

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 11 OCTOBRE 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 NOVEMBRE 2005**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 11 octobre 2005

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur la présence d'un pédiatre en qualité d'invité permanent à la CME.
- 2- Avis sur la décision modificative n° 2 pour l'année 2005.
- 3- Pilotage de l'activité.
- 4- Mise en place de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP : premiers éléments des travaux du conseil exécutif réuni en séminaire les 9 et 10 septembre 2005.
  - Procédures de l'organisation en pôles et de la nomination du responsable de pôle.
  - Tableaux de bord : pôle, hôpital, AP-HP.
- 5- Préparation et mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux à l'AP-HP.
- 6- Avis sur l'adhésion de l'AP-HP au groupement de coopération Union des hôpitaux pour les achats (UNI.H.A.).
- 7- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 8- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2006.
- 9- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie au titre de l'année 2006.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 septembre 2005.
- 11- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la demande de prolongation d'activité de deux praticiens hospitaliers.

### **Composition B**

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*

- 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'invités permanents :*

- M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
- M. le Pr BERCHE, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*

- Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
- Mme PANNIER, directrice de cabinet,
- 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 universitaire sud,
- 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,
- Mme le Dr FERY-LEMONNIER, direction de la politique médicale,
- M. MARAVAL, directeur de l'approvisionnement central hôtelier et alimentaire,
- M. PINSON, direction générale,
- 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. DRU, FAYE, HAUSFATER et LACAU ST GUILY. Avant d'aborder les thèmes inscrits à l'ordre du jour, il souhaite la bienvenue à M. BERCHE, doyen de la faculté Paris V, invité permanent de la commission médicale d'établissement et à M. HAUSFATER, praticien hospitalier aux urgences du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, lesquels succèdent respectivement à M. DESMONTS qui a fait valoir ses droits à la retraite et à Mme ABADIE nommée PU-PH.

#### **I - Avis sur la présence d'un pédiatre en qualité d'invité permanent à la CME.**

Avec le départ de Mme ABADIE, les pédiatres ne sont plus représentés au sein de l'assemblée. Aussi le **président** propose qu'un pédiatre siège à la CME au titre d'invité permanent pour s'exprimer sur les sujets portant sur cette spécialité.

Il soumettra cette proposition à la collégiale concernée afin qu'elle désigne un représentant.

Les membres de la CME approuvent à l'unanimité des 36 votants la présence d'un pédiatre en qualité d'invité permanent à la CME.

#### **II - Avis sur la décision modificative n° 2 pour l'année 2005.**

**M. SCHAJER** indique que la décision modificative n° 2 qui sera soumise après la CME au conseil d'administration, porte essentiellement sur des éléments techniques.

Elle a pour objet :

- de traduire les mesures de la circulaire budgétaire émise par le ministère le 26 juillet 2005 ;
- d'intégrer différentes mesures ponctuelles ;
- d'ajuster les dotations budgétaires et les tarifs afin de tenir compte du financement de ces mesures ;
- de réaliser des virements demandés par les hôpitaux ;
- de mettre à jour le tableau des emplois ;
- d'opérer des ajustements au sein de la section d'investissement.

*a) Les modifications apportées à la section d'exploitation correspondent :*

- à l'attribution de crédits résultant de mesures générales prises par le gouvernement concernant la rémunération de la fonction publique : 20 millions d'euros ;
- à la subvention en exploitation relative au plan hôpital 2007 pour accompagner l'impact des investissements : 3,4 millions d'euros ;
- à la subvention du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en matière de formation versée chaque année : 2,4 millions d'euros ;

- au remboursement de l'acquisition par l'agence générale des équipements et des produits de santé (AGEPS) de matériels anti-grippe aviaire : 2,2 millions d'euros ;
- à l'augmentation des crédits du groupe 2 : 15 millions d'euros, résultant d'une augmentation des prévisions de dépenses relatives aux molécules onéreuses, financées en sus des tarifs.

*b) Le budget reste équilibré avec une augmentation des recettes des 3 groupes de :*

- 34,7 millions d'euros pour le groupe 1 ; 4,4 millions d'euros pour le groupe 2 et 4,6 millions d'euros pour le groupe 3.

*c) Un certain nombre de mesures se traduisent par des créations d'emplois :*

- 87 emplois liés au plan de santé publique 2005 ;
- 12 emplois au titre des maladies rares ;
- 5 emplois pour le schéma cible en renforcement des équipes du siège ;
- 26 emplois gagés par des recettes subsidiaires ;
- 14 emplois au sein du service central des blanchisseries afin de ré-internaliser la maintenance des équipements.

*c) La DM2 comprend des ajustements au sein de la section d'investissement :*

- la régularisation de l'imputation d'un remboursement d'emprunt réalisé en 2004 ;
- l'ajustement des prévisions de dépenses d'investissement de 10 millions d'euros, correspondent à l'accélération des dépenses prévues au titre du plan stratégique ;
- les autorisations de programmes progressent également de 15 millions d'euros afin de poursuivre cette tendance début 2006.

A l'issue de l'exposé le **président** ouvre le débat.

**Mme BOILEAU** évoque les crédits fléchés annuels alloués au soutien des laboratoires réalisant des analyses génétiques relatives aux maladies héréditaires. Ceux accordés en 2005 n'ont pas encore été notifiés aux hôpitaux. En outre, les résultats d'un appel d'offres lancé au printemps 2005 pour la labellisation des centres de référence de maladies rares seront connus dans les semaines à venir et assortis de crédits attribués au titre de cette année. L'intervenante demande à quel moment ces crédits seront versés aux établissements.

**M. SCHAJER**, ne connaissant pas d'enveloppe budgétaire non-ventilée, propose d'émettre une réponse après qu'il ait approfondi le sujet avec la direction de la politique médicale.

