DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

****

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 10 JANVIER 2012

APPROUVE LORS DE LA SEANCE DU 14 FEVRIER 2012

SOMMAIRE

I. Election du Président 5

II. Election du vice-président 8

III. Désignation des deux membres participant au conseil de surveillance 10

IV. Désignation des représentants du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (deux membres titulaires et deux suppléants) 11

V. Désignation du représentant au comité technique central d'établissement (un membre) 11

VI. Election des Présidents et Vice-Présidents des sous-commissions 12

ORDRE DU JOUR

1. Election du Président

2. Election du Vice-président

3. Désignation des 2 membres participant au Conseil de surveillance

4. Désignation des représentants au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (2 membres titulaires et 2 suppléants)

5. Désignation du représentant au Comité Technique Central d'Etablissement (1 membre)

6. Election des Présidents et Vice-présidents des sous commissions :
    - Structures
    - Temps et effectifs médicaux
    - Stratégie, innovation, recherche, université
    - Activité, ressources
    - Développement professionnel continu médical
    - Vie hospitalière

- **<u>Assistent à la séance</u>**

- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme FAUGERE, directrice générale,
  - Mme RICOMES, Secrétaire générale,
  - M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,

  - M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
  - M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
  - M. HUBIN, direction de la politique médicale,

La séance est ouverte à 8 heures 40.

La séance est ouverte sous la présidence de **M. PETIT**, doyen d'âge de la commission médicale d'établissement dans sa nouvelle formation qui compte 79 membres avec voix délibérative et une dizaine de membres avec voix consultative.

Il adresse aux membres de la CME ses meilleurs vœux pour l'année 2012, en leur souhaitant un travail efficace pendant ce mandat.

La Directrice générale se déclare heureuse et fière d'ouvrir la première séance de la nouvelle CME de l'AP-HP. Cette séance est consacrée en particulier à l'élection du président et du vice-président de la CME. Son rôle est de garantir que le processus électoral se déroule dans les meilleures conditions.

La Directrice générale tient par ailleurs à saluer l'engagement et l'esprit de responsabilité de l'ensemble des acteurs ayant participé aux évolutions de l'année 2011 marquée par la réorganisation de l'AP-HP en pôles, la nomination des chefs de pôle, le renouvellement des instances : CME centrale et les élections aux CMEL correspondant aux douze groupes hospitaliers, le renouvellement des CCM. Elle souhaite la bienvenue à l'ensemble des membres de la nouvelle CME, auxquels elle présente ses meilleurs vœux.

Enfin, la Directrice générale réaffirme l'intérêt constant que porte la direction générale de l'AP-HP aux travaux et réflexions de la CME. Elle se déclare attachée à une collaboration intense entre la CME, la DPM et le directoire. A l'aube de cette nouvelle mandature, elle rappelle son attachement à une gouvernance équilibrée qui s'inscrive dans un esprit de dialogue et se réjouit par avance de la qualité du travail qui sera mené au sein de cette instance.

I. Election du Président

M. PETIT indique que peuvent être candidats à la présidence de la CME les praticiens hospitalo-universitaires titulaires siégeant à la CME issus du collège 2. Il existe deux incompatibilités : ni les représentants des chefs de pôle ni les présidents de CMEL ne peuvent être élus à la présidence de la CME. Le mode d'élection est un scrutin uninominal secret à la majorité absolue. Si la majorité absolue n'est pas atteinte aux deux premiers tours, il est procédé à un troisième tour, à l'issu duquel la majorité relative suffit. Votent l'ensemble des 79 membres avec voix délibérative.

En accord avec les candidats connus à la présidence de la CME, M. CAPRON et M. CORIAT, le Président indique que la campagne électorale est terminée. En conséquence, seuls les candidats sont appelés à prendre la parole, selon le tirage au sort.

M. CORIAT prononce le discours suivant à l'appui de sa candidature :

« Ma motivation pour un second mandat repose sur une conviction profonde, un projet et un pari.

