

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 6 JUILLET 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 21 SEPTEMBRE 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 6 juillet 2004

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1- Point relatif à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

- rapport d'activité de la COMEDIMS centrale pour l'année 2003 ;
- plan d'actions des COMEDIMS pour l'année 2004 ;
- règlement intérieur des COMEDIMS locales.

2- Point d'avancement des travaux sur le plan stratégique pour la période 2005 – 2010.

3- Ecoute des personnels.

4- Avis sur une fiche de missions et structure.

5- Avis sur des contrats d'activité libérale.

6- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis sur les candidatures aux stages interrégions pour le semestre de novembre 2004 à mai 2005.

Composition D

- Avis sur une demande de changement d'affectation hospitalo-universitaire d'un PHU.

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de chefs de service.
- Validation de la période probatoire de 69 praticiens hospitaliers.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des changements d'affectation interne de praticiens hospitaliers.

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2004 (1^{er} tour).

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2004 (1^{er} tour).
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - 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,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DESMONTS, 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,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr BERGMANN, hôpital Lariboisière,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. HAREL, direction économique et financière,
 - M. le Pr NAVARRO, direction de la politique médicale,
 - M. SAUVAT, direction de la politique médicale,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. LACAU ST GUILY**, vice-président de la commission médicale d'établissement. Il présente les excuses du président de PROST, de Mme BAUBEAU et de MM. LASTERE et PICARD avant d'engager l'examen des points figurant à l'ordre du jour.

I - Point relatif à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

1- Rapport d'activité de la COMEDIMS centrale.

M. BERGMANN commence sa présentation en indiquant que la COMEDIMS centrale comprend plusieurs commissions chargées respectivement des médicaments, des dispositifs médicaux, de la iatrogénie, des médicaments anti-infectieux.

La COMEDIMS et ses commissions ont mis en oeuvre les actions suivantes.

Certaines portent sur des thèmes généraux.

- Analyse de l'évolution des dépenses de médicaments : le budget des médicaments s'élève à 500 millions d'euros dont la moitié correspond à des médicaments rétrocedés. D'année en année, la progression des dépenses de médicaments est stable et se situe à plus de 8 %. L'intervenant ajoute qu'il ne lui paraît pas possible d'espérer, notamment compte tenu du contexte démographique et des progrès thérapeutiques, une diminution de la part de cette dépense dans le budget des hôpitaux.
- Participation aux travaux du groupe sur la juste prescription animé par le Pr NAVARRO.
- Suivi, à travers le programme « Med Innov » de l'innovation médicamenteuse à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris avec une extension des produits observés, en lien avec le groupe de travail sur la juste prescription.
- Participation à la validation des génériques utilisables à l'AP-HP.
- Réflexion sur le circuit des dispositifs médicaux stériles.
- Renforcement de la coordination avec les hôpitaux à travers d'une part la communication dispensée par les bulletins de la COMEDIMS centrale et par un site Intranet dédié, d'autre part des enquêtes sur l'organisation des COMEDIMS locales ou sur des thèmes ponctuels.

D'autres actions concernent des thèmes particuliers.

- Analyse et expertise de tous les nouveaux médicaments, ou réévaluation de ces derniers : quatre vingt dossiers par an pour les médicaments, dix dossiers environ chaque année pour les dispositifs médicaux. Dans ce cadre, sont analysés les besoins des patients de l'AP-HP et sont mis en concurrence des médicaments de même niveau à partir de critères à la fois scientifiques et économiques.
- Analyse et reclassement de classes entières de médicaments avec l'aide de groupes d'experts.
- Recommandations de bon usage.
- Gestion des alertes éventuelles.

Concernant les dispositifs médicaux, M. BERGMANN fait remarquer qu'il y a 92 000 références inscrites dans les marchés de l'AP-HP. Le choix de certaines d'entre elles se faisait sans passer préalablement par des structures d'évaluation mais dépendait du service des affaires économiques des hôpitaux. Le groupe sur les dispositifs a donc dû inverser cette tendance en s'appuyant sur des données d'évaluation comparative, parfois difficiles à trouver.

2- Plan d'actions des COMEDIMS pour 2004.

Ce plan propose une poursuite des actions entreprises en 2003. Des expertises thématiques seront lancées dans le domaine des médicaments d'allergologie, dans celui de la médecine nucléaire et dans l'évaluation des dispositifs médicaux.

Dans le cadre de la juste prescription, des recommandations seront élaborées, fin 2004 – début 2005, pour quatre vingt deux médicaments et vingt six dispositifs onéreux facturés hors tarification s'appliquant aux groupes homogènes de séjours dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Il sera également proposé un suivi de leur prescription. Ces travaux seront menés de concert avec le groupe animé par le Pr NAVARRO et les pharmaciens de l'AP-HP.

Par ailleurs, une synthèse des travaux des COMEDIMS des hôpitaux et des pratiques locales sera diffusée.

Seront également poursuivis les travaux sur les vigilances et sur les risques sanitaires.