Le **président** informe qu'un point relatif au financement des maladies rares figurera à l'ordre du jour de la prochaine séance de la CME.

Quatre tumorothèques de l'AP-HP bénéficient depuis 2002 de crédits pérennes signale **Mme DEGOS**. Ces crédits ne figurant ni dans le budget primitif ni dans cette DM2, il faudra donc attendre la DM3 pour les voir apparaître, se demande-t-elle.

**M. LECOUTURIER** déclare qu'il ne se prononcera pas sur ce point de l'ordre du jour examiné par la CME mais non encore par le comité technique d'établissement central. Cependant, il tient à souligner que les documents relatifs à la DM2 ont été diffusés sur le site de la CME dès vendredi dernier tandis que le CTE central ne disposait pas de ces documents hier soir. Il constate une différence de traitement entre les deux instances.

Sa seconde remarque porte sur le fait que les quatorze nouveaux emplois attribués au service central des blanchisseries ne figurent pas dans le tableau des emplois d'ouvriers d'Etat ou d'ouvriers professionnels blanchisseurs.

En principe, ces emplois sont intégrés au tableau des emplois précise **M. SCHAJER**.

La DM2 est adoptée à l'unanimité des 36 votants.

### **III - Pilotage de l'activité.**

En premier lieu, M. LEPAGE évoquera les évolutions de l'activité des quatre dernières années, y compris au cours du premier semestre 2005, et dans un second temps, M. SUDREAU détaillera les propositions d'actions envisagées pour l'année 2006.

#### 1- L'évolution de l'activité.

**M. LEPAGE** précise que l'activité progresse globalement de 5 % au premier semestre 2005. L'augmentation s'observe essentiellement pour l'activité ambulatoire et les séjours de moins de vingt quatre heures, cependant cette évolution s'avère moins favorable qu'il n'y paraît.

Chez l'adulte, l'activité d'hospitalisation de plus de vingt quatre heures progresse de 2,5 % en médecine mais cette évolution concerne très peu les séjours d'une durée supérieure à un jour, très légèrement en chirurgie mettant ainsi un terme à la baisse enregistrée entre 2003 et 2004 et de 3,5 % en obstétrique.

Concernant la pédiatrie, on observe une progression du nombre de nouveau-nés, une diminution de l'activité chirurgicale et une augmentation de l'activité médicale portant peu sur les séjours de plus de vingt quatre heures.

L'activité ambulatoire adulte se caractérise par une poursuite de l'augmentation de l'activité médicale, de l'activité chirurgicale et une progression globale sur l'ensemble des hôpitaux nonobstant le retard initial de l'AP-HP dans ce domaine. L'activité obstétricale reste stable.

L'activité ambulatoire pédiatrique diminue de 5 % en chirurgie dans l'ensemble des hôpitaux, à l'exception de l'hôpital Necker – Enfants malades et progresse fortement en médecine.

Au total, l'activité de plus de vingt quatre heures progresse de 1,3 % à 1,4 % entre 2000 et 2004, couvrant une diminution de l'activité pédiatrique et un arrêt de la baisse de l'activité chirurgicale adulte.

## 2- Les propositions d'actions pour l'année 2006.

En préambule **M. SUDREAU** rappelle que l'activité se situe au cœur du plan stratégique 2005 – 2009 de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

Cette dernière doit accroître son activité et l'enjeu collectif consiste à conquérir des parts de marché et à consolider l'activité pour financer les opérations inscrites dans le plan. Si cet objectif n'était pas atteint, certaines opérations devront être remises en cause.

### *a) Une démarche négociée*

Dans ce contexte, les propositions d'actions tendent à accentuer la politique de négociation avec les hôpitaux de contrats d'objectifs d'activité médicalisée. Dès les prochaines conférences budgétaires, un contrat sera conclu avec chaque hôpital stipulant un objectif d'activité quantitatif et qualitatif à atteindre l'an prochain et à l'issue du plan stratégique. De ces évolutions découleront naturellement une prévision des recettes.

### *b) Les indicateurs*

Pour l'hospitalisation classique, cinq indicateurs fiables et connus :

- le nombre de lits installés et ouverts ;
- le taux d'occupation des lits ouverts ;
- l'index de performance ;
- le nombre de séjours de zéro jour et de un jour ;
- la part des séjours chirurgicaux au sein des services de chirurgie,

font l'objet de discussions dans le cadre des conférences activité, stratégie et performances (ASP) et des conférences budgétaires.

Concernant la chirurgie ambulatoire, un groupe de travail co-animé par M. AIGRAIN et la DPM est constitué pour examiner le potentiel d'évolution de cette activité.

### *c) La méthode suivie*

Un objectif cible sera proposé à chaque hôpital, correspondant à son potentiel d'augmentation d'activité à l'horizon 2009. Il conviendra de fixer une première fourchette d'augmentation d'activité pour 2006 fondée sur l'accord qui sera trouvé à partir des indicateurs exposés.

Pour chaque hôpital, le potentiel d'activité est apprécié sur la base de cinq objectifs parfaitement raisonnables décrits par l'orateur. Ceux-ci, appliqués au nombre de lits actuellement ouverts, permettent d'envisager une progression de 7 % du nombre de séjours, contre une progression de 16 % appliqués à des lits potentiellement exploitables.

Pour l'exercice 2006, chaque hôpital choisit une fourchette d'augmentation d'activité comprise entre 20 % et 30 % de la cible 2009. Par ailleurs, certaines spécificités locales repérées lors des conférences ASP sont prises en compte.



*d) Le calendrier*

- Au cours des mois de juillet et août derniers, une fourchette de progression d'activité à l'horizon 2009 a été proposée aux hôpitaux.
- Les mois d'août et septembre ont été consacrés aux échanges avec les hôpitaux.
- Le mois d'octobre correspond aux conférences budgétaires durant lesquelles se définira l'accord sur les objectifs de progression d'activité en 2006.
- En 2006 s'exercera un suivi mensuel des objectifs d'activité concernant les séjours et les recettes qui en découlent.