Ma conviction profonde est que la CME doit garder une dimension institutionnelle forte pour représenter et porter la logique et l'action médicale. Il en va de l'avenir de l'institution et de nos projets. Si nous sommes unis et responsables, la CME pourra remplir son rôle d'élaboration et de pilotage d'un projet médical à dix ans pour transformer l'institution en édifice viable et pérenne, quels que soit l'impact de la crise ou du tout économique. Si nous sommes unis et responsables, la

CME pourra moderniser son offre de soins pour demeurer l'opérateur, l'animateur et l'acteur incontournable des activités de soins, d'enseignement et de recherche en France. Si nous sommes unis et responsables, la CME restera le levier unique d'une communauté médicale cherchant à peser sur la direction générale, l'ARS et les pouvoirs publics.

La détermination et la médicalisation du discours de la CME sont essentielles pour se détourner d'une gestion comptable élaborée dans l'immédiateté des EPRD 2011/2012 et 2013, pour éviter que la restructuration de l'AP-HP ne soit un plan d'économie à la moyenne et n'obéisse qu'à des règles budgétaires, pour dégager des marges de manœuvre pour améliorer les conditions de travail de la communauté soignante et pour éviter la tendance centripète des restructurations lorsqu'elles ne sont pas médicalement dirigées. Cette tendance conduit à une offre de soins inadaptée à la demande et éloignée des besoins des soins de proximité, réduisant de fait l'accès aux soins.

Qu'est-ce qui n'a pas bien fonctionné et qu'en connaissance de cause nous devons améliorer ?Nous devons améliorer notre mode de fonctionnement, à l'issue de la réforme HPST qui a modifié les règles de jeu. Le contingent médical du conseil exécutif a joué un rôle déterminant dans l'élaboration du projet médical du plan stratégique, validé à l'unanimité par la CME. L'entrée en vigueur de la loi HPST a entraîné la suppression du conseil exécutif, sans que nous ayons la possibilité de mettre en place une instance alternative de réflexion stratégique. Cette loi a également entraîné la prolongation inattendue du mandat de la CME, ce qui ne nous a pas permis d'avoir la maîtrise du projet médical de l'institution. La position de la CME auprès des tutelles s'en est trouvée affaiblie. Il importe donc de revoir notre méthodologie.

Mon projet, c'est une ambition commune ! Dès la mise en place de la CME, nous devons nous réapproprier le projet médical de l'institution et le décliner dans le cadre d'une vision partagée. Il doit être piloté et amendé dans le cadre de cette vision. L'objectif n'est pas seulement 2014, mais une AP-HP 2020 adaptée aux progrès de la médecine et à l'évolution des exercices médicaux. Une stratégie médicale de haut niveau prend obligatoirement en compte la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en lien avec l'Université et les institutions de recherche. La CME doit rester le centre de convergence des projets médicaux élaborés au sein des GH et des pôles. Elle doit rester un conseil où s'élaborent, en synthèse, les grandes orientations stratégiques à court, moyen et long terme.

Pour garantir cette action, je propose une nouvelle expression de cette dimension stratégique dans la création d'un conseil stratégique de dix membres, dont le président siègera au directoire pour en porter les avis. Si vous me suivez, je demanderai à la Direction Générale un véritable contrat de mandature qui définira les conditions de mise en œuvre des projets médicaux validés par la CME réunie qui prévoira les modalités de fonctionnement de ce conseil stratégique.

Par ailleurs, la CME doit garder la place incontournable qu'elle a gagnée dans les processus de décision médicale de l'institution. En particulier, elle doit rester garante d'une organisation médicale déclinée dans des structures hospitalières et universitaires cohérentes.

L'évolution de l'offre de soins, l'amélioration des filières de prise en charge, le progrès médical et l'innovation thérapeutique vont conduire à revoir le contour et l'organisation de certaines structures médicales. Ce rôle sera dévolu à une commission de l'organisation médicale, qui remplacera l'ancienne commission des structures.

Maîtriser la gestion des ressources humaines médicales et non médicales est un des impératifs du pilotage cohérent d'un projet médical. La méthodologie avec laquelle la révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers a été réalisée sera poursuivie. C'est parce que nous avons utilisé une analyse médicalisée de la pertinence des demandes de postes de praticiens hospitaliers que nous avons mené avec succès cinq révisions des effectifs de postes de praticiens hospitaliers.

