

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 7 JUIN 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 5 JUILLET 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 7 juin 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Gouvernance et mise en place des pôles à l'AP-HP.
- 2- Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire sud.
- 3- Plan stratégique 2005 – 2009 :
 - avis sur les actions par GHU arrêtées par le conseil stratégique (volume 2 du plan stratégique 2005-2009) ;
 - avis sur le plan global de financement pluriannuel.
- 4- Bilan de l'année 2004 de la lutte contre les infections nosocomiales et plan d'action pour la période 2005 – 2008.
- 5- Avis sur les comptes administratifs pour l'exercice 2004 (budget général, budgets annexes et budget d'investissement).
- 6- Avis sur la décision modificative n° 1 de l'année 2005.
- 7- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Désignation des membres de la commission centrale d'activité libérale et des commissions locales.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 10 mai 2005.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Additif sur la proposition d'emploi de PHU au titre de la révision des effectifs HU de l'année 2005.

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.
- Avis sur les candidatures aux fonctions des praticiens responsables de pôles cliniques ou médico-techniques.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers (JO des 19 mars, 16 avril et 3 mai 2005).
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service à plein temps hors CHU (JO des 19 mars et 16 avril 2005).
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers, au titre de l'article 15.
- Avis sur le renouvellement de détachement d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la prolongation d'activité de deux praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation d'un chef de service plein temps hors CHU à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur la titularisation d'un MCU-PH nommé stagiaire le 1^{er} septembre 2000.
- Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires le 1^{er} septembre 2004.

Composition A

- Avis sur les premières demandes de nomination et sur les demandes de renouvellement de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2005.
- Demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
- Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- 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'invité permanent :***

- M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

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

- Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
- M. BOULANGER, secrétaire général,
- Mme PANNIER, directrice de cabinet,
- 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 de la politique médicale,
- Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
- M. le Pr DEVICTOR, président du comité consultatif médical de l'hôpital Bicêtre,
- M. le Pr JARLIER, délégué à la prévention des infections nosocomiales,
- M. SCHAJER, direction économique et financière,
- 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 MM. BEN-BRIK, DASSIER, et GOËAU-BRISSONNIERE avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Gouvernance et mise en place des pôles à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

La parole est donnée à **M. BOULANGER** pour présenter la gouvernance des établissements publics de santé et la mise en place des pôles à l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site de la CME).

1- Les éléments structurants de l'ordonnance relative à la gouvernance hospitalière et les textes parus à ce jour.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements publics de santé porte non seulement sur la gouvernance hospitalière, mais également sur la procédure budgétaire fondée désormais sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Le décret du 4 mai précise certaines dispositions de l'ordonnance et celui du 10 mai définit la composition des conseils exécutifs et les mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique. Des textes régissant notamment les rapports avec la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement ou les conseils de pôles sont attendus.

Après avoir expliqué les enjeux de la nouvelle gouvernance qui tendent à :

- recentrer les missions du conseil d'administration des EPS sur ses fonctions stratégiques ;
- associer, par la création des conseils exécutifs et la mise en place des pôles, les directeurs et les praticiens à la définition et la mise en place des orientations de l'établissement et à la gestion ;
- instaurer une démarche de contractualisation avec des pôles d'activités cohérents dotés d'une masse critique suffisante et d'une fluidité interne et externe satisfaisante ;
- faire participer l'ensemble de la nouvelle organisation au sein des conseils de pôles,

M. BOULANGER informe que le « conseil stratégique » mis en place à l'AP-HP par anticipation en février 2004 constitue désormais le conseil exécutif. Le texte prévoit que les conseils exécutifs déjà créés sont maintenus dans leur composition actuelle jusqu'à la date de renouvellement de la CME. A l'AP-HP, cette composition est conforme au texte avec huit membres du comité de direction, sept membres de la CME et un représentant des doyens.

Il décrit ensuite les missions du conseil exécutif, les attributions du conseil d'administration relatives à la mise en place des pôles et les procédures de validation des organisations en pôles au sein de l'AP-HP. Il détaille les missions et la procédure de nomination des praticiens responsables de pôle, des chefs de service et des praticiens titulaires responsables des structures internes aux pôles, ainsi que la constitution des conseils de pôle.

Puis M. BOULANGER définit le contrat de pôle et annonce les délais prévus par l'ordonnance soit au plus tard :

- fin 2006 pour la structuration des pôles d'activités et la nomination des responsables ;
- le 30 avril 2007 pour le renouvellement de la CME et des comités consultatifs médicaux ;
- le 30 juin 2007 pour la mise en place des conseils de pôles ;
- le 31 décembre 2007 pour la publication de la liste d'habilitation à diriger un pôle.

2- L'état d'avancement de l'expérimentation menée à l'AP-HP et les principes dégagés.

Le secrétaire général déclare que l'expérimentation a permis de faire émerger des principes et des recommandations concernant :

- la mise en place d'un conseil exécutif local ;
- l'organisation des activités médicales et médico-techniques en pôles ;
- les praticiens responsables de pôles, les cadres administratifs et paramédicaux des pôles ;
- la délégation de gestion.

Il achève son exposé en déclinant le calendrier des différentes opérations relatives à l'application à l'AP-HP de la gouvernance hospitalière.

Au terme de la présentation, le débat est engagé.

M. BERNAUDIN fait observer que le terme gouvernance correspond, au regard de l'administration d'un pays, à la volonté de réguler les domaines politique et social par le domaine économique. Dans ce contexte, la CME doit veiller à la complémentarité de la logique gestionnaire et de la logique médicale et de recherche des services constitutifs des pôles lors de la rédaction des contrats de pôles.

Alors que la réforme vise à accroître le pouvoir médical en matière de gestion, **M. DEBRE** remarque que le dispositif proposé pour le conseil exécutif bien que paritaire, prévoit l'arbitrage de l'administration en cas de désaccord entre les médecins. A cet égard, il demande comment se géreront les divergences entre, par exemple, les membres du CCM et le président de l'instance sur le nombre de pôles ou entre le doyen, les médecins, voire la directrice générale sur la nomination de responsables de pôles.

D'autre part, qu'advient-il en 2007 de la nomination des chefs de service récemment nommés, s'enquiert l'intervenant.

Après avoir rappelé qu'à sa demande une pharmacie à usage intérieur (PUI) intègre un pôle à condition qu'apparaisse dans le règlement intérieur la mention « sans préjudice des dispositions juridiques et réglementaires qui organisent les moyens humains et matériels ainsi que les missions des PUI », **M. LEVERGE** évoque la recommandation issue de l'expérimentation des pôles à l'AP-HP selon laquelle un seul service ne peut être érigé en pôle.

Cet élément ne figure ni dans l'ordonnance ni dans les décrets, il suggère donc de se conformer aux textes en utilisant la formule « ...ne devrait pas se constituer en pôle, dans la mesure où le pôle doit disposer d'une taille suffisante pour conclure un contrat ». Selon lui un service peut, en raison notamment de sa spécificité, de sa mission, de sa taille, constituer un pôle. Aussi, il invite la CME à prendre une position de principe sur ce sujet car les membres concernés de l'institution n'ont pas été consultés.