Ce suivi mensuel fera l'objet d'un point régulier devant la CME, conclut **M. SUDREAU**.

Afin d'aider les hôpitaux à anticiper l'évolution de leur activité, un outil informatique spécifique a été développé signale **M. LEPAGE** qui procède à une démonstration de celui-ci.

A son terme, la discussion s'engage.

Alors qu'il est possible d'apprécier avec précision le nombre de séjours et de corrélérer ce dernier à des indices d'activité, **M. SALES** s'interroge sur la pertinence de faire figurer au premier rang des indicateurs le taux d'occupation des lits qui n'est pas une incitation à la fluidité ou à la performance.

**M. BERNAUDIN** demande s'il existe en Ile-de-France une part de marché non couverte sur laquelle l'AP-HP pourrait se positionner ou devra-t-elle prendre des parts de marché à d'autres intervenants, y compris à des partenaires. Adopter une telle politique pourrait faire basculer l'institution d'une démarche de coopération à une démarche de confrontation.

La durée moyenne de séjour (DMS) se situe au cœur du problème pour **M. SCHLEMMER**. En effet, agir sur cet élément permettra de répondre plus facilement aux objectifs cités. Cependant, si la DMS est liée au nombre de lits ouverts, il s'agit selon lui, non des lits du service concerné mais plus encore des lits d'aval. Une part de régulation échappe donc aux services lesquels risquent de ce fait de ne pas atteindre les objectifs assignés, hormis si le pilotage mis en œuvre intègre une composante restructurante telle une accentuation des ouvertures de lits d'aval ou des reconfigurations de services.

Au sujet de la DMS liée à l'aval des urgences, **M. PATERON** craint que les services de spécialités soient tentés de privilégier les activités programmées à celles non programmées, dans la mesure où les objectifs ne les distinguent pas. Ceci se fera au dépend du dispositif d'aval des urgences risquant d'aggraver la situation actuelle.

Pour calculer la DMS, observe **Mme DEGOS**, il convient également de mentionner les délais imposés par les services transversaux pour organiser des examens nécessitant une anesthésie ou des actes invasifs.

Si la surveillance du pilotage de l'activité constitue un élément essentiel selon **M. CHAUSSADE**, il importe de pouvoir compter sur des services transversaux et une administration efficaces. Aussi, il trouve injuste que l'effort soit demandé uniquement aux services cliniques et non aux autres secteurs.

En complément de cette remarque, **M. DUSSAULE** tient cependant à préciser que les services transversaux notamment les services médico-techniques, s'ils doivent être efficaces, ont déjà produit des efforts dans le cadre du plan équilibre.

Le critère relatif au pourcentage de séjours non-chirurgicaux dans des services chirurgicaux, intervient **M. NORDLINGER**, ne peut se mesurer selon une moyenne car ce taux dépend du nombre de malades adressés au service directement ou de patients provenant des urgences mais non opérés pour des raisons de bonne pratique. Choisir d'opérer ces derniers pour améliorer les statistiques ne relèverait plus d'une logique médicale. Ce critère doit se mesurer au regard non d'une moyenne mais de facteurs locaux (typologie des populations soignées, présence ou non d'un service d'urgences...).

**M. CORIAT** fait part de l'état d'esprit des communautés médicales et des présidents des comités consultatifs médicaux. Si chacun a compris la nécessité d'un pilotage sur la base d'objectifs d'activité et à cet effet l'organisation en pôle peut constituer un facteur d'aide, en revanche, la difficulté consiste à mettre en œuvre le pilotage de l'activité dans le cadre du plan économie surtout lorsque ce dernier impacte la dotation en personnel médical.

**Mme PALAZZO** demande à quoi correspondent exactement les séjours de zéro jour et pourquoi le taux de ces séjours doit être inférieur à 5 % des séjours d'hospitalisation complète.

En réponse à ces observations, **M. SUDREAU** apporte un certain nombre de précisions.

Le taux d'occupation des lits ne constitue pas le critère le plus novateur, cependant il s'avère incontournable car si les lits réouverts restent vides, se posera alors le problème de l'adéquation entre des ressources variables et des dépenses fixes.

En second lieu, la fluidité constitue effectivement une problématique centrale. Le pilotage de l'activité ne peut se déconnecter de la dynamique globale du plan stratégique en raison d'impératifs de financement et d'une logique générale d'engagement de l'institution entre 2005 et 2009, y compris le sujet de la fluidité.

Il rappelle que le plan stratégique prévoit l'ouverture de six cents lits de soins de suite et réadaptation (SSR), de quatre cents places d'hospitalisation à domicile (HAD) et de cent cinquante lits de gériatrie aiguë. Les conférences ASP ont permis de programmer concrètement la montée en charge de ces créations de lits dès 2005 et surtout en 2006. Sur les trois cents lits de SSR fermés essentiellement pour manque de personnel, cent trente six étaient ouverts dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005 traduisant les engagements du plan stratégique. Le pilotage de l'activité s'inscrit dans le cadre de la logique du plan d'actions pour la période de 2005 à 2009.

Quant à la manière de juger l'activité de chaque service dans le cadre d'un plan équilibre global, la démarche se fonde sur l'idée d'un gain des parts de marché et de la reconquête d'un potentiel d'activité. L'intérêt consiste à créer une dynamique collective de redéploiement des moyens entre les services à faible potentiel d'activité avéré et les services à fort potentiel. Largement engagée cette démarche doit être consolidée.

Pour sa part, **M. LEPAGE** signale que l'AP-HP a conduit un travail avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) sur les besoins régionaux en termes de santé, couverts globalement en Ile-de-France, mais avec des disparités importantes entre les départements. Il convient donc de mener à la fois une démarche de reconquête de marché au sein de certaines zones et une démarche de concurrence face à d'autres intervenants, essentiellement des établissements privés.

