.

Il précise que les dépenses inscrites au budget correspondent à celles notifiées aux hôpitaux en janvier dernier, avant de décliner les principales mesures nouvelles, l'évolution des charges de personnel non médical et de personnel médical, le poids du plan équilibre sur les hôpitaux, l'ajustement du tableau des emplois à la réalité des effectifs notifiés aux hôpitaux, l'évolution des dépenses des groupes 2 et 3 et d'exploitation et le budget d'investissement à hauteur de 445 millions d'euros.

Il conclut sur les enjeux de l'exécution de ce budget qui tiennent à :

- la validation et à l'ajustement éventuel des hypothèses inhérentes à la construction du budget en recettes ;
- l'ajustement des budgets annexes ;
- la réalisation des recettes ;
- la bonne maîtrise de l'évolution des dépenses ;
- la poursuite de la mise en oeuvre des priorités du plan stratégique en décision modificative n°1.

A son tour, **M. SUDREAU** explicite l'évolution des modalités de tarification inhérente aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

a) Le cadre.

Au tarif de base du groupe homogène de séjour (GHS) s'ajoutent sous conditions les forfaits journaliers suivants :

- 833 euros en unité de réanimation autorisée et déclarée et le patient doit recevoir des actes caractérisant la gravité de son état ;

- 417 euros en unité de soins intensifs reconnue par un contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ;
- 277 euros en unité de surveillance continue.

b) La mise en oeuvre à l'AP-HP.

Pour l'année 2005, les unités actuelles de réanimation et de surveillance continue restent inchangées compte tenu de l'échéance fixée par décret à 2007 portant obligation de mise en conformité. En revanche, deux actions immédiates sont proposées pour les unités de soins intensifs qui constituent un enjeu majeur eu égard aux cinquante millions d'euros de recettes qui s'y rattacheraient :

- le basculement des unités de soins intensifs de cardiologie (USIC) en « unités de soins intensifs » ;
- la réalisation d'une cartographie pour les autres unités disposant de lits de soins intensifs (pneumologie, hématologie...).

A échéance 2006 – 2007, le dimensionnement présenté à la CME en février dernier pour la réanimation et la surveillance continue sera appliqué tandis que pour les soins intensifs, les unités feront l'objet d'un examen par spécialité.

c) Le recueil d'activité et la T2A.

Ce changement majeur de mode de tarification devrait entraîner des efforts accrus en termes d'organisation et de qualité de codage. Les unités de recueil médicalisé (URM) correspondant aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue doivent être individualisées ; la démarche est déjà réalisée pour la réanimation mais reste à initier pour la surveillance continue et les soins intensifs.

Pour conclure, M. SUDREAU rappelle que le paiement des forfaits supplémentaires est directement tributaire de l'exhaustivité et de la qualité du codage, en particulier le codage des actes marqueurs et de l'index de gravité simplifié (IGS) chez l'adulte pour la réanimation.

A l'issue de ces présentations, le débat est ouvert.

Les crédits alloués en 2004 aux maladies rares n'ayant pu être utilisés, **M. GUILLEVIN** souhaite savoir s'ils font l'objet d'un report sur l'année 2005. Par ailleurs, il lui semble primordial de réaffecter sur le terrain les personnels paramédicaux ou médicaux occupant des emplois administratifs.

M. HARDY soulève la question de la dotation annuelle de financement (DAF –12 % du budget) qui concerne en particulier la psychiatrie et la gériatrie. Il interroge les intervenants sur son mode de détermination et sur les perspectives d'évolution de cette dotation, dans le cadre des négociations avec le ministère.

Selon **Mme DEGOS**, les médecins étant responsables non seulement des dépenses mais désormais aussi des recettes, elle demande les moyens prévus pour améliorer le codage de l'activité médicale.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souhaite savoir si l'enquête réalisée par l'IGAS permet d'identifier les causes du surcoût du secteur SLD à l'AP-HP ; la charge de travail induite par la prise en charge de malades atteints de pathologies lourdes pourrait justifier des négociations avec les autorités de tutelles. Par ailleurs, elle fait état de l'inquiétude des gériatres face aux fermetures de lits prévues.