La **directrice générale** propose de modifier le texte initial uniquement par ces termes : « ...ne devrait, sauf exception... ».

M. LAPANDRY demande une confirmation sur la possibilité de créer des pôles inter-établissements et **M. HARDY** sur celle, pour un service, de psychiatrie de s'ériger en pôle.

M. CHAUSSADE, qui perçoit avec ce dispositif un niveau supplémentaire du circuit administratif, s'interroge notamment sur :

- la nomination, la fonction, le pouvoir du cadre administratif ;
- la responsabilité des médecins en cas de non-respect du contrat pour des motifs étrangers au fonctionnement médical ;
- les relations entre le conseil exécutif et la CME ;
- la compétence ou non des services pour se structurer au sein d'un pôle.

La place laissée aux services préoccupe le **vice-président** car si certains pôles se constituent autour d'une logique claire et fondée sur une complémentarité, ce n'est pas le cas pour d'autres. Selon lui, cette nouvelle organisation affecte la symbiose entre les équipes médicales et les équipes para-médicales.

De même, il lui semble que la prise en charge médicale des patients et la mise au point des protocoles médicaux relèvent des missions fondamentales du service tandis que désormais elles s'exercent par délégation du pôle.

Il s'inquiète enfin du fait que les unités fonctionnelles dépendent du responsable de pôle et peuvent se créer indépendamment des services et des activités médicales du pôle.

M. DUSSAULE voudrait savoir si un chef de pôle peut nommer des responsables d'unité fonctionnelle sans l'avis du chef de service concerné.

M. PATERON demande quel sera le rôle résiduel du CCM. Il pense que certains pôles ont une cohérence médicale claire mais que d'autres pôles ne sont que la réunion par défaut de services. Il pense aussi que le regroupement systématique et d'emblée de toutes les activités au sein des pôles constitue une erreur tactique.

Selon **M. FAYE** le caractère paritaire du conseil exécutif s'avère malmené puisque le directeur de l'établissement dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix. En pareil circonstance, l'arbitrage devrait appartenir au conseil d'administration. Il convient d'examiner ce point avec une attention particulière, indique-t-il car le syndicat des chirurgiens des hôpitaux de Paris ne cautionnera pas la main-mise décisionnelle de la direction de l'établissement sur le conseil exécutif.

Le **président** observe qu'il s'agit de distinguer les dispositions de l'ordonnance difficilement modifiables de leur application à l'AP-HP avant de préciser que le document de la présentation et l'ordonnance figureront sur le site Internet de la CME.

En réponse à ces remarques, la **directrice générale** apporte un certain nombre de précisions.

S'agissant des logiques gestionnaire, médicale et de recherche, le travail de l'administration consiste à déceler le moyen de concilier les impératifs de gestion et la dispensation du meilleur soin aux malades.

Le caractère paritaire du dispositif vise la convergence, fondée sur des objectifs et des résultats, des lignes médicales, soignantes et administratives. Aussi lui semble-t-il préférable de construire ce dispositif non dans l'optique de traiter les conflits mais dans celle de permettre aux différents acteurs de percevoir l'intérêt de se rejoindre. La convergence s'obtient par la solidarité des parties en présence pour atteindre des résultats et dans cette perspective, le contrat vise à définir l'objectif commun du pôle. Néanmoins consciente que des conflits peuvent survenir, Mme VAN LERBERGHE témoigne de l'expérience acquise au sein du conseil stratégique pendant dix huit mois au cours desquels un consensus s'est dégagé autour des choix effectués sur les sujets difficiles examinés.

Elle insiste donc sur la nécessaire convergence tant dans le fonctionnement du conseil exécutif que dans le découpage des hôpitaux en pôles ou la nomination des responsables de ces derniers, pour l'accomplissement des missions de l'institution. C'est pourquoi, selon elle, la capacité à rechercher des solutions positives constitue un élément décisif du profil recherché du responsable de pôle.

Puis la directrice générale précise qu'une politique propre à l'AP-HP s'élabore dans le strict respect des textes et dans un pragmatisme fondé sur l'expérimentation débutée voici plus d'un an, non seulement à l'hôpital Européen Georges Pompidou mais aussi dans les hôpitaux Lariboisière, Tenon et Paul Brousse. Cette méthode permet aussi de tenir compte des réflexions menées dans de nombreux hôpitaux notamment sur la constitution d'un pôle inter-hospitalier et sur les différentes logiques de rapprochement des activités. L'institution progresse à mesure des tâtonnements de l'expérimentation.

Sauf pour le secteur psychiatrique prévu dans l'ordonnance, la règle de ne pas constituer un pôle à partir d'un seul service relève davantage d'une règle que s'est imposée l'AP-HP en début d'expérimentation que d'un dogme absolu.

La nouveauté introduite par l'ordonnance réside non pas tant dans les procédures des nominations mais dans les possibilités d'arbitrer au plus près du terrain et donc des besoins des malades. Elle se traduit par la délégation de gestion qui introduit de la souplesse tant dans la manière d'utiliser les crédits par le responsable du pôle que dans l'organisation de ce dernier.

Pour sa part, **M. BOULANGER** indique que la prochaine nomination des chefs de service interviendra avant la fin 2006, dans les conditions actuelles jusqu'à la parution de la liste nationale d'habilitation.

La responsabilité de l'ensemble du pôle appartient au praticien responsable de pôle lequel donne les directives au cadre paramédical et au cadre administratif en charge du contrôle de gestion et de la préparation des décisions.

La gouvernance, poursuit le secrétaire général, s'attache à intervenir tant au niveau du pôle qu'au niveau général ce qui explique l'intérêt pour les responsables de pôles de participer au conseil exécutif.

Par ailleurs, les membres du conseil exécutif local seront désignés par le CCM et les responsables de pôles nommeront les responsables d'unités fonctionnelles mais non les autres praticiens, nommés au niveau ministériel ou local, en fonction du choix du directeur d'établissement, la compétence au niveau du pôle agissant sur la répartition des moyens au sein des services notamment pour le nombre de demi-journées accordées.

Quant aux missions exercées par les services par délégation des pôles, cette expression signifie que ces compétences résultent d'une délégation légale et non en fonction de la volonté des pôles.

Puis à l'adresse de **M. CHAUSSADE**, il précise qu'un chef de pôle pourra en effet nommer un responsable d'unité fonctionnelle au sein d'un autre service que celui qu'il dirige.

Du point de vue de **M. DEBRE**, la faculté du responsable de pôle d'imposer aux chefs de service des responsables d'unités fonctionnelles, lui-même susceptible d'être nommé par l'administration, constitue une source de conflits puisque jusqu'à présent la nomination d'un responsable d'unité fonctionnelle s'opère sur proposition conforme du chef de service.