Une commission sera en charge de l'organisation du personnel soignant, pour anticiper et accompagner l'évolution des métiers soignants, améliorer l'attractivité de notre institution et faire des propositions pour valoriser les métiers du bloc opératoire et des plateaux techniques.

La dimension politique de cette nouvelle CME fera sa force et devra s'appuyer sur la médicalisation de son discours, la référence à un projet validé et la responsabilité de tous ses membres. L'implication de l'ensemble de la communauté médicale est indispensable pour mettre en œuvre les réorganisations et élaborer des projets médicaux dynamiques au sein des hôpitaux qui connaissent des mutations d'activités médico-chirurgicales.

Ainsi légitimés et prenant en compte la juste utilisation des moyens disponibles, nos projets seront présentés à la Direction générale de l'AP-HP et à l'ARS. C'est par l'union et la référence aux exigences de la médecine moderne que nous pourrons peser sur les décisions.

Il faudra par ailleurs fixer les conditions de réussite du projet et déterminer de façon collective jusqu'où nous sommes prêts à aller si nous n'obtenons pas satisfaction ou si les règles du jeu, en particulier l'allocation financière, se modifient de façon défavorable en cours de mandature.

Le contrat de mandature définira les conditions de mise en œuvre des projets médicaux établis par la communauté médicale réunie. En effet, l'incontournable réorganisation passe par la modernisation de nos structures, c'est-à-dire par l'investissement et un financement équitable de nos activités.

Il existe à l'hôpital plusieurs sources de légitimité : celles de l'Etat, des collectivités locales, de l'assurance maladie, des usagers, des institutions et la légitimité non moins importante des savoirs (médicaux, cliniques, de santé publique…), la nôtre.

La communauté médicale peut donner une légitimité nouvelle à son organisation. C'est à cette conquête, basée sur la référence à un projet médical partagé et renforcé par une méthodologie nouvelle que je vous invite dans ce pari positif : celui que nous proposerons, ensemble, avec ce nouveau mode de fonctionnement. »

M. CAPRON prononce le discours suivant à l'appui de sa candidature :

« Mon projet repose sur deux objectifs et trois méthodes. Mon objectif est de préserver un service hospitalier public solide dans un contexte social et économique qui va le rendre encore plus vital et salutaire pour la population. Il est également de préserver l'AP-HP unie, hospitalière et universitaire, dans et hors les murs de Paris, en harmonie avec les autres établissements qui partagent ses missions.

Pour cela, il nous faut adapter nos structures à celles d'un établissement moderne capable de répondre aux exigences techniques et économiques de notre temps pour continuer à être un puissant moteur du progrès médical en France. Il nous faut également trouver un fonctionnement

harmonieux de la CME centrale et des CME locales pour que l'application intégrale de la nouvelle gouvernance, telle que la loi HPST l'a établie, tienne pleinement compte de la pensée médicale. Enfin, il nous faut changer d'équipe pour ajuster nos modes de fonctionnement à ce nouveau contexte et insuffler un esprit différent de la présidence sortante.

Les trois méthodes que je vous propose reposent sur trois mots clés : concertation, transparence et fidélité aux engagements pris. La concertation, parce que rien ne peut se construire sans une CME à l'écoute du terrain et des spécialités ; les décisions prises en petit comité ont suffisamment montré leurs limites pour que nous ne persistions pas dans cette manière d'échouer pour rester immobiles. Bien présider la CME, c'est d'abord et avant tout partager et entendre. Transparence : seul élu de la CME à avoir jamais, régulièrement et largement, diffusé des nouvelles sur ses réunions mensuelles, je veillerai à ce qu'elle se dote d'un système d'information à la hauteur de ses missions collectives. Fidélité aux engagements pris : une fois que la CME aura fixé un cap, nous devrons le tenir tous ensemble et refuser de le modifier sans avoir rouvert le débat.

J'ai directement échangé avec la plupart d'entre vous sur l'organisation de la CME qui nous aidera à mener ce projet à bien. Si vous m'honorez de votre confiance, je considérerai ma présidence comme incompatible avec mon actuelle chefferie de service : j'en démissionnerai pour mettre mon temps au service de nos intérêts communs et pour recouvrir l'indépendance d'esprit que vous êtes en droit d'attendre de moi. »

Deux scrutateurs sont désignés par tirage au sort pour assister aux opérations de dépouillement : Mme GAUSSEM et M. ARTIGOU.