Suite à ces interventions **M. GARNIER** donne un certain nombre de précisions.

Concernant les maladies rares, la première annuité de crédits, au titre de l'année 2004, a été versée fin décembre dernier. Dès janvier, ces crédits pérennes et inscrits dans les MIGAC, ont été notifiés aux hôpitaux qui peuvent ainsi concrétiser leurs recrutements. Le dispositif est prévu pour cinq ans et à ce terme, un bilan déterminera son renouvellement ou non. Le décalage d'un an du versement des crédits permettra de financer la dernière annuité du dispositif.

La **directrice générale** rappelle que les postes de soignant « au lit du malade » ont vocation à être systématiquement pourvus. Elle signale que certains postes administratifs sont aujourd'hui occupés par des personnels soignants qui ne sont plus aptes à réaliser correctement des soins. Ce problème concerne également des médecins. La prévention et le traitement de ces situations d'inaptitude sont un sujet important qui a fait l'objet de discussions avec les organisations syndicales, lesquelles sont appelées à se poursuivre dans le cadre de la mise en œuvre du projet social et professionnel.

Si les personnes sont comptabilisées en fonction de leur statut, ajoute **M. GARNIER** la comptabilité analytique permet néanmoins de les comptabiliser sur les postes où elles travaillent. Ainsi, dans le cadre du plan équilibre, les rendus de postes en 2004 et 2005 correspondant à des personnes à statut hospitalier sont des personnels affectés à des fonctions support. Il convient néanmoins de poursuivre l'effort d'organisation des activités administratives et des unités de soins.

Quant à la DAF, elle reste dans le processus de la dotation globale dont les négociations annuelles portent sur les mesures statutaires des personnels et sur l'ajustement des moyens. Les discussions actuelles traitent du plan national de santé mentale en cours d'élaboration qui engendrera des moyens supplémentaires pour la psychiatrie. Il n'est pas envisagé à court terme de plan national pour les SSR mais le plan stratégique de l'AP-HP prévoit d'autofinancer une augmentation du nombre de lits de SSR lesquels pourront être financés par la T2A dès lors que la réforme sera déployée dans ce secteur.

Mme VAN LERBERGHE confirme la responsabilité médicale en matière des dépenses et des recettes car la T2A vise à améliorer l'adéquation entre les moyens et l'activité. La qualité du codage est dans ce contexte essentielle.

A cet égard, elle signale que les praticiens hospitaliers responsables de l'information médicale au sein de l'AP-HP font l'objet de propositions de contrats séduisants de la part du secteur privé ; pour éviter leur départ, elle insiste sur l'intérêt pour les communautés médicales de reconnaître ces personnels et de leur consacrer des moyens suffisants afin de les stabiliser dans l'institution.

S'agissant du surcoût à l'AP-HP des USLD, les conclusions de l'enquête de l'IGAS révèlent que celui-ci est justifié par la lourdeur des pathologies des populations prises en charge. Cependant, au sein de l'AP-HP on ne retrouve pas de corrélation entre importance des coûts et lourdeur des populations prises en charge. Il importe donc de réfléchir pour comprendre les motifs de cette distorsion.

Le passage à un financement complet à la T2A s'opérant sur une période de dix ans, **M. LACAU ST GUILY** pense qu'il convient de regarder les possibilités pour activer le processus, l'AP-HP ayant sans doute intérêt à une généralisation accélérée de la T2A.

Des précisions paraissent nécessaires à **M. BERNAUDIN** au sujet d'éléments relatifs aux efforts mentionnés au niveau des plateaux médico-techniques ou des gains de productivité. Après avoir rappelé la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche de l'AP-HP, il estime que les outils d'évaluation de l'activité actuellement disponibles ne couvrent pas cette triple mission.