Actuellement, intervient la **directrice générale**, la nomination des responsables d'unités fonctionnelles relève de la compétence du conseil administration. La nomination sur avis conforme du chef de service constitue la pratique que les dispositions de l'ordonnance n'empêcheront pas de poursuivre à l'avenir. Il est peu probable qu'un chef de pôle nomme un responsable d'unité fonctionnelle contre l'avis des chefs de service.

Le **président** rappelle que l'AP-HP doit appliquer les dispositions de l'ordonnance longuement élaborée par les assises hospitalo-universitaires de Nice et Montpellier sous la conduite de M. MATTEI dans le cadre du projet hôpital 2007. Les propositions pour modifier la procédure de nomination des responsables d'unité fonctionnelle, laquelle lui semble fondamentalement erronée, relèvent d'un autre sujet.

Il répond ensuite par l'affirmative à **M. CHAUSSADE** qui demande si l'organisation des pôles peut se fonder, outre sur les services, sur des structurations de type départements ou unités fonctionnelles.

D'autre part, **M. de PROST** distingue la parité au sein du conseil exécutif de la responsabilité du chef de pôle. Il informe que la création du conseil stratégique résulte d'une décision arrêtée avec la directrice générale après qu'il lui a indiqué le peu de prise en compte des avis de la CME. Désormais les décisions du comité de direction se discutent avec les médecins au sein du conseil exécutif.

La distanciation entre les équipes médicales et para-médicales provient aussi du turnover des infirmiers, déclare **Mme BRESSAND**. Or, ces derniers souhaitent maintenir la proximité avec les médecins dans un souci de service rendu aux malades grâce à une efficacité accrue par une meilleure connaissance des pathologies liées à une discipline. Par ailleurs, les infirmiers n'ont pas contribué à l'élaboration du dispositif et ne participent pas au conseil exécutif. La création des pôles permettra peut-être de répondre au désir de mobilité des infirmiers d'un service à l'autre tout en demeurant à l'intérieur du pôle. Cependant, la mobilité au sein du pôle, qu'elle concerne les infirmiers, les secrétaires médicales ou les kinésithérapeutes ne pourra se produire qu'après leur accord. Il appartient donc au responsable de pôle en collaboration avec le cadre para-médical d'appliquer une politique fondée notamment sur la formation et l'acceptation des évolutions par tous les acteurs.

S'agissant des CCM, la **directrice générale** signale qu'un consensus se dégage de la collégiale des présidents sur l'idée que les membres du conseil exécutif local devraient être les membres du bureau du CCM. Pour sa part, elle ne retient pas la notion de rôle résiduel de l'instance. En effet, il convient de distinguer la prise de décision de son élaboration qui passe par la consultation d'organes (CCM, CME) où s'expriment les différents points de vue.

Pour la composition des pôles, les choses se mettent en place progressivement sur une période de deux ans. L'hôpital Robert Debré expérimente le fonctionnement par pôles avant même la validation du projet. Cette nouvelle organisation représente un changement culturel dont les implications n'ont probablement pas toutes été prévues. Il importe donc de mener des actions pratiques et de mettre en place un dispositif de suivi.

Dans un souci de simplicité, elle avait écarté l'idée du pôle inter-établissement mais devant la logique inter-hospitalière des hôpitaux Henri Mondor et Albert Chenevier, une unité de gestion commune a été instaurée. Une telle logique pourrait s'appliquer entre les hôpitaux Ambroise Paré et Raymond Poincaré. Aussi, un travail est mené pour schématiser les moyens administratifs et gestionnaires pour ce type de pôles.

Comme il est souhaitable que les responsables de pôles soient membres du conseil exécutif, peu d'autres médecins pourront siéger eu égard au nombre limité de médecins composant l'instance, observe **M. LACAU ST GUILY**.

M. RYMER signale qu'à l'hôpital Lariboisière, le CCM a décidé que les responsables de pôles représenteraient la moitié du nombre des médecins membres du conseil exécutif local.

II - Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire sud.

La préparation des projets d'hôpitaux du GHU sud dans le cadre du plan stratégique 2005-2009 est présentée par Mme QUESADA, directrice exécutive du GHU, et M. DEVICTOR, président du CCM de l'hôpital Bicêtre.

Une des caractéristiques du GHU sud rappelée par **Mme QUESADA** est que tous les hôpitaux le composant sont situés hors Paris. Leur éloignement constitue un enjeu en termes de fonctionnement en réseau. La mise en œuvre des programmes d'actions prioritaires, détaillée par **M. DEVICTOR** concerne la prise en charge des malades âgés, des personnes vulnérables, la cancérologie, le lien avec l'université dans le domaine de la recherche et de l'enseignement. Mme Quesada porte également à la connaissance des membres de la CME les actions liées aux orientations générales du plan stratégique pour améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité. Ces actions qui touchent à l'humanisation, la modernisation des bâtiments et à leur mise aux normes s'accompagnent d'une réflexion sur l'organisation.

Les problématiques et objectifs propres au GHU sud concernent la périnatalogie et la pédiatrie avec un projet de pôle lourd de pédiatrie à l'hôpital Bicêtre pour le GHU, conformément aux orientations du plan stratégique qui prévoit un hôpital pédiatrique par GHU.

Dans le domaine de la neurologie, la mise en place d'une filière de soins spécialisés pour les accidents vasculaires cérébraux est projetée, l'organisation de l'aval primaire et secondaire figure également parmi les priorités. Les activités de cardiologie et d'hépatogastro-entérologie feront par ailleurs l'objet de réorganisation.

Dans le domaine de la santé publique, la place des responsables des départements d'information médicale, dans la perspective de la tarification à l'activité est le thème essentiel de la réflexion.

Enfin, des complémentarités hospitalières et universitaires avec des structures hors AP-HP sont envisagées avec notamment la création d'un groupement industriel scientifique associant les hôpitaux de l'AP-HP, le CNRS et l'INSERM.

Après avoir remercié les intervenants pour leur présentation claire et synthétique, le **président** ouvre la discussion.

Mme DEBRAY-MEIGNAN intervient sur la problématique de la prise en charge des malades âgés. En effet, dans tous les GHU la position a été la même, c'est-à-dire de regrouper tous les malades de soins de longue durée dans des unités avec peu de moyens médicaux et soignants. Elle insiste donc sur les difficultés que cette politique va entraîner avec des transferts de malades en court séjour ou en soins de suite à la moindre pathologie. Elle fait remarquer que l'âge moyen en gériatrie est de 85 ans, que le pic de natalité commence en 1922 – 1923 et se poursuit les années suivantes, ce qui engendrera automatiquement une augmentation des admissions des malades âgés. Elle attire l'attention sur l'effet de blocage que produira tout goulot d'étranglement en soins de longue durée (SLD) sur les soins de suite et de réadaptation (SSR), donc sur les filières d'aval. Mme DEBRAY-MEIGNAN considère par conséquent nécessaire d'engager une réflexion sur les soins prolongés et expose la position de la Fédération hospitalière de France sur le sujet : « L'avancée des bases du dossier SSR appelle conjointement celle de la définition des soins prolongés, forme de prise en charge active et continue jusqu'au terme de la vie, prise en charge à défaut de laquelle une perte de chance irrecevable apparaîtrait ».