Enfin, la communication sera développée à travers la publication du bulletin de la COMEDIMS centrale et la mise en place d'un site Intranet.

3- Règlement intérieur des COMEDIMS locales.

En complément du projet de règlement intérieur type remis aux membres de la CME, M. BERGMANN insiste sur certains points.

- Les missions des COMEDIMS locales sont les mêmes que celles de la COMEDIMS centrale.

Chaque COMEDIMS locale doit participer par ses avis à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'hôpital en définissant une liste de produits dont l'utilisation est recommandée, en élaborant des recommandations de prescription et de bon usage, en assurant un suivi des produits les plus sensibles, en luttant contre la iatrogénie notamment à travers l'amélioration des circuits de prescription et de dispensation des médicaments et une bonne organisation de la traçabilité des dispositifs médicaux.

- Les liens entre les COMEDIMS locales et la COMEDIMS centrale doivent être étroits.

Les COMEDIMS locales doivent appliquer les décisions de la COMEDIMS centrale. Dans ce cadre, le retour sur les conséquences de l'application des décisions de la COMEDIMS centrale est important pour permettre éventuellement d'apporter des corrections.

De même, des échanges d'informations sont nécessaires quand sur un site par exemple on constate une consommation atypique de médicaments spécifiques qui nécessite des explications.

Enfin, les COMEDIMS locales ont à transmettre et à faire assurer les « justes prescriptions ».

A l'issue de cet exposé, la **directrice générale** intervient pour saluer le travail réalisé avec le concours des COMEDIMS et des pharmaciens de l'AP-HP.

En effet, la démarche visant à maîtriser les coûts par la juste prescription traduit une volonté de bien soigner et doit être privilégiée.

Par ailleurs, les COMEDIMS ont un rôle essentiel à tenir pour préserver l'équilibre financier de l'AP-HP. Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux ne seront remboursés en totalité que si l'AP-HP fait la preuve qu'elle a mis en place un dispositif de juste prescription. A défaut, elle sera pénalisée financièrement.

Enfin, en centralisant des informations provenant des COMEDIMS locales et en établissant des comparaisons entre elles, la COMEDIMS centrale tire parti de l'unité de l'AP-HP.

M. CHAUSSADE intervient tout d'abord sur les médicaments et dispositifs médicaux coûteux. Il souhaite savoir à partir de quels critères scientifiques la liste les définissant a été établie. Puis, il remarque que certaines prothèses ne sont pas incluses dans les dispositifs médicaux de la liste comme les prothèses digestives ou bronchiques.

M. BERGMANN précise que pour les quatre vingt deux médicaments coûteux suivis, une liste comportant trois rubriques sera établie : indications indiscutables (groupe 1), indications inacceptables (groupe 3), situations hors les autorisations de mise sur le marché (AMM) pour lesquelles les remboursements sont possibles en raison de données scientifiques internationales (groupe 2). Il ajoute qu'il faudra, à propos des prescriptions du groupe 2, sans doute résister à des demandes non justifiées scientifiquement de la part de certains prescripteurs.

M. CHAUSSADE voudrait connaître dans ce cadre le rôle du pharmacien.

M. BERGMANN indique que le prescripteur remplira les fiches et que le pharmacien délivrera les médicaments à la vue de ces fiches. A terme, la communauté médicale pourra demander des justifications aux prescripteurs sur la bonne utilisation de ces médicaments.

M. GUILLEVIN rappelle, à propos de la prescription d'immunoglobulines, que certaines indications reconnues et validées peuvent ne pas avoir encore d'AMM. Cependant, elles relèvent du groupe 1. D'ailleurs, certains médicaments concernent des maladies rares et peuvent n'avoir jamais d'AMM car le laboratoire qui les produit ne souhaite pas s'engager dans une procédure de validation très lourde.

Pour le groupe 3, il signale qu'il est prévu une sanction financière. Mais en prenant l'exemple du suivi des immunoglobulines, il indique qu'avec l'enregistrement de la raison de la prescription, une autorégulation a été observée.

M. BERGMANN précise qu'un suivi aussi détaillé que celui de la prescription des immunoglobulines ne pourra être reconduit pour les quatre vingt deux médicaments concernés.

Le **vice-président** propose de distinguer les médicaments bénéficiant d'une AMM de ceux qui ont vocation à relever du groupe 1. En effet, parmi ces derniers peuvent figurer des médicaments prescrits dans certaines indications qui ont recueilli un consensus scientifique, sans pour cela qu'ils aient été soumis à la lourde procédure de validation d'autorisation de mise sur le marché. Ainsi, à l'hôpital Tenon, où toutes les prescriptions d'une journée de médicaments anticancéreux ont été passés au crible par un groupe d'expert, les prescripteurs ont parfaitement expliqué les raisons des prescriptions hors AMM.

M. PIETTE indique que la communauté des gériatres souhaite que la liste des médicaments coûteux établie dans le cadre de la T2A et qui ne s'applique qu'au secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) soit étendue à celui des soins de suite. Cette valorisation est indispensable pour permettre la poursuite en secteur SSR de traitements coûteux engagés en secteur MCO.