M. FAGON demande comment s'applique le forfait journalier de huit cent trente trois euros pour la réanimation, évoqué par M. SUDREAU.

Alors que le décret relatif à la chirurgie cardiaque n'est pas paru, **M. CORIAT** s'interroge sur la pertinence de créer une URM pour individualiser l'activité cardiologique de réanimation incluse dans le GHS.

M. LEVERGE rappelle que les recettes de groupe 3 pour les médicaments s'élevaient à quarante cinq millions d'euros mais se limiteront à l'avenir à dix sept millions d'euros correspondant à trois fois le montant des crédits de recherches relatives aux maladies rares. Puis, eu égard à l'explosion des dépenses afférentes aux dispositifs médicaux, il sollicite du directeur des finances l'octroi de moyens supplémentaires à l'agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) pour établir un référentiel, inexistant en Europe, des dizaines de milliers de références de ces produits. Pour l'heure, une à deux personnes seulement travaillent sur ce programme aux enjeux considérables.

M. LECOUTURIER rapporte le point de vue du comité technique central d'établissement (CTCE) sur le budget qui s'inscrit selon lui dans les orientations du plan équilibre, de la T2A et du plan stratégique.

Il relève la progression de l'activité de 2,7 % contre seulement 0,7 % des effectifs et déclare que si le personnel médical est l'acteur des recettes, c'est le personnel non-médical affecté auprès des malades qui les générera. Après avoir mentionné l'amélioration de la visibilité du tableau des emplois, il met en exergue la logique de suppression d'emplois qui préside, à son sens, par référence dans les secteurs support et médico-technique et dans les services de SLD liée à des fermetures de lits.

Par ailleurs, c'est en raison de la pénibilité du travail que des soignants et aussi des médecins sont affectés sur des fonctions à distance des malades. Il importe donc de prévenir la dégradation des conditions de travail.

Pour finir, l'intervenant souhaite que les procès-verbaux du CTCE soient transmis aux membres de la CME, demande que le rapport de l'IGAS parvienne au CTCE et signale l'avis négatif sur le budget émis en réunion de ce dernier par les représentants de FO, CFDT, Sud santé et CGT, le SNCH s'étant abstenu.

M. GARNIER déclare que la progression du dispositif de la T2A atteignant 25 % cette année laisse supposer une durée inférieure à dix ans pour son application totale. En même temps, l'AP-HP doit bénéficier d'un certain temps avant de basculer intégralement dans la T2A afin qu'elle résorbe les trois cents millions d'euros du surcoût engendré, au moyen de gains en efficience ou d'une meilleure reconnaissance des activités d'intérêt général.

Le rythme de montée en charge de la T2A est défini au plan national rappelle la **directrice générale**. En revanche, l'AP-HP est maître de la manière d'appliquer des règles du jeu en interne. Lors de la préparation du budget 2006, il est envisageable d'anticiper la mise en œuvre de ce mode de financement. Elle évoque en outre la note qui vient d'être transmise aux directeurs d'hôpitaux et aux présidents de comités consultatifs médicaux pour définir les orientations de mise en œuvre de la tarification à l'AP-HP en 2005 et souligne l'importance cruciale d'éviter des effets négatifs tels que la sélection des malades.

Le projet de budget 2005, poursuit **M. GARNIER**, est fondé sur des comptes 2004 à l'équilibre après des années de report de charges. Cependant les moyens s'avèrent dans certains secteurs mal répartis.

S'agissant de l'élaboration du référentiel des dispositifs médicaux, il veillera à l'octroi, si nécessaire, de moyens temporaires supplémentaires à la personne chargée de cette mission.

A la question de **Mme PALAZZO** relative aux fonctions et au nombre de médecins affectés à l'information médicale, **M. LEPAGE** répond qu'il ressort d'une étude que si les missions de base (codage, traitement de l'information...) s'avèrent identiques dans tous les hôpitaux, leur évolution sont dépend des investissements consentis par ces derniers.