A la question de **M. GOUTALLIER** relative à l'étendue géographique du GHU sud et à l'éventualité d'un découpage de celui-ci, **Mme QUESADA** indique que tout l'intérêt de son travail consiste à gommer la bipolarité de ce GHU ; un certain nombre d'actions a déjà été réalisé malgré la forme de croissant du territoire du GHU et la distance séparant les hôpitaux. Cette situation, ajoute **M. DEVICTOR** oblige à trouver des idées nouvelles.

M. AIGRAIN fait à nouveau part de l'inquiétude qu'il a déjà exprimée lors de la présentation consacrée au GHU ouest quant à l'avenir de la pédiatrie, notamment de la chirurgie pédiatrique, de l'hôpital Bicêtre. Si la présentation volontariste et optimiste concernant la structuration de la périnatalogie le satisfait, il considère plus fragile celle relative à la pédiatrie, en particulier pour l'orthopédie pédiatrique et s'intéresse aux moyens que la faculté Paris-sud est prête à mettre en œuvre pour permettre la création d'un service hospitalo-universitaire d'orthopédie pédiatrique à l'hôpital Bicêtre. Il s'interroge également sur les praticiens pressentis pour faire fonctionner cette structure. Selon l'intervenant, l'activité pédiatrique, notamment dans sa composante chirurgicale, ne peut exister que si elle est mixte et fortement structurée sur l'hôpital Bicêtre.

Pour **M. DEVICTOR**, en l'absence d'activité orthopédique et traumatologique à l'hôpital Bicêtre, le volet pédiatrique du GHU sud est voué à la disparition car dans cette hypothèse, la chirurgie viscérale serait fragilisée, ce qui engendrerait la disparition de l'activité de transplantation hépatique. Ne subsisterait alors comme activité hautement spécialisée que la neuropédiatrie, facilement transférable. Cet hôpital ne comprendrait donc à terme qu'une maternité, une néonatalogie et un service d'urgence pédiatrique. Dans ce cadre, la réanimation pédiatrique disparaîtrait, car une réanimation néonatale serait suffisante. Face à cette éventualité, la communauté de l'hôpital Bicêtre se montre extrêmement vigilante. Un document décrivant les conditions d'accueil de l'activité d'orthopédie à l'hôpital Bicêtre portant à la fois sur le volet architectural et sur le projet médical, doit être remis prochainement à la direction de la politique médicale. Cette activité couvrirait l'activité adulte et pédiatrique. Le projet comprend également une activité de recherche et serait lié à l'Institut Gustave Roussy et l'activité de neurochirurgie. Il correspond aux vœux des communautés adultes et pédiatriques de l'hôpital Bicêtre, acté par un vote unanime en CCM.

M. NAVARRO confirme l'intérêt porté par la direction de la politique médicale à ce sujet, le plan stratégique de l'AP-HP est clair à cet égard. La cascade d'événements négatifs évoquée par M. DEVICTOR démontre qu'il convient de sauvegarder l'existence d'un pôle pédiatrique compétent dans cette zone géographique où un besoin existe. Pour répondre à cet objectif, la direction de la politique médicale, en fonction des éléments du document évoqué par M. DEVICTOR, veillera à la mise en œuvre d'une entité répondant aux besoins en termes de moyens, tant en ce qui concerne l'orthopédie que la réanimation et l'anesthésie.

La **directrice générale** approuve ces propos qui concernent l'un des derniers sujets difficiles du plan stratégique 2005-2009. A cet égard, le maintien de la motivation des équipes demeurant à l'hôpital Saint-Vincent-De-Paul est une préoccupation.

Elle partage par ailleurs le point de vue de Mme DEBRAY-MEIGNAN sur la nécessité d'une réflexion sur les soins prolongés à l'AP-HP, mais fait état des disparités énormes constatées au sein des unités de soins de longue durée, dans un rapport réalisé par l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS), quant au taux d'encadrement – qui va du simple au double pour l'encadrement soignant et du simple au triple pour l'encadrement médical - sans aucune corrélation avec le GIR et sans corrélation évidente avec la lourdeur médicale des cas traités. La directrice générale se dit par conséquent déterminée vis-à-vis de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) afin d'obtenir la reconnaissance de la notion de soins prolongés, mais attire l'attention des membres de la CME sur la nécessité d'un travail de clarification de l'activité de soins de longue durée car la notion de soins prolongés ne doit pas masquer un hébergement médicalisé, y compris pour des personnes lourdement dépendantes.

La directrice générale rejoint également Mme DEBRAY-MEIGNAN dans son analyse sur la fluidité. S'il convient de créer des lits de soins de suite et de réadaptation afin de diminuer la durée moyenne de séjour au sein des services de court séjour, le résultat ne pourra être satisfaisant si, dans le même temps, des blocages existent en soins de longue durée. Ainsi, dans le cadre des conférences « activité-stratégie-performance » (ASP), un mouvement de ralentissement des fermetures de lits de soins de longue durée a été engagé et un calendrier visant au report de ces transformations à la fin du plan stratégique est à l'étude.

Enfin, pour répondre à M. GOUTALLIER, elle rappelle les conditions de la structuration des GHU et les hésitations quant à la constitution de trois ou quatre pôles. Limiter le nombre de pôles se serait traduit par des territoires très importants dont un disproportionné autour du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière. Enfin l'élément déterminant pour la directrice générale a été la préférence des doyens des unités de formation et de recherche (UFR) de Henri Mondor et de Bicêtre pour la création de quatre GHU.

Au final, cette structuration n'est pas considérée comme gênante dans la mesure où le GHU ne constitue pas un échelon bureaucratique supplémentaire mais une structure légère d'animation permettant de maintenir un lien entre la direction générale et les établissements. La situation serait différente si l'objectif de ce schéma était d'éclater l'AP-HP en quatre ou cinq CHU. La directrice générale considère que, à l'instar de l'organisation en pôles, la situation actuelle n'est pas figée et pourrait être réexaminée si les inconvénients se révélaient plus importants que les avantages.

III - Plan stratégique 2005 – 2009.

1- Avis sur les actions par GHU arrêtées par le conseil stratégique (volet 2 du Plan Stratégique 2005-2009).

La présentation relative au GHU Sud vient clore la présentation de la déclinaison du plan stratégique par GHU intervient **M. NAVARRO**. Le conseil d'administration, qui a adopté la première partie du plan doit se prononcer sur le descriptif des actions par GHU, volume 2 du document relatif au plan stratégique 2005-2009, diffusé aux membres de la CME lors de la séance du 08 mars dernier. Afin que la procédure se poursuive devant le conseil d'administration, les membres de la CME sont invités à émettre un avis sur ce document.

M. LEVERGE intervient pour faire part de sa position d'abstention dans la mesure où il n'a pas obtenu de confirmation quant à la priorité accordée à la mise en conformité de certaines pharmacies à usage intérieur.