M. NORDLINGER considère que le classement des médicaments dans le groupe 2 risque d'être plus compliqué qu'il n'y paraît car la frontière entre un médicament dont l'efficacité est prouvée et un médicament à l'efficacité non reconnue est floue. La communication des laboratoires et celle des médias peut inciter à prescrire certains médicaments sans que les essais scientifiques soient totalement convaincants.

M. BERGMANN reconnaît que lorsqu'un nouveau médicament reçoit une AMM, il est difficile d'empêcher son utilisation à l'AP-HP. Cependant, il pense qu'il faut chercher à agir sur les prescripteurs à travers notamment des recommandations.

En revanche, répète-t-il, il est peu probable que les dépenses de médicament baisseront à l'AP-HP ou plus généralement en France en raison de la demande et des coûts élevés des nouveaux médicaments.

Pour **M. NAVARRO**, inclure dans le groupe 1 les médicaments avec AMM et d'autres médicaments bénéficiant d'une argumentation scientifique étayée, lui semble conforme à l'esprit des textes qui prévoit qu'à titre exceptionnel, les médicaments justifiés par un tel argumentaire pourront être remboursés de la même façon que les produits avec AMM.

Par ailleurs, dans un univers financier contraint, il faut bien prêter attention à la répartition des ressources et faire des choix de prescriptions.

Enfin, éviter les iatrogénies et les prescriptions inutiles se justifie dans l'intérêt même du patient.

Après avoir confirmé les propos de MM. BERGMANN et NAVARRO et après avoir rappelé la sortie prochaine du décret sur le bon usage des médicaments, **M. LEVERGE** demande aux membres de la CME qui font partie de la COMEDIMS centrale de faire un effort pour participer régulièrement aux travaux de cette instance.

II - Point d'avancement des travaux sur le plan stratégique pour la période 2005 – 2010.

M. HOUSSIN se propose de dresser un état de l'avancement des travaux du plan stratégique de l'AP-HP à mi-parcours.

Des travaux préliminaires ont eu lieu.

Le diagnostic réalisé par la directrice générale et par la mission d'appui qu'elle a constituée, a abouti en mars 2003 à l'identification du plan équilibre.

En juin 2003, une méthode pour la préparation du plan stratégique a été arrêtée : la stratégie de l'ensemble de l'institution hospitalière sera d'abord définie, ensuite chaque établissement élaborera un plan spécifique qui s'inscrira dans le plan stratégique de l'AP-HP. Il s'agit donc d'une démarche inverse de celle qui a prévalu pour les plans stratégiques précédents et qui correspondait à faire la somme des projets stratégiques des établissements.

Par ailleurs, l'identification de l'échelon stratégique du groupement hospitalier universitaire (GHU) permet de mieux organiser l'offre de soins de l'AP-HP.

De juillet à septembre 2003, un bilan du plan stratégique pour 2004 a été réalisé et exposé lors d'un séminaire organisé avec le président et les membres du conseil d'administration.

De septembre 2003 à janvier 2004, des réflexions prospectives ont été lancées avec la participation des membres de la CME. Ces réflexions portent sur les évolutions épidémiologiques, socio-économiques, techniques, démographiques et organisationnelles. Au terme de ces analyses, six thèmes prioritaires ont été dégagés : les malades âgés, les malades atteints de cancer, les personnes particulièrement vulnérables (santé mentale, handicap, précarité, obésité grave), la fluidité de la prise en charge, les nouvelles organisations, le lien avec l'université. Puis, trois orientations générales ont été identifiées : la qualité, la sécurité et l'efficacité.

En février 2004, par anticipation des textes sur la nouvelle gouvernance, le conseil stratégique a été installé pour traiter spécifiquement des questions stratégiques.

Pendant ces périodes, des échanges ont été organisés avec l'agence régionale de l'hospitalisation en Ile de France (ARH-IF). Ils se poursuivront par l'organisation, par le président du conseil d'administration, début septembre 2004, d'un séminaire avec des représentants des collectivités territoriales, de différents partenaires hospitaliers.

Les travaux sur les thèmes prioritaires et sur les orientations générales ont permis de définir certains axes d'actions.

Pour les malades âgés, il s'agirait en priorité de :

- pallier une insuffisance de capacité en secteur de soins de suite et en hospitalisation à domicile (HAD) ;
- revoir le positionnement de l'AP-HP dans les soins de longue durée ;
- rendre plus efficace le circuit de prise en charge des malades âgés.

Pour le cancer, l'AP-HP devrait avoir l'ambition de participer à la réalisation du plan national sur le cancer. A ce titre, il conviendrait de renforcer d'une part la coordination à l'intérieur et hors de l'hôpital et d'autre part la coopération entre les hôpitaux. Par ailleurs, l'AP-HP devrait examiner les moyens de développer la recherche clinique dans le domaine du cancer.