Pour les services de réanimation, dans l'attente de la finalisation du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, le modèle 2004 fondé sur une valorisation des journées, reste en vigueur. Le budget 2005 prévoit une disposition transitoire laquelle demande que le programme médicalisé du système d'information (PMSI) précise la qualification de l'unité d'accueil du malade : réanimation, surveillance continue, soins intensifs. C'est pourquoi les hôpitaux doivent identifier les unités en les individualisant dans une URM spécifique.

Désormais il sera nécessaire de coder deux résumés. Si le codage a posteriori ne peut s'opérer, il sera demandé à la direction des systèmes d'information de pré-programmer le travail.

Le **président** met aux voix le projet de budget qui est approuvé par 26 voix pour ; on note 4 abstentions.

III - Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du GHU ouest.

Les orientations stratégiques du groupe hospitalier universitaire ouest, dans le cadre du planstratégique 2005-2009, sont présentées par **M. LEPERE** directeur exécutif de ce GHU et **M. FAGON**, président du CCM de l'hôpital Européen Georges Pompidou (cf. diaporama diffusé aux membres de la CME).

Après une présentation des caractéristiques du GHU, les propositions des treize groupes de travail thématiques sont détaillées par M. FAGON qui évoque la nécessité d'en réactualiser certaines, compte tenu des évolutions depuis leur formulation en avril 2004. M. LEPERE expose ensuite les problématiques spécifiques de restructuration des sites suivants : Saint-Vincent-De-Paul, Hôtel-Dieu, La Collégiale, Necker – Enfants Malades, Hôpital Européen Georges Pompidou-Broussais, Raymond Poincaré – Hôpital Maritime de Berck, Ambroise Paré, Raymond Poincaré.

Au terme de cette présentation et avant d'ouvrir le débat, le **président** salue le travail accompli. A l'image des autres GHU, le GHU ouest a été confronté à de très nombreux problèmes. Les restructurations hospitalières y sont importantes, et ne constituent pas de simples restructurations internes. La réorganisation totale de l'université et des unités de formation et de recherche (UFR) est également à souligner.

Ayant retenu de l'exposé que les réflexions sur la pédiatrie dans le GHU ouest se plaçaient dans le cadre du plan stratégique et du groupe pédiatrie présidé par M. HOUSSIN, **M. AIGRAIN** n'approuve pas totalement la concordance des réflexions engagées car il n'est pas en complet accord avec les conclusions de ces travaux. Leur base reposait sur la constitution d'un hôpital pédiatrique fort par GHU. Pour la chirurgie pédiatrique, cet objectif implique inéluctablement l'existence d'une structure forte de chirurgie viscérale pédiatrique et d'une structure forte hospitalo-universitaire de chirurgie orthopédique pédiatrique. Or la démographie médicale fait que cet objectif ne peut être atteint que par le transfert à l'hôpital Bicêtre d'un service hospitalo-universitaire provenant d'un autre site. Dans ce cadre, le transfert du service d'orthopédie de l'hôpital Saint-Vincent-De-Paul avait longuement été évoqué. Bien qu'il comprenne la logique universitaire consistant à regrouper à l'hôpital Necker les quatre PU-PH de chirurgie viscérale et les quatre PU-PH d'orthopédie afin de créer un grand centre fondé sur la recherche, **M. AIGRAIN** fait part de deux inquiétudes. D'une part, le regroupement des PU-PH lui fait craindre que des appétits s'expriment sur ces postes à la faveur de départs à la retraite, et d'autre part le schéma retenu ne lui semble pas répondre aux besoins de santé publique du bassin de vie sud car les enfants sont davantage en périphérie de Paris. Il semble important à **M. AIGRAIN** que la CME mène une réflexion approfondie sur ce sujet car, s'appuyant sur le constat du passé, il considère que ce type d'antenne ne peut fonctionner.