Le **président** enregistre cette remarque et invite **M. GARNIER** à présenter le plan global de financement pluriannuel préalablement au vote sur ces deux points.

2- Avis sur le plan global de financement pluriannuel.

Ce complément d'information précise **M. GARNIER** correspond à une obligation réglementaire. La présentation a pour objectif d'exposer les modalités de financement des investissements prévus par le plan stratégique.

a) Les investissements

Le plan stratégique prévoit 2,595 milliards d'investissement entre 2005 et 2009, soit près de 500 millions d'investissement par an. Le montant des investissements, limité à 397 millions d'euros en 2004, constituait déjà une très forte progression par rapport aux années précédentes indique **M. GARNIER**.

Les travaux se répartissent en trois grandes enveloppes :

- Les travaux (1 521 millions) qui correspondent à :
 - 510 millions consacrés aux grands projets d'investissement votés dans le cadre du précédent plan stratégique ;
 - 554 millions pour les opérations de travaux identifiées complémentaires, un montant très important figurant dans le cadre du programme de modernisation des installations et des bâtiments (programme hôpital propre) ;
 - 45,7 millions de travaux divers.
- L'équipement (625 millions) : les investissements consacrés aux équipements sont également en progression par rapport au passé.
- L'informatique (449 millions) : un gros effort est programmé dans le cadre du schéma cible.

b) La répartition du financement

Cet important programme d'investissement sera financé en premier lieu par l'autofinancement, correspondant à la prise en charge de l'amortissement des investissements antérieurs. Cette enveloppe, en forte progression, atteint 1,626 milliard.

Le second mode de financement sont les recettes diverses (76 millions d'euros), correspondant essentiellement aux subventions versées dans le cadre du plan hôpital 2007.

En troisième lieu, le recours à l'emprunt est envisagé à hauteur de 1,367 milliard d'euros, dont 545 millions au titre des remboursements d'emprunts antérieurs, et près de 800 millions d'endettement supplémentaire au milliard d'euros d'endettement actuel. Ces montants sont significatifs, mais sont considérés par les agences de notation financières et par les tutelles de l'AP-HP, notamment la direction du budget, comme raisonnables par rapport à la taille de l'AP-HP.

L'équilibre de la programmation initiale correspond à un montant d'emplois de 3,140 milliards (investissements et remboursements d'emprunts) équivalent au montant des ressources (total amortissement, excédent, autres recettes, emprunts).

Ce tableau de financement devra être suivi année après année dans le cadre du budget indique enfin M. GARNIER. Ainsi, le rythme d'investissement devra être ajusté en fonction de la capacité de l'AP-HP à supporter la croissance des amortissements et du bon déroulement de l'équilibre financier global du plan stratégique, ce mécanisme d'ajustement éventuel est un élément explicitement demandé par les tutelles.

Ce plan ne prend pas en compte de nouvelles cessions d'actifs ; l'essentiel de ces cessions aura été réalisé fin 2005, mais un certain nombre d'éléments complémentaires pourront être cédés et permettront d'alléger le niveau d'emprunt.

La **directrice générale** insiste sur le fait que ce plan correspond à un accroissement de l'effort d'investissement considérable, qui lui paraît nécessaire tant au niveau informatique que de la rénovation du patrimoine hospitalier. Ces sommes, considérables, sont en forte augmentation par rapport aux investissements réalisés par le passé. Cet effort impacte nécessairement l'équilibre financier global, il convient d'être conscient que les tutelles seront vigilantes aux conditions de financement. A ce égard, la directrice générale signale avoir été interpellée sur l'augmentation d'activité qui finance en partie ces investissements. Ainsi, si les objectifs d'augmentation d'activité ne sont pas tenus, l'AP-HP se verra contrainte par les tutelles à réduire son effort d'investissement. Il s'agit là, à ses yeux, d'un des enjeux majeurs des pôles, qui sont chargés de piloter l'activité.

Les actions par GHU arrêtées par le conseil stratégique et le plan global de financement pluriannuel (volume 2 du document relatif au plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP) sont chacun adoptés par 35 voix pour et 4 abstentions.

IV - Bilan de l'année 2004 de la lutte contre les infections nosocomiales et plan d'action pour la période 2005 – 2008.

Sur la base des résultats de l'année 2004, **M. JARLIER** développe les points clés du programme national de lutte contre les infections nosocomiales et sa mise en oeuvre à l'AP-HP pour la période 2005 – 2008. Ce programme comprend cinq grandes orientations, douze objectifs quantifiés et cinq indicateurs (cf. document remis sur table).

1- Les structures

- Les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) appliquent techniquement le programme du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) sur le terrain. A l'heure actuelle, les effectifs réels couvrent 75 % des effectifs réglementaires (un médecin pour 800 lits, un infirmier à temps plein pour 400 lits). C'est dans les hôpitaux de gériatrie que la situation s'avère la plus critique. Il sera possible de parvenir à l'objectif en mutualisant les moyens, notamment en ce qui concerne les médecins. Une note a été adressée aux directeurs exécutifs des GHU dans ce sens.

2- Organisation des soins

La surveillance des infections nosocomiales fait l'objet d'un programme d'établissement pour l'AP-HP et de programmes au sein de chaque hôpital. Les principaux axes sont :

- la maîtrise de l'environnement (légionelloses) ;
- les bactéries multirésistantes ;
- les solutions hydro alcooliques (SHA);
- les infections du site opératoire ;
- la couverture vaccinale (grippe, pneumocoque) des patients et des personnels.

a. La prévention des épidémies

Concernant la maîtrise des légionelloses à l'AP-HP, la situation continue de s'améliorer. De 26 cas de légionellose nosocomiale en 2000, la situation est de 2 cas en 2004 pour l'ensemble de l'AP-HP. Dans le même temps, le nombre de cas communautaires reste stable. La proportion des légionelloses nosocomiales au sein des légionelloses diagnostiquées au sein de l'AP-HP est passé de 30 % en 2000 à 3 %.

Quant aux bactéries multirésistantes, les SARM représentent environ 50 000 cas par an en France, dont au moins 5 000 cas au sein de l'AP-HP et au moins 500 septicémies. Le taux de mortalité est de l'ordre de 20 % dans ce dernier cas, ce qui représente un total d'environ 100 décès. Un programme institutionnel BMR est en œuvre au sein de l'AP-HP depuis 1993.

Par ailleurs, la surveillance de la résistance aux antibiotiques fonctionne bien à l'AP-HP. A ce titre, M. JARLIER cite le réseau AP-HP de la collégiale de microbiologie créé il y a 12 ans, le réseau de surveillance des CHU français piloté depuis l'AP-HP et l'Observatoire national de la résistance aux antibiotiques, également piloté depuis l'AP-HP.