Il est procédé à l'élection du président de la CME par scrutin uninominal secret à la majorité absolue. A l'issue du vote, sur 79 votants, sont comptabilisés 78 votes exprimés et 1 bulletin nul. La majorité absolue est fixée à 40 voix favorables. La candidature de M. CORIAT recueille 34 voix favorables et celle de M. CAPRON recueille 44 voix favorables.

M. CAPRON est élu président de la CME.

M. CAPRON remercie la CME pour sa confiance et mesure le poids des responsabilités qui lui incombent. Il tient à saluer l'efficacité et la pugnacité de M. CORIAT à la présidence de la précédente CME, dans un contexte difficile, avec la bonne humeur qui lui est propre. Il retiendra de sa présidence sa manière remarquable de mener les révisions des effectifs de praticiens hospitaliers.

M. CORIAT s'engage à mettre son expérience à la disposition de M. CAPRON, pour un passage de pouvoir harmonieux et efficace, et lui souhaite bonne chance dans l'exercice de ses fonctions.

II. Election du vice-président

Le Président Capron souligne l'importance du poste de vice-président de la CME. Celui-ci doit être élu parmi les membres praticiens hospitaliers titulaires siégeant à la CME, par scrutin uninominal secret à deux tours, à la majorité absolue. Le vice-président assiste le président et le remplace en cas de défaillance temporaire. En cas de défaillance définitive, il est procédé à une nouvelle élection pour la présidence de la CME.

M. SEBBANE se porte candidat à la vice-présidence de la CME.

A l'appui de sa candidature, **M. SEBBANE** souligne l'ouverture d'une ère nouvelle : pour la première fois, la composante hospitalo-universitaire, dans une responsabilité de présidence, et la composante hospitalière, dans une responsabilité de vice-présidence, vont former un binôme fonctionnel pour conduire la CME de l'AP-HP, CHRU d'Île-de-France.

L'AP-HP est actuellement confrontée à des enjeux majeurs et à des échéances proches, dans le contexte d'une loi HPST qui renforce le rôle de l'ARS et modifie le rapport entre les communautés médicales et leur administration. M. SEBBANE souligne ainsi l'importance d'une CME aux membres actifs, qui partagent l'information, prennent des décisions de façon transparente et concertée et œuvrent pour l'adhésion optimale de la communauté médico-soignante aux évolutions nécessaires de l'Institution.

Dans ce contexte, les thématiques prioritaires se déclinent selon trois axes majeurs, dont le premier est le maintien de l'unicité de l'AP-HP de Paris, premier CHRU national et symbole fort du service public hospitalier dans une territorialité francilienne. L'AP-HP ne doit pas se résumer aux hôpitaux intra-muros et les hôpitaux extra-muros doivent être entendus et défendus au même titre que les hôpitaux parisiens. Le second axe majeur est la défense du service public hospitalier de proximité et de l'accès aux soins. Le troisième axe majeur est l'affirmation de la dimension académique de l'AP-HP, avec une coopération totale des dimensions hospitalières et hospitalo-universitaires. La CME doit être écoutée et participer de façon responsable, en lien avec la Direction de la Politique Médicale, aux décisions et à la mise en œuvre d'une véritable politique au sein de l'AP-HP. Parmi les enjeux actuels et à venir, M. SEBBANE cite le polyhandicap, la précarité sociale, les personnes âgées, les soins de proximité, de recours et de référence, la préservation des postes soignants auprès du patient et sur le plan académique, l'établissement d'un lien fort avec les doyens.

M. SEBBANE présente sa candidature fort de son expérience professionnelle et institutionnelle, de son implantation locale et de sa participation au bureau de l'UFR de Paris 13 depuis six ans. Il présente également sa candidature au titre de PH, de sa légitimité acquise suite au scrutin de la CME, de son exercice à l'hôpital Avicenne situé extra muros, ce qui donne du sens aux valeurs qu'il défend, à savoir l'unicité de l'AP-HP et le développement d'un service public hospitalier au service du patient. Enfin, M. SEBBANE s'engage à travailler dans une entière loyauté avec le président de la CME, en prenant toute sa place dans les actions initiées et mises en œuvre et en plaçant sa motivation, son implication et son énergie au service de l'ensemble de la communauté médicale.