On cherche à diminuer fortement le nombre des séjours de zéro jour au sein des services d'hospitalisation classique, tout en incitant à la création de places d'hôpital de jour, car dans certains établissements, ces séjours représentent 30 % ou 40 % du nombre total des séjours. Les hôpitaux concernés travaillent sur ce sujet.

Il a semblé logique d'enclencher la démarche avec pour objectif de se référer à une moyenne au sein d'une spécialité. Dans un second temps, l'objectif visera des résultats comparables aux meilleurs résultats de la spécialité au sein de l'AP-HP, puis au sein des GHU.

A propos du volet chirurgical, M. LEPAGE prendra en compte la remarque sur le caractère programmé ou non des interventions, un travail sur ce thème ayant été initié dans le cadre d'une étude consacrée à la précarité. Le ministère prévoit que dès 2006, le programme médicalisé du système d'information (PMSI) comprendra un indicateur mentionnant le caractère programmé ou non du séjour et figurera dans le cadre de l'étude nationale des coûts.

La **directrice générale** rappelle que la démarche vise à répondre au problème fondamental de la ré-allocation des moyens au sein des hôpitaux publics en général et de l'AP-HP en particulier. La difficulté réside dans la remise en cause des moyens existants afin de répondre aux nouveaux besoins résultant du vieillissement de la population, de la progression de la précarité et du progrès médical. Or le secteur public se caractérise souvent par l'empilement de différents outils, en raison de son incapacité à remettre des éléments en cause.

Elle reconnaît l'aspect compliqué de cette démarche mais pense que les bons arbitrages ne peuvent être pris qu'au plus près du terrain. Ce dossier est lié à la nouvelle gouvernance et à la mise en place des pôles lesquels doivent permettre une ré-allocation de moyens au bénéfice des patients. A cet égard, si certains services cherchent de nouveaux patients, d'autres connaissent des files d'attente engendrant une situation inacceptable dans le cadre du service public. Aussi, les comités exécutifs locaux doivent jouer un rôle important, et il est recommandé que l'ensemble des chefs de pôle soient membres de cette instance.

La démarche ne concernera pas uniquement les services cliniques mais aussi les plateaux médico-techniques et les services support, sur lesquels repose depuis trois ans le plan équilibre. La régulation qui renvoie à la solidarité entre les services et les pôles, devrait se dérouler au niveau du conseil exécutif. Les questions relatives à la délégation de gestion aux pôles et aux contrats de pôles et inter-pôles font actuellement l'objet de travaux.

Les indicateurs utilisés s'avèrent certes discutables, cependant ils permettent de poser les bonnes questions et le dispositif ne s'appliquera pas mécaniquement mais dans le cadre d'un dialogue. L'AP-HP a choisi d'entrer dans le système de la tarification à l'activité (T2A) afin de contribuer à l'amélioration des indicateurs. Lors des conférences budgétaires, on prendra en compte un certain nombre de remarques pour faire évoluer les indicateurs. Le siège s'emploie à établir une discussion avec les hôpitaux avec l'espoir qu'un même type de discussion s'instaurera au sein de chaque conseil exécutif.

L'objectif de la démarche ne vise pas l'optimisation comptable mais le dégagement de moyens pour répondre aux nouveaux besoins. L'Ile-de-France est la région la mieux dotée en services de court séjour et la moins dotée en services d'aval. Dans le cadre du plan stratégique, l'AP-HP met en œuvre un dispositif destiné à réallouer les moyens ; il importe de faire preuve de solidarité, les services de court séjour devant comprendre leur intérêt dans le dégagement de moyens pour l'aval.

En conclusion, le **président** déclare que la CME présentera des points réguliers sur le sujet essentiel de l'évolution de l'activité.

#### **IV - Mise en place de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP : premiers éléments des travaux du conseil exécutif réuni en séminaire les 9 et 10 septembre 2005.**

##### **1- Mode de découpage des pôles et choix des responsables de pôle.**

Le processus présenté sous forme de schéma par M. NAVARRO est conçu de manière à fluidifier le plus possible le dispositif malgré une succession d'étapes importantes. La phase de réflexion relative à l'organisation en pôle se déroulera au sein de l'hôpital, sa préparation sera menée au sein du comité consultatif médical (CCM), du comité exécutif local et des instances locales. Sur la base de ces travaux, l'hôpital présentera sa proposition de découpage au siège (DPM, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire, représentants de la direction du développement des ressources humaines, de la DEF et de la direction du personnel et des relations sociales) ainsi qu'à un membre médecin du conseil exécutif et à un membre du groupe des structures de la CME. Le projet présenté portera sur l'organisation globale et les fiches de pôles correspondantes.

Les règles ne seront pas intangibles précise M. NAVARRO. A ce stade, les hôpitaux n'auront pas parfois totalement arrêté leur discussion. Dans d'autres cas, au contraire, ils chercheront à défendre leur position, le siège devra être en mesure de prendre en compte la cohérence locale d'un projet face à des directives trop rigoureuses.

Le processus d'aval suivra, en premier lieu par l'examen dans le détail par le groupe des structures de l'organisation globale proposée, notamment les fiches de pôles et les structures internes aux pôles proposés. Dans le même temps, les instances consultatives locales médicales et non-médicales de l'hôpital émettront un avis. A l'issue de ces différents examens, le projet sera transmis au conseil exécutif de l'AP-HP, qui le transmettra ensuite à la CME, ce qui permettra d'aborder la troisième étape. La CME émettra un avis, avant que le conseil d'administration rende sa délibération.

Une fois ces avis recueillis, la procédure de nomination du responsable de pôle s'engagera officiellement.