La situation continue de s'améliorer concernant les épidémies de SARM. En 1993, lors du lancement du programme de prévention, 39 % des staphylocoques dorés étaient multirésistants. Ce taux est tombé à 26 % en 2004. L'AP-HP a par conséquent atteint une diminution de 33 % en 10 ans. Le ministère de la santé ayant fixé un objectif de 25 % d'ici à 2008, M. JARLIER, s'interroge sur les capacités de l'AP-HP à atteindre cet objectif d'ici à 2008 car il craint que celle-ci ait déjà enregistré une bonne partie des progrès au cours des dernières années.

b. L'hygiène des mains

Avec le lavage traditionnel des mains (hygiénique ou antiseptique), les solutions hydro-alcooliques (SHA) constituent un moyen très efficace de désinfection des mains permettant de lutter contre les épidémies. La direction de la politique médicale a lancé une grande campagne sur ce thème en 2002 qui s'est avérée efficace, car la consommation de SHA est passée de 3 à 18 ml par journée d'hospitalisation entre 2000 et 2004. Le taux atteint correspond quasiment à l'objectif (20 ml) fixé par le ministère de la santé pour 2008. M. JARLIER relativise néanmoins ces bons résultats en précisant qu'une consommation de 18 ml ne correspond qu'à six utilisations par jour d'hospitalisation et il insiste sur la nécessité de maintenir les efforts dans ce domaine.

c. L'usage des antibiotiques

L'usage des antibiotiques constitue un élément clé. La lutte contre la transmission croisée commence à être efficace au sein de l'AP-HP, précise M. JARLIER, en revanche, la diminution de la pression de sélection doit être renforcée. Des commissions des antibiotiques et des protocoles ont déjà été mises en place dans la plupart des sites. L'objectif 2008, visant à la généralisation de ces dispositifs, est donc quasiment atteint mais celui portant sur le volume de consommation d'antibiotiques est loin de l'être. C'est pourquoi, en liaison avec la commission des antibiotiques, la direction de la politique médicale va lancer une campagne institutionnelle fondée sur une communication de type « grand public ». D'autres actions plus techniques consacrées à la manière d'utiliser les antibiotiques sont également envisagées par la commission des antibiotiques.

La mise en place des médecins référents antibiotiques, prévue par la circulaire de 2002, n'est pas achevée, observe M. JARLIER, seuls onze hôpitaux ont désigné le leur et deux lui ont attribué un temps médical. La marge de progression reste donc importante ; cet élément est désormais intégré dans le bilan annuel du CLIN annuel demandé à chaque hôpital.

La consommation des antibiotiques, un des indicateurs du tableau de bord ministériel, est difficile à surveiller dans les hôpitaux car elle est exprimée non pas en volumes ou dépenses, mais en doses définies journalières, compliquées à établir à l'échelle d'un service. Il faudra donc équiper les pharmacies d'un logiciel permettant de transformer les unités comptables livrées aux unités administratives et aux unités fonctionnelles en doses définies journalières. Pour ce faire, il convient de se fonder sur les expériences locales en cours afin de définir un logiciel commun.

3- La surveillance

Selon le texte de 2002, un point clé du programme correspond aux infections nosocomiales jouant un rôle d'alerte, susceptibles de démontrer certains dysfonctionnements :

- les infections particulièrement graves, engendrant des décès ;
- les infections de caractère particulier (bactéries rares ou émergents...) ;
- les épidémies ;
- les risques persistants.

Ce dispositif fonctionne bien, d'après M. JARLIER qui relève néanmoins quelques imperfections. Avant de citer les événements particulièrement marquants en 2004 en la matière, il fait état d'une centaine de signalements dont une douzaine d'événements marquants ayant requis de longues interventions de l'EOH du siège.

4- Les infections du site opératoire

Les infections du site opératoire font partie des objectifs quantifiés et du tableau de bord. 40 % des services de chirurgie étaient dotés d'un système de surveillance de leur infections du site opératoire en 2000 au sein de l'AP-HP. Ce taux est passé à 67 % en 2004. L'objectif du ministère de la santé est une couverture de surveillance de 100 % en 2008. Cependant, en raison de la difficulté à surveiller cet élément, il est facile de comprendre que 33 % des services n'ont pas encore mis en œuvre le dispositif. Le ministère a choisi de surveiller des actes traceurs qui ont été récemment défini par le CLIN de l'AP-HP, en s'inspirant de la liste du projet COMPAQ.

Afin de consolider les 67 % de services déjà dotés d'un système de surveillance et de parvenir au taux de 100 %, une aide devra être apportée aux chirurgiens afin de recueillir les informations relatives au dénominateur, soit le nombre de personnes opérées. Ce recueil nécessite de disposer d'un système d'informatisation des données prenant en compte cet élément et quelques caractéristiques des interventions.

5- Information aux patients

L'objectif du ministère de la santé est que l'ensemble des hôpitaux dispose d'un système d'information aux patients en 2008. Dès 2003, 90 % des hôpitaux de l'AP-HP incluent une information relative aux infections nosocomiales dans leur livret d'accueil qui pourrait néanmoins être développée.

6- La recherche

La recherche fait partie des cinq orientations du plan national. Elle couvre :

- la recherche clinique, car l'infection nosocomiale correspond à une démarche de prévention ;
- la recherche opérationnelle, car si les actions à mener sont connues, la difficulté réside en la mise en œuvre de mesures de prévention ;
- la recherche fondamentale, qui ne doit pas être négligée, et pour laquelle la collaboration entre les équipes de l'AP-HP et l'Institut Pasteur de Paris sera utile.

Il est proposé de flécher l'ensemble de ces thématiques sous le titre « infection nosocomiale » dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) régional.

7- Le tableau de bord

Le tableau de bord de cinq indicateurs constitue la nouveauté du programme national Il devra être fourni par chaque hôpital, et par l'AP-HP en tant qu'entité. Il comprend :

- trois indicateurs acquis : l'indicateur composite, correspondant à un sous-produit direct du bilan d'activité des CLIN ; les SHA et les SARM ;
- un indicateur à consolider : l'infection du site opératoire, déjà réalisé dans 67 % des sites ;
- un indicateur à mettre en place : la consommation des antibiotiques en doses définies journalières, pour lequel la société de pathologies infectieuses a mis au point un petit manuel, et dont la mise en place exigera un effort d'informatisation.

Dès 2004, le CLIN central a choisi d'intégrer ces cinq indicateurs dans les retours des bilans des CLIN transmis aux hôpitaux, afin que ces derniers s'habituent aux demandes du ministère.

S'agissant du système de surveillance des infections du site opératoire, la **directrice générale** demande si le logiciel mis en oeuvre au niveau des blocs opératoires de l'hôpital Henri Mondor permet de disposer des informations prenant en compte toutes les données utiles. **M. LEPAGE** répond que la prochaine version du logiciel, opérationnelle en septembre, permettra d'assurer cette fonction.

M. SCHLEMMER évoque la promotion de la qualité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles, devenue une obligation réglementaire pour les praticiens hospitaliers. Il lui semble donc important de lier ce thème de la lutte contre les infections nosocomiales et celui de la promotion du bon usage des antibiotiques à cette dimension d'évaluation des pratiques.