Mme DEBRAY-MEIGNAN s'est étonnée auprès du Directeur de la politique médicale du rattachement du site de La Collégiale à l'hôpital Broca, alors que cet élément n'avait pas été évoqué dans les groupes de travail. Selon elle, les groupes de travail constitués entre ces deux sites ont pour mission de mettre en application une décision qui semble déjà actée pour les deux directeurs alors que ni les instances locales ni les instances centrales n'ont été saisies de ce dossier. L'intérêt de ce rattachement doit être discuté, ajoute **Mme DEBRAY-MEIGNAN** car une filière s'est mise en place avec le site de l'Hôtel-Dieu et les relations de travail sont parfaitement satisfaisantes ; l'arrêt de cette collaboration l'ennuierait.

Les premiers contacts avec les équipes de Broca poursuit-elle mettent en évidence des difficultés de coopération et de mutualisation des moyens auxquelles s'ajoute le problème de la garde des 135 lits du site de la Collégiale, actuellement assurée par des internes de l'hôpital Hôtel-Dieu, faisant fonction d'internes pour 50 % d'entre eux, lesquels ne sont pas autorisés à prendre des gardes en dehors de leur hôpital d'affectation. Se pose également le problème de la création d'une garde de seniors, plus coûteuse.

Selon **Mme DEBRAY-MEIGNAN**, le travail en filière gériatrique peut être conçu de deux manières, soit en constituant de grands ensembles gériatriques, tel que le projet de rapprochement des sites La Collégiale et Broca avec des conventions de partenariat, soit en concevant un ensemble court séjour/gériatrie en filière directe, qui correspond au schéma actuel avec le site de l'Hôtel-Dieu, solution qui lui semble plus intéressante. La création d'un ensemble La Collégiale-Broca permettrait certes de gagner un nombre substantiel de lits, mais semble engendrer des difficultés importantes de fonctionnement et obère le projet du site de l'Hôtel-Dieu rappelé par l'oratrice.

Enfin, celle-ci regrette que la transformation de l'ensemble de l'activité du site de la Collégiale en soins de longue durée soit à l'ordre du jour car peu porteuse de dynamisme pour le personnel et les médecins.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souhaite par conséquent une étude sur la faisabilité et l'intérêt du rattachement du site de La Collégiale à l'hôpital Broca, envisagé par les directions locales au 1^{er} janvier 2006, avant son inscription dans le plan stratégique 2005/2009.

Mandaté par le bureau du CCM du groupe hospitalier Cochin – Saint-Vincent-De-Paul, **M. GUILLEVIN** insiste en premier lieu sur le caractère progressif du départ acté des médecins du site de Saint-Vincent-De-Paul et sur le souhait qu'il a exprimé auprès du président de la CME du maintien, durant la période intermédiaire, d'une communication sur un hôpital actif, d'une politique de nomination de médecins comme de rénovation et d'entretien. Il convient d'éviter une apoptose organisée de ce site, quelle que soit sa destinée future. L'intervenant fait état, en second lieu, du souhait que les pédiatres du site Saint-Vincent-De-Paul rejoignent en bloc l'hôpital Necker – Enfants-Malades et de l'interrogation du CCM quant à l'intérêt du transfert de l'activité d'urologie carcinologique du site Saint-Vincent-De-Paul vers cet hôpital.

Enfin, sa dernière remarque concerne les synergies à développer entre les hôpitaux Cochin et Necker – Enfants Malades dans le domaine de l'hématologie afin de disposer d'un nombre de lits suffisant dans ce domaine. Le transfert de la totalité de l'activité d'hématologie sur le site Necker – Enfants Malades n'apparaît pas logique au regard du recrutement des malades qui s'effectue sur le site Cochin.