##### **2- Choix des responsables de pôle.**

La sélection des candidats aux postes de responsables de pôles sera menée au sein de l'hôpital concerné. Les candidats devront faire acte de candidature en déposant un avant-projet de pôle. Sur cette base, le directeur de l'hôpital et le président du CCM pré-sélectionneront les candidats, puis les choisiront après avis informel du doyen. A ce stade, le conseil exécutif local sera informé. Enfin, des échanges pourront intervenir avec un groupe de la DPM, un membre du groupe du personnel médical, le directeur exécutif de GHU et le médecin du conseil exécutif de l'AP-HP.

Une fois les procédures menées au niveau local, les praticiens du pôle envisagé seront sollicités pour émettre un avis. Par définition, il sera impossible de recueillir un avis du conseil de pôle, puisque ce dernier ne sera pas encore constitué. Enfin, le CCM émettra un avis. A l'issue de cette procédure, le directeur de l'hôpital et le président de CCM proposeront un candidat pour chaque pôle à la directrice générale et au président de la CME.

La phase de nomination démarrera par l'instruction de la proposition par le groupe du personnel médical de la CME, qui fera ensuite l'objet d'un avis de la CME et d'un avis du conseil exécutif central. Dans le même temps, seront requis un avis du conseil restreint de gestion de l'unité ou des unités de formation et de recherche médicales (UFR) concernée(s), ainsi qu'un avis du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique. Au final, la décision de nomination sera prise conjointement par la directrice générale, le président de la CME et le doyen, ou le président du comité de l'enseignement médical.

En termes de conclusion, M. NAVARRO indique qu'aux critiques qui peuvent être émises sur le caractère complexe de ces différentes procédures peut être opposé le processus actuel de nomination d'un PU-PH, sans doute aussi compliqué et long, puisqu'il renvoie aux tutelles, à l'hôpital, au CCM, aux UFR, aux conférences hospitalo-universitaires. Ce dispositif est déjà entré en application précise-t-il enfin, une première réunion a été organisée avec les hôpitaux ayant débuté le processus.

Le **président** donne ensuite la parole à Mme PANNIER et M. FAGON en insistant sur le caractère capital pour l'évaluation des pôles de ce travail relatif aux tableaux de bord.

### 3- Tableaux de bord : pôle, hôpital, AP-HP.

**M. FAGON** fait état en introduction du besoin immédiat de pilotage auquel répond ce projet tant pour le plan stratégique que pour la mise en place de la nouvelle gouvernance, de la T2A et de la démarche de certification version 2 (indicateurs de résultats et évaluation des pratiques professionnelles notamment).

Les tableaux de bord, qui constituent des outils de pilotage pour les décideurs (responsables de pôles, conseils exécutifs d'hôpitaux, conseil exécutif du siège), doivent être cohérents entre eux, afin de permettre de mesurer les mêmes paramètres aux trois niveaux retenus : AP-HP, pôle, hôpital. Chacun se rapporte aux domaines de responsabilité qui lui revient :

- niveau de l'AP-HP : plan stratégique et budget de l'institution ;
- niveau des hôpitaux : projets d'hôpitaux et objectifs annuels fixés dans le cadre des conférences ASP ;
- niveau des pôles : objectifs figurant dans le contrat de pôle, reprenant les éléments du projet d'hôpital, lui-même dépendant du plan stratégique de l'AP-HP.

Ces différents niveaux devront donc utiliser un socle d'indicateurs communs. Ainsi, les cinq éléments choisis pour suivre l'évolution de l'activité, présentés dans le cadre du précédent point de l'ordre du jour, seront identiques au sein des trois niveaux.

Le responsable de pôle aura pour mission d'utiliser les éléments nécessaires au sein du tableau de bord relatif au pôle, tout en ayant recours à des informations complémentaires afin, par exemple, de traiter un sujet relatif à un service ou une unité fonctionnelle du pôle. Pour sa part, le conseil exécutif d'un hôpital utilisera un tableau de bord global de l'hôpital et permettant également d'obtenir des informations relatives à l'activité de chaque pôle. Enfin, le conseil exécutif de l'AP-HP pourra observer l'activité de chaque site.

Le nombre d'éléments constituant les tableaux de bord est volontairement limité pour en faciliter la lisibilité. Les indicateurs doivent permettre un suivi régulier des données de base, un système d'alerte, un suivi de l'avancement des différents projets inclus dans le plan stratégique ou le projet d'hôpital. Dans tous les cas, ces indicateurs ont pour objectif d'alimenter la prise de décision, par conséquent, il est impératif d'instaurer des délais de rendu compatibles avec celle-ci précise M. FAGON. Les indicateurs doivent également être grossièrement fiables mais il ne faut pas attendre qu'ils soient parfaits pour décider. Ils ne sont pas, par ailleurs, intangibles pour tenir compte des évolutions possibles dans les objectifs prioritaires des hôpitaux. Enfin, ces indicateurs doivent s'appuyer sur les nomenclatures et les références nationales, qu'elles soient ou non sujettes à débat, ils ont vocation à faciliter les comparaisons externes avec d'autres hôpitaux ou d'autres disciplines.

La charge de travail induite pour les constituer tant pour le cadre administratif du pôle, les directions fonctionnelles de l'hôpital ou certaines directions du siège, souligne M. FAGON, doit être limitée afin de laisser le temps à l'analyse.

En pratique, intervient ensuite **Mme PANNIER**, il s'agit de proposer une évaluation globale, non seulement de l'activité et de l'efficacité, mais également de la qualité et des projets.