A ce titre, il retient la proposition de promouvoir la recherche dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales au sein du programme hospitalier de recherche clinique car à son sens, la mission d'un centre hospitalier universitaire consiste à aborder aussi ce sujet par la promotion de la recherche clinique.

Le **président** conclut qu'il convient de transmettre cette suggestion au niveau où s'élabore le PHRC.

V - Avis sur les comptes administratifs pour l'exercice 2004 (budget général, budgets annexes et budget d'investissement).

Ce point de l'ordre du jour est introduit par **M. GARNIER**. Il déclare que l'arrêté définitif des comptes de l'exercice 2004 confirme la bonne tenue des résultats financiers déjà annoncée. L'excédent d'exploitation, pour l'essentiel du à des économies conjoncturelles, a permis d'apurer une partie du report de charges.

A son tour **M. SCHAJER** procède à la présentation des éléments constitutifs du projet de compte administratif 2004.

L'exercice 2004 se caractérise par une amélioration générale des performances fondée sur une augmentation de 2,7 % de l'activité, une croissance des dépenses limitée à 1,4 % et une stabilité des effectifs à plus 0,7 %.

L'AP-HP termine l'exercice 2004 en équilibre financier.

Ce redressement est imputable à :

- la réalisation de la première tranche du plan équilibre soit :
 - 59 millions d'euros d'économies structurelles,
 - 808 emplois à temps plein de personnel non médical rendus,
 - 53 emplois à temps plein de praticiens attachés rendus,
 - seuls six hôpitaux réalisent moins de 80 % de leur objectif d'économie ;
- l'Etat a versé à l'AP-HP 70 millions d'euros de rebasage ;

- une progression des ressources favorables avec des recettes plus dynamiques que les dépenses mais la montée en puissance de la tarification à l'activité réduira les recettes tandis que le montant des crédits fléchés risque de diminuer et que le maintien du rythme d'évolution des dépenses semble peu probable ;
- des économies conjoncturelles de 70 millions d'euros notamment sur les charges de personnel en raison des vacances de postes malgré l'effort de recrutement ;
- l'équilibre résulte de l'utilisation des crédits disponibles, à hauteur de 64,5 millions d'euros à l'apurement anticipé du report de charges de 224 millions d'euros accumulé en fin d'année 2003. L'excédent en 2003 et 2004 de la dotation non affectée (résultant pour l'essentiel du produit des cessions d'actifs) est également consacré à cet apurement.

En conclusion, M. SCHAJER déclare que ces résultats satisfaisants ne garantissent pas le redressement financier durable de l'AP-HP et ne doivent pas masquer les contraintes budgétaires du plan stratégique. Ainsi, le maintien du plan équilibre étalé sur une année supplémentaire doit permettre d'absorber l'impact sur les recettes de la montée en puissance de la T2A. Dans le même temps, la réalisation des objectifs d'activité du plan stratégique conditionnera la capacité de l'institution à dégager des moyens nouveaux.

La CME approuve à l'unanimité des 38 votants le projet de compte administratif pour l'exercice 2004.

VI - Avis sur la décision modificative n° 1 de l'année 2005.

En raison du calendrier de préparation et d'adoption du budget primitif, explique M. SCHAJER, cette année la circulaire budgétaire de mi-campagne n'interviendra qu'à l'automne.

La décision modificative procède essentiellement à des opérations techniques.

1- L'affectation des résultats de l'exercice 2004.

Le résultat du budget annexe de la dotation non affectée s'élève à 118 millions d'euros provenant notamment de la cession de l'hôpital Broussais (20 millions d'euros), de terrains de l'hôpital Corentin Celton (35 millions d'euros), de la cession de l'hôpital Laennec (48 millions d'euros) ; il est affecté à la résorption du report de charges qui sera ainsi ramené à 17 millions d'euros.

La DM1 permet d'appliquer pour la dernière année le mécanisme de l'article R 714-3-49 III du code de la santé publique qui a pour objet de neutraliser les pertes des recettes de groupe 2. La compensation atteint 8 millions d'euros mais il s'agit d'une opération budgétaire neutre.

2- La mise à jour du tableau des emplois.

Elle est nécessitée par le transfert à l'AP-HP des personnels de l'association Claude Bernard qui a été dissoute.

3- Des ajustements au sein de la section d'investissement.

Ils concernent :

- une augmentation de 103 millions d'euros des crédits destinés au remboursement des emprunts ;
- une augmentation des crédits de paiement pour financer les immobilisations ;
- la prise en compte sur la base du compte administratif de l'excédent cumulé en 2004.

Au terme des présentations, le **président** observe que la bonne tenue des résultats ne dispense pas de se montrer vigilant pour l'année 2005. Il constate d'ailleurs que la Fédération hospitalière de France et plusieurs grands hôpitaux manifestent leur inquiétude vis-à-vis du faible taux d'augmentation du budget consacré aux hôpitaux, décidé par le gouvernement.

M. GARNIER rappelle avoir indiqué lors de sa présentation devant la CME du budget pour l'année 2005, les difficultés rencontrées par l'AP-HP pour trouver un accord avec la DHOS sur le cadrage final du budget. Cette dernière souhaitait appliquer à l'institution des règles techniques qui auraient entraîné un niveau insuffisant des recettes et donc un budget déficitaire.

Finalement l'AP-HP a obtenu, contre un effort de sa part, un complément budgétaire permettant de voter un budget à l'équilibre.

L'application de la T2A pèsera financièrement sur les CHU, aussi **M. SCHLEMMER** redoute que l'AP-HP ne pâtisse du fait de se conformer aux attentes de la tutelle tandis que des établissements déclarent leur incapacité à équilibrer leur budget.

M. GARNIER ne partage pas cette crainte, le système de la T2A s'appliquant de manière identique à tous les établissements de santé. De plus l'AP-HP a anticipé la démarche avec le plan équilibre et il déclare que l'ensemble des hôpitaux français s'inspire des dispositifs qu'elle a mis en place. En revanche dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), elle pourrait se trouver légèrement pénalisée. Aussi la direction générale s'emploie énergiquement à faire valoir les missions d'intérêt général couvertes par l'AP-HP afin d'obtenir, comme cette année et malgré la situation financière équilibrée, un bonus pour l'an prochain. Il pense enfin, que la crédibilité retrouvée de l'AP-HP, sa capacité à affronter ses problèmes de même que sa bonne gestion, constituent plutôt des éléments favorables. Puis à une question de **M. FAYE**, il répond que le taux d'endettement de l'institution s'élève à 18 % contre près de 30 % pour la moyenne des CHU.

La DM1 est adoptée à l'unanimité des 38 votants.

VII - Avis sur des fiches de missions et structure.

Avant de procéder à l'examen des fiches de missions et structure, **M. MADELENAT** explique les caractéristiques de la fiche type de pôle proposée par le groupe des structure (cf. document mis en ligne sur le site de la CME).