Pour les personnes vulnérables, les orientations suivantes ont été définies :

- psychiatrie : des progrès dans l'organisation devraient être réalisés dans le domaine des urgences, dans celui de la pédo-psychiatrie et dans celui de la coopération avec les secteurs psychiatriques ;
- handicap : les évolutions devraient porter sur la création de centres de référence des maladies rares et sur l'organisation de l'aval ;
- précarité : l'accent devrait être mis sur la périnatalité et en particulier sur le suivi des grossesses à risques et sur la prévention de la grande prématurité ;
- obésité grave : il s'agirait essentiellement de mieux coordonner les actions pour améliorer la prévention, le suivi et la prise en charge.

Concernant la fluidité de la prise en charge, des améliorations devraient être recherchées dans l'organisation de l'amont des urgences, des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), dans celle de l'aval des urgences et de toutes les interfaces entre professionnels (par exemple entre cliniciens et médecins responsables des plateaux techniques, etc...).

Dans le cadre des nouvelles organisations, les priorités pourraient visées l'organisation en pôles de l'hôpital, le schéma cible du système d'information et le projet social et professionnel.

Le lien entre l'AP-HP et l'université devrait être conforté à travers la définition d'une stratégie concertée, la création de départements hospitalo-universitaires, la mise en place d'au moins un département de recherche clinique par GHU, des mesures pour rendre plus attractives certaines disciplines à forte contrainte tant pour les enseignants que pour les étudiants.

De grandes orientations ont également été identifiées autour de trois thèmes transversaux.

Sur le plan de la qualité, la mise en oeuvre de la deuxième version de la procédure d'accréditation devrait conduire à une analyse du fonctionnement des activités médicales, avec un regard particulier sur le management des structures médicales. Par ailleurs, un groupe de travail examine la question de la juste prescription. Enfin, l'AP-HP pourrait se fixer pour objectif prioritaire « l'hôpital propre ».

Dans le domaine de la sécurité, l'accent devrait être mis sur la lutte contre les infections nosocomiales et sur la préparation à la réponse aux besoins liés aux grandes pandémies infectieuses. La question de la sécurité professionnelle devrait être également traitée.

Concernant l'efficacité, le plan équilibre constitue le cadre général d'élaboration du plan stratégique. Il devrait s'appuyer sur une nouvelle organisation de la biologie, des fonctions supports, des fonctions du siège et également sur la promotion du développement de l'activité.

Les grandes lignes du projet social et professionnel pourraient tendre à :

- renforcer l'attractivité de l'AP-HP face aux enjeux démographiques ;
- anticiper et accompagner les changements, et en particulier accompagner les transferts d'activités d'un hôpital vers un autre ;
- améliorer les conditions de sécurité au travail ;
- faire progresser le dialogue au sein de l'AP-HP. L'écoute des salariés dans le cadre du plan stratégique est une première novation allant dans ce sens.

Parallèlement à ces travaux, des réflexions ont été engagées au niveau de chaque GHU en particulier sur la déclinaison des thèmes prioritaires. Des groupes de réflexions spécifiques inter-GHU ont travaillé sur la biologie, l'odontologie et la pédiatrie. Les documents produits par ces trois groupes seront fournis aux membres de la CME. Le premier document disponible porte sur l'odontologie (cf. document remis aux membres de la CME).

Les travaux réalisés par les GHU aboutissent à la définition pour chaque hôpital, d'une part, d'actions à mener dans le cadre des thèmes prioritaires et des orientations générales qui viennent d'être décrits, d'autre part d'actions spécifiques au GHU qui correspondent en général à la poursuite des projets lancés dans le plan stratégique pour 2004 qui n'ont pu être réalisés à ce jour, mais aussi à des actions de renforcement par regroupement d'activités ou transferts d'activités entre établissements du GHU.

Dans ce cadre, a également été préconisé le développement de partenariats avec des établissements hors AP-HP.

Pour chaque type d'action, un calendrier et des indicateurs seront mis en oeuvre.

Le déroulement des étapes à venir.

L'objectif visé est une délibération du conseil d'administration en décembre 2004 après le recueil de l'avis du comité technique central d'établissement et de la CME à la fin de l'automne 2004.

D'ici là, les étapes à franchir portent sur :

- l'écoute des personnels (en cours) qui va être évoquée ce matin ;
- l'explication du plan aux organisations syndicales (en cours) ;
- la négociation sur le projet social et professionnel (à l'automne) ;
- le chiffrage du projet (en cours) ;
- l'identification des grands scénarios (devenir de certains sites, schéma cible du système d'information, capacités en gériatrie, ...) (de juillet à septembre 2004) ;
- le débat avec le CA, les collectivités territoriales, l'ARH-IF (de juillet à novembre 2004) ;
- les échanges avec les tutelles (juillet à octobre 2004).

Ensuite, débiteront les travaux dans les hôpitaux pour l'élaboration de leur projet d'établissement dès le début 2005.