Il est procédé à l'élection du vice-président de la CME par scrutin uninominal secret à deux tours. Sur 79 votes, sont recensés 10 bulletins nuls et 69 votes exprimés, la majorité absolue est fixée à 3, la candidature de M. SEBBANE recueille 69 voix favorables.

M. SEBBANE est élu vice-président de la CME.

M. CAPRON remercie M. SEBBANE d'avoir accepté ces fonctions.

M. SEBBANE accueille la confiance que lui témoigne la CME avec reconnaissance et sens des responsabilités. Il assurera ses engagements et prérogatives, au service des actions et décisions qui seront portées collectivement par la CME, sous la responsabilité de son Président. Il tient à rendre hommage à M. AIGRAIN, précédent Vice-Président, qui a su piloter la CME avec le Président Coriat dans un contexte difficile.

III. Désignation des deux membres participant au conseil de surveillance

Le Président Capron rappelle que le Conseil de Surveillance se compose de quinze membres, dont deux représentants de la CME, des représentants des élus locaux d'Ile-de-France, le directeur de l'ARS, le président de la Région Île-de-France, cinq personnalités qualifiées, dont le président du conseil de surveillance, M. BRIET, deux représentants des usagers, deux représentants des organisations syndicales et un représentant du personnel paramédical élu par la Commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques conformément à la réglementation. Le Président insiste sur le fait que le Conseil de Surveillance est l'interface de la CME avec la ville. Des messages peuvent être transmis dans ce réceptacle politique. Jusqu'à présent, les deux représentants de la CME au Conseil de Surveillance étaient un PH, M. FAYE, et un PU-PH, M. CAPRON, qui renonce à ce mandat suite à son élection à la présidence de la CME.

M. DUPONT précise que les mandats tombent avec l'élection de la nouvelle CME, ce qui conduit à désigner deux nouveaux membres participant au Conseil de Surveillance.

M. FAYE soumet le renouvellement de son mandat au suffrage des membres de la CME.

M. LYON-CAEN insiste sur le rôle critique que jouent les représentants de la CME au sein du Conseil de Surveillance. Il est arrivé que des décisions soient prises à une voix près. C'est donc une position politique. Il recommande par ailleurs de veiller à l'équilibre des représentations. Jusqu'à présent, les représentations universitaires ont été en retrait. Or dans le contexte actuel, la voix des universités est importante.

Le Président recommande également d'équilibrer la représentation de la CME au Conseil de Surveillance et sollicite les candidatures de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires.

M. UZAN souligne qu'à chaque fois que le législateur a voulu imposer une représentation par catégories, il l'a précisé dans le texte. L'absence de précision signifie que l'ensemble de la CME doit se prononcer sur deux représentants sans pour autant flécher les candidatures sur une catégorie.

M. FAYE (PH), M. COUDERC (PH), M. GRANGER (PU-PH) et M. RICHARD (PU-PH) se portent candidats.

M. COUDERC, PH à l'hôpital Trousseau et chef du service biochimie, considère que la partie PH doit être représentée au Conseil de Surveillance. C'est une fonction dont il mesure l'importance et qu'il assurera avec la pugnacité nécessaire pour défendre l'Institution avec le soutien de la CME.

M. FAYE propose sa candidature à un deuxième mandat dans la mesure où il a su prendre sa place au Conseil de Surveillance depuis sa nomination en 2010, fort de son expérience et d'une légitimité de terrain qui se fonde sur l'activité d'un PH chirurgien orientée sur les urgences. Cette voix du terrain est importante pour faire percevoir à l'ensemble des parties prenantes la façon dont l'hôpital travaille et les points de convergence à développer. C'est avec une loyauté indéfectible au président de la CME et à la parole de cette instance dans ses deux composantes hospitalière et universitaire qu'il présente sa candidature.