Le premier cadran, relatif à l'activité, porte sur l'évolution des séjours, les taux d'occupation et l'index de performance de la durée moyenne de séjour par type d'activité. Le second cadran porte sur l'efficacité, il doit permettre de rapprocher les ressources dont dispose l'institution (qui sont calculées en fonction de ce qui est attribué en moyenne aux hôpitaux publics) et les dépenses pour réaliser cette activité. Ces indicateurs permettront de vérifier si celles-ci progressent à un rythme comparable ou non aux recettes d'activité et d'identifier l'origine d'un éventuel décalage. Le troisième cadran regroupe les indicateurs relatifs à la qualité, à l'attractivité et à la gestion des risques, en premier lieu vis-à-vis des patients. Il s'agit d'indicateurs de qualité intermédiaire (suivi des infections nosocomiales...) et de résultats (par exemple la mortalité suite à un infarctus, etc...). L'attractivité doit également être mesurée vis-à-vis des personnels, afin d'appréhender la capacité de l'AP-HP à attirer et conserver des personnels rares (IADE, IBODE, mais aussi les médecins dans certaines disciplines). La qualité porte enfin sur la recherche, gage de l'attractivité vis-à-vis des étudiants et stagiaires et de la capacité de l'institution à préparer l'avenir. Enfin, le quatrième cadran porte sur les projets : projets structurants prévus dans le plan stratégique méritant un suivi attentif, projets d'amélioration de l'organisation (par exemple : sur les blocs opératoires, les délais d'accès au plateau médico-technique pour les patients hospitalisés).

Les résultats des indicateurs seront systématiquement comparés. Ceci permettra de vérifier si ces résultats correspondent aux engagements pris, ou s'il convient de prendre des décisions afin d'améliorer la situation. Enfin, les tableaux devront comprendre une référence à l'historique, afin de prendre en compte les évolutions propres à certaines périodes.

Le tableau de bord synthétique sera complété par des feuilles d'approfondissement qui déclineront les indicateurs par sites (pôles) ou types d'activités.

Au total, la proposition consiste à produire un tableau de bord mensuel (activité, recettes, dépenses, jalons du plan stratégique ...) publié vingt et un jours après la fin du mois, ce délai devant par la suite être réduit. Un tableau de bord semestriel permettra une vision plus complète et approfondie de l'évolution de l'activité, notamment grâce à la prise en compte des éléments relatifs à la qualité. L'important sera de disposer d'un tableau de bord mensuel réactif et d'un tableau de bord semestriel permettant de mesurer la réalisation des projets stratégiques et des objectifs de qualité en lien avec le cycle de décisions de l'AP-HP qui comprend deux temps forts : les conférences activité stratégie performance et les conférences budgétaires.

Deux réflexions se déroulent en parallèle poursuit Mme PANNIER, la première sur les indicateurs menée au sein d'un groupe de travail associant des médecins, des soignants, des représentants du siège et des hôpitaux, ainsi que les ébauches d'équipes de pôles, la seconde sur la définition des outils informatiques soutenant la démarche. Ainsi, en mars 2006, un entrepôt de données comprenant notamment les données relatives au programme médicalisé du système d'information (PMSI), à la classification commune des actes médicaux (CCAM), aux médicaments et aux dispositifs médicaux implantables, à l'activité administrative, sera mis en place et testé par quelques hôpitaux pilotes. Cette démarche fait observer Mme PANNIER signifie que le choix de la transparence est réalisé et que les données disponibles au siège seront désormais mises à la disposition des hôpitaux.

Les tableaux de bord des conseils exécutifs d'hôpitaux et des pôles seront développés avec les quatre hôpitaux expérimentateurs de la nouvelle gouvernance et deux autres hôpitaux ayant souhaité participer à la démarche. L'objectif consiste à produire rapidement des tableaux de bord, certes incomplets, qui seront progressivement complétés.

A moyen terme, le projet s'inscrit dans le cadre du schéma cible ce qui donnera la possibilité de croiser plus facilement les données des domaines patient, ressources humaines et finances à la faveur du déploiement des nouvelles applications : informatiques, finances, ressources humaines et patient.

Mme PANNIER insiste sur le fait que la mise en place des tableaux de bord suppose un travail très important des équipes des hôpitaux et des pôles, dans laquelle elles seront actrices à part entière, et elle nécessite un certain nombre de pré-requis :

- disposer du découpage en pôle ;
- mettre en cohérence les structures de gestion et les structures médicales ;
- disposer de la trame des projets et des contrats de pôle ;
- mettre à disposition du temps et des compétences locales.

En conclusion, **M. FAGON** souligne la finalité de ces tableaux de bord qui consiste, pour les communautés médicales, à évoluer vers l'*evidence based management*, et non de la simple gestion. Dans ce cadre, il est indispensable que les indicateurs couvrent l'ensemble des champs d'activité, d'efficacité, de qualité et de développement de projets ; de disposer de données fiables communes à tous permettant que l'information soit largement diffusée et d'établir des comparaisons à la fois dans le temps et aux autres, et qu'un pilotage fin permette de prendre des décisions rapides au plus près du terrain.

Au terme de ces interventions, le débat est ouvert par le président.

Rappelant que certaines disciplines, notamment la psychiatrie, n'ont toujours pas totalement intégré le PMSI, **M. HARDY** demande si le système informatique sur lequel reposent ces tableaux de bord sera directement lié au PMSI ou s'il utilisera des données GILDA, tout en insistant sur l'utilité que ces spécialités puissent également participer à l'élaboration de ces tableaux de bord. Puis, faisant référence à la cohérence du découpage en unités fonctionnelles avec la structure portant les applications de gestion, il s'informe sur les orientations éventuelles prises pour la re-formalisation des fiches de service, faisant remarquer qu'il serait positif que cette démarche se déroule conjointement à la construction des pôles malgré la charge de travail que représenterait cette double démarche, notamment pour le groupe des structures.

**M. BAGLIN** considère que la procédure de nomination du responsable de pôle devrait comprendre un avis informel des praticiens du pôle bien plus avant dans la démarche. Il demande par ailleurs ce qui justifie la différence de traitement entre le niveau central pour lequel le législateur a prévu un avis de la CME et du conseil exécutif et le niveau hôpital où seul l'avis du CCM est requis.