Ce dernier se réalisera sur la base :

- de la réflexion conduite en 2004 par chaque établissement sur l'organisation en pôles ;
- des orientations stratégiques définies en décembre 2004 pour l'ensemble de l'institution ;
- des travaux préparatoires locaux ou par GHU qui auront nourri la préparation du projet d'établissement ;

A titre indicatif, M. HOUSSIN avance le calendrier qui se dessine pour l'élaboration des projets d'établissements.

- de novembre à décembre 2004, l'hôpital se fixe une méthode de préparation de son projet ;
- de janvier à avril 2005, il élabore son projet ;
- de mai à juin 2005, il recueille l'avis des instances locales ;
- à l'automne 2005, le conseil stratégique de l'AP-HP examine le projet sous l'angle de sa cohérence avec le plan stratégique.

Fin 2005, l'AP-HP sera alors dotée d'un plan stratégique pour l'institution et d'un projet d'établissement pour chaque site.

La **directrice générale** précise qu'elle souhaite que le plus grand nombre de personnels de l'AP-HP s'approprie cette démarche. A cette fin, le document sur les travaux des groupes de travail a été remis aux membres de la CME ; elle invite ces derniers à formuler des remarques et des propositions, en utilisant s'ils le souhaitent l'adresse électronique suivante dédiée au plan stratégique : plan.strategique@sap.ap-hop-paris.fr.

La discussion ayant été ouverte, **M. CHAUSSADE** demande si un débat aura lieu en CME sur les orientations contenues dans le document remis aux membres de la CME car elles auront des conséquences importantes sur les hôpitaux.

M. BERNAUDIN le rejoint et estime que la CME doit débattre sur les choix du projet médical et émettre un avis sur le plan stratégique.

M. MADELENAT indique qu'il partage le point de vue de M. BERNAUDIN sur le rôle de la CME plénière. La définition de la politique de restructuration à l'intérieur des GHU a des limites, car il existe des disparités importantes de moyens entre le sud et le nord de la Seine, par exemple dans le domaine de la gériatrie ou de la périnatalité. Il faut donc, pour rétablir un équilibre et mieux répondre aux besoins, dépasser l'entité GHU et envisager des choix restructurants qui ne se restreignent pas à des permutations inter-hospitalières au sein d'un même GHU.

M. DRU formule cinq observations sur les propositions du groupe de travail portant sur les nouvelles organisations.

- La proposition d'un fonctionnement en douze heures de travail des blocs opératoires lui paraît peu appropriée, tant que le dysfonctionnement lié à la faible occupation (moins de 50 %) des salles d'opérations entre huit heures trente et seize heures trente (période de présence maximale des personnels) n'a pas été corrigée.
- Il suggère que les opérateurs réservent des plages horaires au bloc, dans le cadre du conseil de bloc, ce qui permettrait d'optimiser les ressources.
- Il adhère aux propositions relatives à la constitution d'un parcours professionnel qualifiant dont, en particulier, celles qui concernent la valorisation des acquis et expériences et celles qui visent une diversification de l'exercice professionnel des praticiens hospitaliers par acquisition de valences universitaires.
- Concernant la mobilité, M. DRU rappelle qu'il y a quelques années, avait été constituée une commission tripartite avec l'administration pour définir une charte de mobilité des anesthésistes. Cette démarche peut, lui semble-t-il, être étendue à d'autres spécialités.
- Pour conforter la sécurité, il faut éviter les ambiances dégradées en faisant respecter le droit et en favorisant le développement de la médecine du travail, sous peine de nuire à l'efficacité et à la qualité des soins.

Mme SCHLEGEL considère que l'on affirme trop souvent que la biologie est trop coûteuse et qu'un certain nombre d'examen biologiques inutiles est réalisé sans produire les critères sur lesquels reposent ces affirmations. A son sens, il faut effectivement mener une véritable réflexion sur l'utilité des examens de laboratoire et des examens d'imagerie, en se référant notamment à des recommandations internationales et européennes.

M. DEBRE s'interroge sur l'opportunité d'appliquer strictement dans tous les hôpitaux les orientations du plan stratégique. Ainsi, l'obligation de constituer des pôles entre les services d'un même établissement peut ne pas être la meilleure solution alors que d'autres alliances par exemple entre un service d'un site avec celui d'un autre site apporteraient une plus grande efficacité.

M. CORIAT estime qu'il ne sera possible d'impliquer les médecins des hôpitaux dans des réflexions stratégiques que si les pénuries de certaines catégories de personnels qui créent des dysfonctionnements quotidiens sont comblées.

Mme BRESSAND ne comprend pas le lien entre les pénuries de personnels évoquées par M. CORIAT et l'impossibilité dans ces conditions de poursuivre l'élaboration du plan stratégique.

Nonobstant le plan stratégique, le problème de la pénurie des personnels, qui existe depuis plusieurs années à l'AP-HP comme au plan national, doit être traité sur le fond. Des solutions spécifiques devront être mises en oeuvre avec l'aide des médecins et surtout des chirurgiens.