M. GRANGER présente sa candidature au Conseil de Surveillance, précisant qu'il le fait à la demande de M. CAPRON. Il s'engage à exprimer les points de vue de la CME avec fermeté, transparence et loyauté. Il ajoute qu'il ne s'y exprimera pas comme le représentant d'une discipline,

d'un hôpital, ou d'une faculté, mais comme celui de la CME tout entière. Dans le droit fil des actions déjà menées, M. GRANGER défendra l'intérêt des patients et son corollaire, l'outil de travail des équipes soignantes, lourdement menacé. Il est animé par les valeurs humanistes et démocratiques qui unissent les membres de la CME, au-delà de leurs divergences apparentes.

M. RICHARD, chef de service réanimation médicale à l'hôpital de Bicêtre, appartient au groupe hospitalier universitaire Paris Sud. L'un de ses objectifs est de représenter une AP-HP francilienne. Le Conseil de Surveillance a pour mission de s'intéresser au plan stratégique et donc au projet médical, aux investissements, à la qualité et à la sécurité des soins, ce qui renvoie aux missions centrales de la CME. Il se déclare convaincu de la possibilité, à partir d'un travail collégial en amont, de défendre au Conseil de Surveillance des positions claires partagées par l'ensemble de la CME.

Il est procédé à un vote à bulletin secrets. A l'issue du vote, sur 79 inscrits et 79 votants, aucun bulletin nul n'est recensé et 79 votes sont exprimés. La candidature de M. COUDERC recueille 25 voix favorables, celle de M. FAYE 42 voix favorables, celle de M. GRANGER 31 voix favorables et celle de M. RICHARD 38 voix favorables.

M. FAYE et M. RICHARD sont désignés membres de la CME participant au Conseil de Surveillance.

IV. Désignation des représentants du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (deux membres titulaires et deux suppléants)

Le Président rappelle que le CHSCT assure la coordination des instances locales, examine les rapports des CHSCT locaux et suggère des actions correctrices aux conditions de travail jugées insatisfaisantes. Il comprend deux représentants titulaires et deux représentants suppléants des médecins, pharmaciens ou odontologistes.

Se portent candidats M. DASSIER et M. GRANGER.

M. DASSIER et M. GRANGER sont désignés représentants titulaires de la CME au CHSCT. Les suppléants seront désignés si besoin.

V. Désignation du représentant au Comité Technique Central d'Etablissement (un membre)

Le Président indique que les missions principales du Comité Technique Central d'Etablissement sont l'organisation interne de l'AP-HP, les conditions et l'organisation du travail, la politique générale de formation des personnels, la politique sociale, le projet d'établissement, les conventions des centres hospitaliers et universitaires et le compte financier. L'ensemble du personnel de l'AP-HP y est représenté.

M. HENRY et Mme GERVAIS se portent candidats au Comité Technique Central d'Etablissement.

Mme GERVAIS, en tant que PH nouvellement élue, souhaite marquer le renouvellement par sa candidature. Soulignant par ailleurs l'importance du rapport avec les personnels paramédicaux, de même que celle des compétences du CTE central, elle s'engage à faire circuler l'information afin de favoriser la transparence dans le fonctionnement de l'instance.

M. HENRY, en tant que PH et chef de pôle, considère qu'il est important que la communauté médicale soit représentée au CTCE, dans la perspective des difficultés financières à venir.

Sur 79 inscrits et 78 votants, 2 bulletins nuls et 5 bulletins blancs sont comptabilisés. 71 votes sont exprimés. La candidature de Mme GERVAIS recueille 32 voix favorables et celle de M. HENRY recueille 39 voix favorables.

M. HENRY est désigné représentant au comité technique central d'établissement.

VI. Election des Présidents et Vice-Présidents des sous-commissions

M. CAPRON propose de reporter l'élection des présidents et vice-présidents à une CME extraordinaire le 17 janvier 2011, afin de prendre le temps d'une réflexion de fonds sur le fonctionnement d'une instance, dont il importe qu'elle soit équilibrée et unie.

La séance est levée à 11 heures 30.

*

* *

Une réunion exceptionnelle de la commission médicale d'établissement est fixée au :

Mardi 17 Janvier 2011 à 8 heures 30