Mme ABADIE estime pour sa part que l'administration doit se montrer très vigilante dans le cadre du transfert des activités de l'hôpital Saint-Vincent-De-Paul pour éviter des fermetures de lits en plus des problèmes de personnels et d'apoptose évoqués par **M. GUILLEVIN**. Elle rassure par ailleurs **M. AIGRAIN** en précisant que le projet médico-chirurgical du bâtiment mère-enfant est toujours en cours d'élaboration dans une optique non inflationniste pour ce qui concerne la chirurgie ; le souhait de la présence de l'orthopédie pédiatrique à l'hôpital Bicêtre est relativement partagé avec les pédiatres.

M. BAGLIN convient que les structures hospitalières et universitaires ont été largement consultées lors de la phase d'analyse mais la vision est restée partielle. Le CCM a émis le vœu que certaines décisions ponctuelles concernant la biologie soient rediscutées, de même que le conseil de faculté. Cette demande n'ayant pas été prise en compte dans le cadre de la deuxième partie du plan stratégique, **M. BAGLIN** renouvelle officiellement la demande visant à rediscuter de mesures prises, selon lui, d'une manière unilatérale et précipitée.

M. RICHARD intervient pour souligner les limites de la présentation par GHU. De nombreuses interventions démontrent en effet que des décisions prises au sein de l'un d'entre eux ont un impact majeur sur un autre ; le GHU sud a ainsi été mentionné à plusieurs reprises.

Puis il rappelle l'ancienneté du sujet relatif à la pédiatrie entre les hôpitaux Bicêtre et Saint-Vincent-De-Paul où se confondent intérêts et priorités de santé publique. Au-delà de l'activité d'orthopédie pédiatrique, **M. RICHARD** voit mal comment pourrait se pérenniser l'activité de transplantation hépatique sans un renforcement de la chirurgie, et en corollaire, de la réanimation. Selon l'intervenant, le message du GHU sud sur ce sujet a peut-être paru parfois aux décideurs, manquer de clarté. Ainsi au cours des dernières années, le site de Bicêtre n'a pas suffisamment mis en exergue sa volonté de renforcement de l'activité de pédiatrie ; mais à sa défense au niveau architectural, cet établissement a souffert longtemps d'une absence de décision claire illustrée par le projet de maternité. De l'avis de **M. RICHARD**, alors que le plan stratégique s'attache aux problématiques de santé publique, il existe un non-sens à concentrer l'ensemble des capacités hospitalo-universitaires d'orthopédie pédiatrique à l'hôpital Necker – Enfants Malades.

Répondant aux différentes interventions, **M. LEPERE** indique en préliminaire la difficulté d'une présentation détaillée à l'occasion d'une telle intervention.

S'adressant à **M. AIGRAIN**, il mentionne le caractère non figé de sa présentation et sa connaissance des discussions en cours sur les possibilités de transfert.

Puis il rappelle à Mme DEBRAY-MEIGNAN que le projet de rattachement du site de La Collégiale à l'hôpital Broca figurait déjà dans un document présenté lors du séminaire du conseil d'administration organisé fin 2004. et dit ne pas constater de discordance de temps puisque rien n'oblige le conseil d'administration, qui se prononcera après les instances locales, à statuer sur ce sujet en juin. Des groupes de travail ont été constitués, auxquels participent les membres de CCM et les présidents de CCM.

A l'adresse de M. GUILLEVIN, l'intervenant fait état de l'engagement fort du directeur du groupe hospitalier Cochin - Saint-Vincent-De-Paul concernant l'avenir du site Saint-Vincent-De-Paul jusqu'à sa fermeture ainsi que du sien auprès du président de CCM. Quant à l'activité d'urologie, M. LEPERE souligne la nécessité d'une réflexion sur l'existence de deux services distants d'un kilomètre et demi alors qu'on observe la possibilité de constituer une structure lourde d'urologie à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Le travail se poursuit sur ce thème. S'agissant enfin de l'hématologie, bien que cet élément concerne un prochain plan stratégique, il convient néanmoins de s'interroger sur la présence de deux activités de même nature à l'hôpital Cochin et à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Un rapprochement est envisageable mais cette hypothèse reste à travailler.