Conformément aux souhaits du groupe, le projet presque définitif, se base sur la description des éléments relatifs à la logique du regroupement et de la valeur ajoutée attendue du pôle ainsi que sur la description précise des activités du pôle au moment de sa constitution.

La fiche de pôle comprend trois tableaux : un pour décrire l'organisation en pôles de l'hôpital, un autre pour les éléments d'analyse qualitative de l'activité du pôle au moment de sa constitution et un dernier pour les éléments d'analyse quantitative.

L'orateur signale qu'un point d'étape sera réalisé après l'étude par le groupe des structures d'une dizaine de projets élaborés sur la base de cette fiche afin d'opérer les améliorations nécessaires.

A) Fiches de missions et de structure avec débat.

GHU ouest

Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Modification du service d'accueil des urgences en service d'accueil et de traitement des urgences, sur le site de Cochin, suite au départ du chef de service le 1^{er} septembre 2002, avec suppression de l'unité fonctionnelle d'urgences médicales rattachée à l'ex service de médecine interne 2.*
- *Création d'une unité fonctionnelle d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques sur le site de Saint Vincent de Paul rattachée au service de pédiatrie générale (Pr Gendrel), du site Saint Vincent de Paul.*

Le service d'accueil des urgences du groupe hospitalier couvrait l'accueil des urgences adultes et des urgences pédiatriques. Il a semblé logique de dissocier ces deux activités.

B) Fiches de missions et de structure sans débat.

Inter-GHU est-ouest

Armand Trousseau – Cochin-Saint Vincent de Paul :

- *Modification du service de neuropédiatrie - pathologie du développement du site Armand Trousseau, par intégration d'activités en provenance de Saint Vincent de Paul avec 6 unités fonctionnelles (dont deux déjà créées).*
- *Suppression simultanée du service de pédiatrie A du site Saint Vincent de Paul (Pr Ponsot).*

GHU ouest

Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Modification du service de dermatologie en service de dermatologie et vénéréologie suite au départ à la retraite du Pr Escande le 1^{er} septembre 2003.*

GHU est

Pitié - Salpêtrière :

- *Création d'un département de santé publique avec quatre unités fonctionnelles :*
 - *UF santé publique ;*
 - *UF ECIMUD ;*
 - *UF biostatistiques (déjà créée) ;*
 - *UF de médicalisation du système d'information.*

Tenon :

- *Création d'un département de santé publique avec quatre unités fonctionnelles :*
 - *UF-1 « Epidémiologie en santé périnatale et santé des femmes » ;*
 - *UF-2 « Epidémiologie des cancers et des maladies chroniques » ;*
 - *UF-3 « Evaluation, qualité et prospective » ;*
 - *UF-4 « Sécurité sanitaire ».*

GHU nord

Beaujon :

- *Création d'un service de chirurgie colorectale par transfert partiel de Bichat.*

Bichat :

- *Modification du service de chirurgie générale A en service de chirurgie générale et digestive suite au transfert partiel de l'activité du service de chirurgie générale B supprimé.*

Quoique classées dans la rubrique sans débat, ces deux dernières fiches méritent de s'y attarder, souligne M. MADELENAT. En effet, en raison de la faiblesse des effectifs, la garde quotidienne de chirurgie générale sera assurée à l'hôpital Bichat par les équipes des deux hôpitaux. Or, des exemples démontrant des difficultés de fonctionnement en présence de ce type d'organisation, le groupe des structures a requis des modifications et des précisions afin d'éviter l'apparition de problèmes relationnels.

- *Modification du service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire A en service de chirurgie cardiaque et vasculaire.*
- *Suppression du service de chirurgie cardio-vasculaire B.*
- *Suppression de la FGC de chirurgie cardio-vasculaire.*

La fusion des deux services de chirurgie cardiaque, observe le rapporteur, compte parmi les restructurations satisfaisantes.

Par ailleurs, il souhaite attirer l'attention de l'instance et du directeur de la politique médicale sur la demande examinée en groupe des structures, de partition du service de microbiologie-virologie de l'hôpital Henri Mondor motivée en réalité par un problème d'hommes. Consentir à cette scission risquerait de nourrir d'autres demandes et dans d'autres disciplines.

M. NAVARRO partage cette inquiétude suscitée par une logique contraire à la mutualisation des moyens dans le cadre de la création des pôles et **M. SCHLEMMER** se rallie à la position du groupe des structures pour les mêmes motifs.

Pour **M. BERNAUDIN** cette demande se justifie par la différence de métiers des virologues et bactériologues et pour **M. LEGRAND** par les difficultés rencontrées au sein du GHU sud pour restructurer la microbiologie, d'autant plus que le responsable de la virologie de l'hôpital Henri Mondor est le seul PU-PH de la discipline qui, bien que reconnu comme référent, n'a pas la responsabilité d'un service.

Le **président** observe que l'occasion sera donnée à la CME d'évoquer à nouveau ce sujet avant de mettre aux voix les fiches de missions et structure qui reçoivent l'aval unanime des 39 votants.

VIII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME adopte le contrat et le renouvellement d'activité libérale présentés par **M. ANTONINI**, par 20 voix pour, 2 voix contre et 16 abstentions.

IX - Désignation des membres de la commission centrale d'activité libérale et des commissions locales.

La liste, jointe en annexe, des représentants désignés par la CME dans la commission centrale d'activité libérale et dans les commissions locales est acceptée par l'instance.

M. BERNAUDIN souhaiterait disposer d'un rapport qualitatif et quantitatif de l'activité libérale à l'AP-HP ainsi que de l'activité des médecins de l'AP-HP en relation avec l'industrie pharmaceutique.

Il est possible, intervient **M. de PROST**, de diffuser le rapport rédigé pour le compte du conseil d'administration et pour lequel le président suppléant du conseil a demandé des précisions sur certains points litigieux.

M. NAVARRO fait connaître que **M. BOISSIN**, président de la commission centrale d'activité libérale et membre du conseil d'administration, s'est saisi de la problématique relative aux honoraires issus de la recherche médicale. En effet, les conventions d'honoraires signées entre l'industrie pharmaceutique et les praticiens hospitaliers exerçant cette activité parviennent au conseil de l'ordre des médecins mais non à l'administration hospitalière, la législation ne précisant pas laquelle des deux parties doit l'informer.

L'activité liée à l'expertise dans l'industrie pharmaceutique est totalement différente de l'activité libérale à l'hôpital, remarque **M. FAYE** qui adhère à l'idée d'un éclairage sur la première. La seconde correspond à un droit statutaire régi et codifié par voie réglementaire.

X - Approbation du compte-rendu de la séance du 10 mai 2005.

Ce compte-rendu est approuvé sans observation.

XI - Question diverse.

- La conversion des postes de praticiens attachés en postes de praticiens hospitaliers.

Suite à la revalorisation du statut de praticien attaché, cette conversion notamment dans le cadre de la révision des effectifs, représentera vingt et une demi-journées, soit un niveau légèrement inférieur à celui de 2005 informe **M. ANTONINI**.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 20.

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

Mardi 5 juillet 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 22 juin 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.