**M. LE HEUZEY** attire l'attention de Mme PANNIER et de M. FAGON sur les risques d'un processus fondé exclusivement sur le normatif. Il convient selon lui d'être attentif aux facteurs confondants, afin d'éviter les critiques concernant la pertinence des critères retenus car y compris au sein d'une même spécialité chaque structure a ses spécificités. Il s'appuie pour illustrer son propos sur l'exemple de l'indicateur du taux de mortalité suite à un infarctus qui est en fait étroitement dépendant de l'âge des patients.

**Mme DEBRAY MEIGNAN** se félicite de la volonté d'accélérer la publication des tableaux de bord car actuellement, les données ne sont pas disponibles assez rapidement mais elle s'inquiète de la charge de travail importante induite par la saisie de données et sur l'attribution de cette charge.

Se référant au taux de mortalité précédemment évoqué, les patients âgés mourant d'autant plus qu'ils sont plus âgés, l'intervenante s'informe sur la possibilité d'appliquer des indicateurs corrigés aux hôpitaux accueillant un grand nombre de malades âgés, notamment des malades en situation de précarité.

L'importance d'une communication directe auprès des médecins sur le dispositif de tableaux de bord est particulièrement soulignée par **M. CHAUSSADE** qui considère que celui-ci constitue réellement une nouvelle manière d'envisager l'organisation de l'hôpital. Il lui semble par ailleurs impératif, dans le cadre de la création des pôles, que les unités administratives et médicales suivent une démarche similaire, afin de réduire les difficultés et les incohérences. Il lui paraît enfin nécessaire de créer une cellule d'aide dans l'éventualité de problèmes internes au sein d'un pôle rendant la situation du responsable délicate, ceci afin d'éviter de freiner l'engagement.

**M. LECOUTURIER** intervient sur le découpage en pôles et la désignation des responsables de pôle pour contredire le fait que les instances locales aient été consultées, celles-ci ayant, dans le meilleur des cas, été informées et souvent, tenues à l'écart. Par ailleurs il n'est pas fait mention du comité technique d'établissement central, alors que cette instance existe au même titre que la CME et doit émettre un avis avant la délibération du conseil d'administration sur un certain nombre de sujets, et bien que s'interrogeant sur le caractère obligatoire d'une consultation, il la revendique néanmoins.

Quant aux tableaux de bord, aux observations émises par les orateurs sur la pertinence des dispositifs précédents, il oppose le fait que grâce à l'ensemble des acteurs de l'hôpital, l'AP-HP a su soigner, répondre aux besoins de santé de la population et représenter un acteur majeur de la santé en Ile-de-France et en France. Le dispositif proposé s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance, observe-t-il, or ce sujet n'est pas débattu au sein des instances centrales et locales, et encore moins présenté aux personnels. Il souligne l'intérêt à ce que l'ensemble des acteurs de l'AP-HP, sans lesquels rien ne pourra se faire, dispose du même niveau d'information afin d'émettre un avis concernant cette transformation fondamentale.

**M. RICHARD** s'interroge sur le caractère novateur de ce dispositif (les tableaux de bord), rappelant ce qui est réalisé depuis des années. Il demande des précisions quant aux outils communs prévus aux différents niveaux (hôpital, pôle, AP-HP) et aux tableaux de bord spécifiques s'y rapportant et souhaite savoir s'il est prévu de les faire valider par la CME ou simplement par le conseil exécutif.



M. RICHARD dit également ne pas comprendre l'inquiétude exprimée quant au surcroît de travail relatif à la tenue de ces indicateurs car un travail très important dans le domaine du recueil de l'information est déjà demandé depuis des années, aux médecins et aux cadres infirmiers. Il ne lui semble pas que le recueil demandé dans ce nouveau cadre sera très différent, mais souhaite néanmoins des précisions en la matière. La difficulté concerne, selon lui, le goulot d'étranglement que constitue le système informatique et la capacité à disposer rapidement d'informations. Pour cette raison l'objectif évoqué à cet égard par Mme PANNIER lui semble à l'heure actuelle difficile à atteindre à court terme.

Il convient enfin, selon l'intervenant, de se méfier d'une approche fondée uniquement sur l'organisation et le fonctionnel en considérant uniquement le pôle comme un outil de gestion, car ses collègues médecins, tout comme lui, pensent que les pôles sont également liés à un projet médical.

**M. NAVARRO** est invité par le président à répondre aux questions.

Il rejoint en premier lieu M. BAGLIN, quant au choix du responsable de pôle en rappelant que seul le recueil de l'avis des praticiens du pôle est explicitement mentionné dans les textes. Il ne s'agit pas d'une élection mais d'un avis ; dans un premier temps, le pré-choix sera réalisé par le directeur de l'hôpital et le président du CCM qui représentent l'esprit général du conseil exécutif local car ce type d'instance ne sera pas effectif lors de la mise en œuvre de la réforme.

Il précise en second lieu, que les instances locales sont bien mentionnées dans le cadre de la phase de réflexion relative à la validation de l'organisation en pôles de l'hôpital, au même titre que le CCM et le comité technique d'établissement local. Par ailleurs, ces instances locales sont à nouveau mentionnées dans le cadre de la phase de validation, avant que le projet ne soit transmis à la CME. Enfin, selon les textes, si les instances locales médicales ou non médicales sont requises au cours de la procédure, l'examen du projet par le conseil d'administration n'implique pas un examen préalable du dossier par les instances non médicales au niveau central.