M. LEPERE dit, à l'attention de M. BAGLIN, avoir rencontré personnellement des biologistes de l'hôpital Raymond Poincaré et être parvenu à une solution satisfaisante au plan universitaire dont les chefs de service ont convenu.

Sur l'activité de la maternité de l'hôpital de Sèvres, évoquée par M. FAGON comme pouvant intégrer le GHU Ouest à l'hôpital Ambroise Paré, M. LEPERE ignore aujourd'hui dans quel délai ce dossier sera réexaminé au plan régional.

Quant à l'intervention de Mme ABADIE, M. LEPERE rappelle la nécessité que les deux ensembles de pédiatrie de l'hôpital Necker – Enfants Malades – bâtiment Robert Debré et bâtiment Laennec fassent preuve de cohésion sans ajouter de nouvelles activités au programme du pôle mère-enfant du bâtiment Laennec ce qui aurait pour effet de repousser encore sa réalisation.

M. LEPERE confirme enfin à M. RICHARD la nécessaire poursuite de la réflexion sur l'hôpital Bicêtre de la place de la chirurgie pédiatrique.

Le **président** considère importante la remarque de M. RICHARD relative aux sujets inter GHU. Un travail considérable a été réalisé au sein des GHU, mais il existe des sujets transversaux abordés dans le cadre du plan stratégique pour lesquels la réflexion n'est pas close.

IV - Point sur les appels d'offres relatifs aux maladies rares.

Cet exposé sur les maladies rares, explique M. RICHARD, intervient à l'occasion du second appel à projets pour la désignation de centres de référence relatifs à leur prise en charge.

Situées au carrefour des préoccupations de santé publique et hospitalo-universitaires, les maladies rares sont au nombre de sept mille, elles concernent un malade sur deux mille et près de 5 % des patients des hôpitaux en relèvent.

Après avoir rappelé la procédure de labellisation appliquée en 2004 et la labellisation de trente quatre centres au niveau national dont vingt quatre relèvent de l'AP-HP, M. RICHARD décrit le contexte de l'appel d'offres 2005.

L'objectif vise la validation d'une centaine de centres en France. Des équipes de l'AP-HP peuvent accéder à cette reconnaissance nationale et internationale et pour certaines d'entre elles en collaboration avec des centres de province.

La procédure prévoit l'examen des dossiers par le comité national consultatif de labellisation (CNCL) présidé comme l'an dernier par M. BRODIN. Une vérification préalable des dossiers sous l'angle médical sera effectuée par deux experts désignés par le CNCL dont un spécialiste de la maladie rare concernée.

La procédure interne à l'AP-HP est consolidée par établissement d'un ordre de priorité des dossiers en collaboration avec l'ARH et la direction des affaires sanitaires et sociales, sur la base des critères de l'appel d'offres, par un groupe missionné par la CME en collaboration avec la direction de la politique médicale et la mission handicap.

La circulaire du ministère de la santé relative à l'appel à projets précise les critères liés notamment à l'amélioration des connaissances dans le domaine des maladies rares, à la coordination entre les structures, aux liens avec les associations de malades et à l'insertion sociale de ces derniers. Les critères propres à l'AP-HP tendent à :

- favoriser les regroupements d'équipes travaillant sur des thématiques voisines tant au sein de l'AP-HP qu'en dehors ;
- identifier et gérer les cohortes de patients souffrant de maladies rares, domaine dans lequel la France accuse un retard considérable ;
- promouvoir l'articulation des prises en charge enfants-adultes.

M. RICHARD termine en précisant le calendrier retenu. Les dossiers, correctement renseignés, doivent être transmis à la DPM à la mi-avril. Le groupe de travail se réunira le 3 mai, la CME examinera les propositions le 10 mai, le conseil d'administration se prononcera le 12 mai, le dépôt des dossiers au ministère est limité au 17 mai.

Cette présentation sur les maladies rares, intervient le **président**, s'attache à faire connaître aux membres de la CME, dans un souci de transparence, l'orientation et les critères privilégiés pour le classement opéré par le groupe de travail sur lequel l'instance se prononcera le 10 mai.