M. CORIAT suivi par **M. GOËAU-BRISSONNIERE**, insiste sur le fait que ces pénuries engendrent des difficultés quotidiennes qui démotivent suffisamment les médecins, et les découragent à s'engager dans ces conditions dans une réflexion stratégique.

La **directrice générale** confirme que l'ensemble des membres de la communauté hospitalière de l'AP-HP doit s'attacher à régler ce problème. C'est pourquoi, elle souhaite que le projet social et professionnel s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux autres catégories de personnel. Il convient en effet d'anticiper les besoins et de se poser la question de l'attractivité des métiers.

Par ailleurs, dans une situation difficile de déséquilibre du marché de l'emploi au détriment de l'AP-HP, il appartient à chacun de contribuer à la solution du problème. On peut notamment, ainsi que cela vient d'être fait, prendre une série de mesures comme le fléchage des postes ouverts aux élèves sortant des écoles et qui ont un contrat avec l'AP-HP (promotions professionnelles, ...) en direction des structures qui connaissent des pénuries ou encore proposer des compensations financières. Mais il convient en parallèle, de mettre en oeuvre un accompagnement et de se poser la question de la non attractivité de certains postes comme ceux affectés aux blocs opératoires. En résumé, à côté des mesures incitatives, il faut notamment que la communauté hospitalière soulève, pour le résoudre, le problème de la reconnaissance des catégories de personnel pour lesquelles on constate des difficultés de recrutement.

M. RICHARD observe tout d'abord que la plupart des thématiques prioritaires correspondent à des problématiques de santé publique sans aucune spécificité AP-HP. Dans le projet médical de l'AP-HP, il lui paraît important d'aller au-delà et de faire en sorte que tous les projets prennent en compte, de manière prioritaire, la dimension recherche comme étant un point fort du développement de l'AP-HP.

En outre, il confirme que les médecins des hôpitaux sont à la fois inquiets et démotivés, notamment en l'absence de règle du jeu face au devenir des propositions qui seront faites dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique. L'inquiétude vient de l'imprécision quant au niveau de décision dans le futur : sera-ce l'hôpital, le GHU, la CME, le comité stratégique présidé par la directrice générale ?

Par ailleurs, il a le sentiment que la CME risque d'être marginalisée dans la future gouvernance. Les dossiers structurants comme ceux du plan stratégique lui seront-ils présentés ? Par exemple, aura-t-elle un rôle décisionnel dans le devenir de l'hôpital Saint Vincent de Paul ?

Après avoir rappelé que le projet médical ne constitue qu'un élément du plan stratégique, la **directrice générale** précise la méthode adoptée.

Le processus d'élaboration d'un plan stratégique s'avère complexe et nécessite des points d'informations réguliers. Lorsque de nombreuses options du plan auront pu avancer, avec l'aide des propositions qui émaneront de la communauté hospitalière, la CME aura à débattre d'un projet de plan stratégique. Elle doit en effet jouer un rôle majeur dans l'élaboration de ce dernier. La directrice générale souhaite que des propositions stratégiques communes issues de la direction générale et de la CME soient présentées au conseil d'administration. Cependant, afin d'éviter les errements du passé et pour profiter de la masse critique constituée par l'unité de l'AP-HP, ce plan ne sera pas la somme des projets des établissements. Il suppose donc des choix, à partir d'éléments chiffrés, qui seront faits en associant le plus possible la CME. Mais il faut bien avoir en tête que tous les projets ne pourront être retenus.

Le **vice-président** confirme que selon les textes, la CME élabore avec la directrice générale le projet médical d'établissement. Il espère, que la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière conservera un rôle important à la CME dans la réalisation du projet médical.

Par ailleurs, il estime qu'il faut distinguer le niveau central de l'AP-HP qui doit rester celui de l'arbitrage évoqué par la directrice générale et le niveau du GHU qui représente un espace d'application. A défaut d'arbitrage de l'AP-HP, l'ARH-IF pourrait prendre certaines décisions.

Ainsi, en ce qui concerne les emplois hospitalo-universitaires et les emplois de personnels non médicaux une vision qui dépasse celle du GHU est indispensable.

Enfin, pour réaliser le plan équilibre, il faudra accompagner les restructurations nécessaires par des plans d'actions précis, chiffrés, assortis d'un calendrier à définir au niveau du GHU ou de la direction générale de l'AP-HP.

M. HOUSSIN clôt le débat en répondant à certaines observations émises précédemment.

En ce qui concerne l'hépto-gastro-entérologie et la chirurgie digestive, il convient d'attendre la synthèse des travaux réalisés au sein de chaque GHU pour identifier les problématiques particulières et ensuite les traiter.

Les sujets évoqués par M. DRU seront examinés dans le cadre du projet social et professionnel.

Pour apporter des solutions aux problèmes quotidiens des hôpitaux en terme d'effectifs et d'activités, il faut s'employer tout d'abord à identifier les goulots d'étranglement.

En réponse à MM. BERNAUDIN et MADELENAT, il confirme que l'avis de la CME sera sollicité sur le plan stratégique mais qu'aujourd'hui il s'agit de faire un point d'étape et de donner une vision globale de l'état du plan stratégique. Par ailleurs, il rappelle que certains membres de la CME participent activement aux groupes de travail du plan stratégique.

La question évoquée par M. RICHARD met en jeu la recherche d'une cohérence entre l'approche de santé publique et l'approche territoriale par GHU et pose aussi la question de leur lien avec la dimension universitaire à mettre en exergue dans le plan stratégique.

En ce qui concerne les pôles, l'AP-HP est encore à une étape préliminaire et rien n'est décidé.

Enfin, à destination de Mme SCHLEGEL, M. HOUSSIN précise que les justes prescriptions concernent les médicaments, les dispositifs médicaux et également les investigations. A cet égard, le travail concerté réalisé par les urgentistes et les radiologues sur la prescription des examens d'imagerie réalisés en urgence pourrait être reproduit dans d'autres domaines.

III - Ecoute des personnels.

M. HAREL expose brièvement la campagne d'écoute des personnels, laquelle s'inscrit dans la préparation du plan stratégique de l'AP-HP pour les années 2005 à 2010.

A travers cinquante groupes d'écoute, cette démarche innovante permettra à un millier de personnes, incarnant l'ensemble des hôpitaux et des métiers présents à l'AP-HP, de s'exprimer et de formuler des propositions utiles à l'élaboration et à la mise en oeuvre du plan stratégique. Le personnel médical sera entendu soit par le biais des groupes d'écoute, soit par l'intermédiaire d'auditions personnelles plus ciblées. En raison de la diversité des établissements et des métiers, l'interrogation s'effectuera aussi bien auprès de personnels d'un même site qu'avec des groupes réunissant des personnels de différents sites.

La campagne d'écoute a commencé début juin et s'achèvera la semaine prochaine. L'exploitation des données recueillies se produira au cours de l'été. La phase de restitution vers l'ensemble des personnels et des instances se déroulera de septembre à décembre 2004.

Lancée à la demande du président du conseil d'administration rappelle **Mme VAN LERBERGHE**, cette démarche rigoureuse, fondée sur un processus méthodologique robuste, s'appuie sur un travail qualitatif et non sur un sondage quantitatif. De nombreuses idées sont exprimées, y compris sur les bonnes pratiques. Toutefois, les agents formulent aussi des remarques désagréables et mentionnent leur scepticisme sur la remontée des informations, ce qui renforce l'importance de procéder à une restitution des résultats de cette consultation. A la requête du président du conseil d'administration, informe la directrice générale, une restitution sera organisée au terme de la consultation en présence de toutes les personnes interrogées.

M. LEVERGE souhaite connaître l'utilisation envisagée des informations recueillies. A son sens, les personnes consultées risquent d'avoir une déception lorsque les évolutions qu'elles attendent ne se produiront pas en raison de l'absence de moyens.

En effet, répond la **directrice générale**, une méthodologie approximative, à laquelle elle s'est opposée, aurait pu conduire à une impasse. Mais la composition des groupes de travail est statistiquement homogène ; de plus il est demandé aux agents de s'exprimer, dans le cadre des orientations stratégiques, sur les sujets de leur choix et de formuler des propositions concrètes pour l'ensemble de l'AP-HP. La majorité d'entre eux a souhaité travailler sur la fluidité de la prise en charge des patients. Ce choix donne une indication intéressante, note Mme VAN LERBERGHE, sur le problème de la solidarité entre les services. En revanche, le thème de la cancérologie a été abandonné car il est vite apparu que les recommandations du plan cancer sont suffisantes pour le moment.

En somme, cette étude tend à prendre en compte des propositions réellement tangibles et non à produire un recueil des états d'âme des agents.

M. BERNAUDIN demande si l'étude est confiée à un organisme extérieur à l'AP-HP et le montant du budget qui lui est consacré. Cette étude, plus qu'informative, peut sembler comme pouvant d'une part donner l'apparence à mille personnes de participer à l'élaboration du plan stratégique, d'autre part, comme la mise en place de relais organisé par l'administration vis-à-vis de toutes les catégories de personnels. Or, il rappelle le caractère d'assemblée élue de la CME et son rôle décisionnel dans la mise en oeuvre du plan stratégique en ce qui concerne le projet médical.

La **directrice générale** distingue le projet médical du plan stratégique, le premier nourrissant le second ; ce dernier comprend des aspects sociaux et professionnels sur lesquels il lui paraît important d'interroger les personnes concernées, selon une méthodologie qui exclut tout risque de manipulation ou de démagogie.

Par ailleurs, dans un souci de neutralité, un tirage au sort a déterminé la liste des personnes interrogées. Des consultants extérieurs à l'institution, choisis avec soins, co-animent les groupes de travail avec des professionnels de l'AP-HP. Ce choix permettra à l'AP-HP de s'approprier la méthode et de développer ce type d'écoute.

IV - Avis sur une fiche de missions et structure.