M. GUILLEVIN évoque d'une part les difficultés liées à la programmation de la démarche l'an dernier durant l'été compliquant l'organisation et d'autre part le rejet fondé sur des critères administratifs de la moitié des dossiers avant leur examen par le CNCL ce qui avait été déploré par ce dernier.

Cette situation ne se reproduira pas cette année, poursuit M. GUILLEVIN, mais les dossiers présentés doivent être complets car l'absence d'un élément administratif entraînera leur refus.

Cette année, outre les deux experts extérieurs, un membre du CNCL examinera également les dossiers permettant ainsi de corriger des critiques inappropriées.

Par ailleurs, l'AP-HP a obtenu la labellisation de vingt quatre dossiers sur trente quatre en raison de leur qualité et non du nombre de médecins, de surcroît minoritaire, au comité.

Enfin, l'intervenant pense que l'AP-HP a encore de nombreux centres à labelliser cependant, la demande doit avoir une envergure nationale et ne pas répondre à une logique d'hôpital, de GHU ou interne à l'institution.

M. RICHARD signale que la démarche de labellisation vise à obtenir par les centres des personnels supplémentaires et indique que la liste des centres labellisés l'an dernier figure sur table.

M. de PROST ajoute que cette liste sera mise en ligne dès demain sur le site de la CME. Puis à une question de **Mme ABADIE**, il répond que les postes créés dans le cadre de la labellisation seront pérennes sur cinq ans, théoriquement titularisés et pris en charge par les MIGAC à l'issue de cette période.

L'implication pratique du dispositif, précise **M. ANTONINI**, se traduit par la possibilité offerte aux services de créer des postes de titulaires dans le cadre d'un financement alloué. Concrètement, la pérennité des crédits ne sera pas opposable aux demandes de création de postes de praticiens hospitaliers dans le cadre de ces financements et examinées lors de la révision des effectifs sur la base des crédits alloués.

Le CNCL procédera à l'évaluation des centres déclare **M. GUILLEVIN** dans un délai de trois ans puis de cinq ans. S'il advenait que les exigences du cahier des charges se révèlent insatisfaites, la labellisation serait retirée et les praticiens affectés à d'autres missions.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI indique que les deux contrats présentés s'avèrent conformes aux obligations réglementaires en vigueur.

Les membres de la CME se prononcent par 12 voix pour et 14 abstentions.

VI - Avis sur la journée de solidarité.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a institué une journée supplémentaire de travail afin d'assurer le financement d'actions spécifiques dans ce domaine, indique **M. ANTONINI**. L'université, employeur principal des hospitalo-universitaires, a fixé cette journée au lundi de Pentecôte. Après consultation du CTCE, le même jour a été retenu pour les personnels non-médicaux.

Ainsi, dans un souci de cohérence, cette date est proposée à l'ensemble du personnel médical de l'AP-HP.

A une remarque de **Mme MARCHAND**, **M. ANTONINI** signale qu'il s'agit d'une journée normale de travail intégrée dans l'organisation des services. Il est possible, pour toute catégorie statutaire, de prendre à titre personnel une journée de congé annuel ou au titre de la réduction du temps de travail, cette demande étant subordonnée aux besoins du service.

Le choix du lundi de Pentecôte pour journée de solidarité est approuvé à la majorité des votants.

VII - Information sur la désignation et le renouvellement de responsable d'unités fonctionnelles.

Les membres de la CME prennent connaissance de la désignation et du renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

VIII - Approbation du compte-rendu de la séance du 8 mars 2005.

Page 14, l'intervention de Mme DEBRAY-MEIGNAN se rapporte à l'unité fonctionnelle de court séjour gériatrique et non au service de maladies infectieuses. Sous réserve de cette correction, le compte-rendu est adopté.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 15.

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

Mardi 10 mai 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 20 avril 2005 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.