GHU nord

Hôpital Saint Louis :

- *Création d'un département d'immunologie clinique, avec création de trois unités fonctionnelles.*
 - *UF d'immunopathologie clinique.*
 - *UF d'immuno hématologie.*
 - *UF hôpital de jour d'immunologie clinique.*
- *Suppression simultanée des services d'immunologie clinique 2, d'immunopathologie, ainsi que la fédération de gestion commune d'immunologie clinique.*

A l'occasion du départ à la retraite au 1^{er} septembre 2004 de l'actuel chef du service d'immunologie clinique 2, commente **M. MADELENAT**, la direction de l'hôpital se proposait d'associer ce service au service d'immunopathologie. En raison de l'importante collaboration en termes de moyens et de personnels entre ces deux entités, le groupe des structures a proposé leur fusion sous la forme d'un département. L'hôpital a accepté facilement cette restructuration.

M. SCHLEMMER précise que celle-ci a nécessité cinq années de travail et témoigne qu'une situation difficile peut évoluer avec le temps et devenir acceptable.

La CME se prononce par 28 voix pour et 3 abstentions sur ce dossier.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les renouvellements, l'avenant et les nouveaux contrats d'activité libérale sont adoptés par 16 voix pour, 3 voix contre ; on enregistre 9 abstentions.

VI - Questions diverses.

- Les centres de référence pour les maladies rares.

M. GUILLEVIN informe l'instance qu'un plan national prévoit de labelliser cette année environ quinze centres pour la prise en charge des maladies rares, dont on dénombre trois mille en France. Sont cependant exclus de l'appel d'offres les centres de prise en charge des maladies à prions qui ont déjà bénéficié de crédits spécifiques.

L'AP-HP a engagé la démarche pour concourir. Les experts de la commission nationale de labellisation vérifieront les travaux réalisés dans le passé par les établissements candidats. Aussi, au niveau de l'AP-HP il convient de sélectionner peu de centres et de choisir ceux qui ont véritablement lancé des projets, constitué des réseaux et des filières et qui possèdent une réelle expertise.

L'objectif est de promouvoir une centaine de centres de référence sur toute la France d'ici à cinq ans.

Avant de formaliser le dépôt du dossier auprès de la commission, intervient **M. HOUSSIN**, l'AP-HP doit favoriser les rapprochements réalisables et concrets et se forger une visibilité sur les cinq années à venir des priorités d'actions à mener. Il faut en effet agir de telle sorte que les hôpitaux non prêts cette année le deviennent pour l'an prochain.

- Les nouvelles modalités de départ à la retraite des PU-PH.

Les modifications intervenues dans les modalités de départ à la retraite des personnels hospitalo-universitaires, signale **M. CORIAT**, posent des problèmes d'une part pour la promotion universitaire des jeunes médecins et d'autre part pour la succession de certaines chefferies de service. Il demande de quelle manière la CME peut s'associer à la démarche engagée par les doyens auprès du ministère pour que celui-ci apporte des solutions.

Pour l'heure, le ministère n'a pas répondu, remarque **M. DESMONTS**. La difficulté porterait sur le double financement des médecins en place et de leurs successeurs.

M. BAGLIN précise que la loi Fillon permet aux hospitalo-universitaires titulaires qui, à l'âge limite de départ à la retraite, n'ont pas le nombre de trimestres requis pour obtenir une retraite à taux plein, d'effectuer jusqu'à dix trimestres supplémentaires mais en occupant leur poste, ce qui retarde la nomination d'un successeur.

Il faut remarquer que, contrairement aux praticiens hospitaliers, les hospitalo-universitaires n'ont pas bénéficié de la réduction du temps de travail, génératrice d'emplois nouveaux, que le maintien des hospitalo-universitaires sur leur poste diminuera d'autant le recours à l'enveloppe budgétaire « surnombre » à laquelle les PU-PH avaient droit pendant trois ans.

Il se demande si ces deux arguments ne peuvent pas être développés pour les syndicats, pour aménager progressivement le passage à cette nouvelle mesure.

M. LACAU ST GUILY indique qu'une difficulté analogue apparaîtra pour les praticiens hospitaliers dont une loi sur l'évolution de leur carrière fait l'objet de discussion.

L'administration rencontre actuellement les doyens et les ministres concernés, observe **M. ANTONINI**. Il évoque quelques pistes actuellement à l'étude.

Ainsi, l'allongement de la carrière aura pour conséquence une diminution transitoire des praticiens placés en surnombre. Un accord pour mobiliser cette enveloppe budgétaire inutilisée afin de lisser le manque d'emploi pouvant être imaginée. Une autre solution serait d'intégrer les années de consultant dans le calcul des annuités comptant pour la retraite, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Elle permettrait, dans de nombreux cas, de libérer les postes de PU-PH concernés tout en assurant aux intéressés l'obtention des annuités nécessaires à une retraite à taux plein.

*

*

*

La séance est levée à 10 heures 50.

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

Mardi 21 septembre 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 8 septembre 2004 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.