Quant à la question des unités fonctionnelles, s'il est exact qu'une importante réforme devra être réalisée dans le cadre de la phase initiale, les textes font uniquement référence à la définition des services et structures composant les pôles. Il est donc possible d'imaginer deux phases : une première consacrée au découpage global pratique, puis une seconde permettant progressivement de mettre en évidence ou de créer les structures et les sous-structures. Dans certains cas particuliers, notamment lorsque que certaines activités pourront participer à un service appartenant à un autre pôle, il sera nécessaire de désigner une unité fonctionnelle.

Enfin, ce dispositif ne se conçoit qu'en disposant d'une vision permettant de suivre la réalité de l'activité. Dans ce cadre, il convient de ne pas confondre la gestion médico-économique et la gestion globale. Cette dernière vise le meilleur profit du patient en couvrant des notions de qualité, de service rendu, de fluidité et de gains d'efficacité. M. NAVARRO souligne particulièrement que les critères qualitatifs qui seront utilisés seront adaptés. Ainsi il n'est pas question de mesurer la mortalité suite à un infarctus sans prendre en compte les éléments explicatifs. Au contraire, des critères identifiés par d'autres instances, ayant déjà fait l'objet d'un accord seront utilisés. Par conséquent, il ne voit pas de risque d'être confronté à des interprétations erronées.

**M. FAGON** intervient ensuite, reprenant les remarques émises sur les dispositifs de type tableaux de bord tant passés qu'en projet. Il fait observer que le constat relatif à la qualité de ce qui était réalisé par le passé, positif ou négatif, n'interdit pas de tenter de faire mieux à l'avenir et il ajoute que les éléments proposés vont au-delà de ce qui existe à l'heure actuelle.

Quant à l'utilisation des indicateurs, notamment la crainte d'être soumis à un outil unique, il a clairement été choisi de mettre en place un tronc commun complété par des données choisies par chaque hôpital. Ce ne sont donc pas les indicateurs qui seront normatifs, mais éventuellement la manière dont ils seront utilisés. A propos de l'exemple portant sur la mortalité, différents outils relatifs aux caractéristiques des séjours ou à la co-morbidité permettent une analyse plus fine que la simple mention caractéristique des nombres d'infarctus du myocarde ou d'embolies pulmonaires.

Enfin, concernant les difficultés auxquelles risquent d'être confrontés les responsables de pôle, M. FAGON considère que ces derniers doivent pouvoir s'appuyer sur les conseils exécutifs. Ces instances devront se fonder sur les informations issues des tableaux de bord du pôle et de l'hôpital. Plus qu'une aide, elles devront être l'élément exécutif d'aide à la décision des responsables de pôle.

Le périmètre d'activité retenu, intervient en prolongement **Mme PANNIER**, correspond au PMSI et à GILDA. L'objectif consiste à se caler sur les références nationales. C'est pourquoi, concernant l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données correspondront au PMSI. En revanche, comme les travaux relatifs à la T2A dans le domaine de la psychiatrie sont encore très embryonnaires, les outils actuels (GILDA) seront utilisés.

Quant à la prise en compte de la précarité, Mme PANNIER rappelle qu'une étude est lancée afin de définir des marqueurs relatifs à ce phénomène, ce qui devrait déboucher à terme sur des indicateurs qui seront suivis dans le tableau de bord.

La structuration des tableaux de bord s'appuiera sur un socle commun d'indicateurs. Une formation spécifique concernant la constitution des tableaux de bord propres à chaque structure sera délivrée aux responsables médecins, aux cadres paramédicaux et aux cadres administratifs des pôles. Ainsi, aux côtés des « figures imposées », correspondant par exemple à la mesure de l'activité dans le cadre du PMSI, les « figures libres » renverront aux spécificités du contrat de pôle.

Enfin concernant, la communication du projet, l'intervenante fait observer que le processus s'engage par cette présentation en CME, à la demande de M. de PROST. Elle signale également que les présidents de CCM, les directeurs d'hôpitaux et les directeurs des soins ont également reçu une première information lors du séminaire sur les pôles du 27 septembre 2005. Mme PANNIER rappelle que ce travail résulte d'une démarche menée avec les personnels de l'AP-HP, qui s'inscrit dans le cadre du projet en cours relatif à la nouvelle gouvernance.

La **directrice générale** confirme les propos de M. FAGON sur les indicateurs, en insistant tout d'abord sur le fait qu'ils ne sont pas destinés à réaliser un palmarès, mais à aider à la prise de décision. Ils n'ont par ailleurs de sens qu'examinés dans leur globalité. Il ne sera donc pas demandé de justification indicateur par indicateur pour éviter d'optimiser une seule dimension au détriment des autres.

La première partie du tableau de bord correspond à un compte d'exploitation, puisqu'elle couvre des recettes et des dépenses. Cependant, pour éviter tout risque de sélection des malades ou de moindre qualité de prise en charge, il est très important de corriger les données figurant dans le compte d'exploitation par des éléments relatifs à la qualité des soins, à l'attractivité et aux projets. Ce domaine couvre notamment le devoir hospitalier, précédemment évoqué. Ainsi, convient-il de vérifier que la démarche n'aboutit pas à privilégier à l'excès l'activité programmée par rapport au devoir d'accueil aux urgences. Il faut également citer le domaine des ressources humaines de la qualité ; le tableau de bord devra permettre par exemple de suivre l'application du récent protocole d'accord signé avec des organisations syndicales relatif au handicap et à la prise en charge de l'inaptitude.

Si l'objectif est bien d'appréhender la totalité des indicateurs et non d'élaborer un palmarès, leur nombre doit rester limité. Cette démarche permettra à l'AP-HP d'exercer au mieux son devoir visant à assurer le soin au malade, la formation, la recherche, au regard des moyens mis à sa disposition. La directrice générale convient qu'un dispositif fondé sur des indicateurs contient un effet pervers, dès lors qu'il est parfois plus simple d'optimiser l'indicateur que d'atteindre l'objectif poursuivi. Pour cette raison il est nécessaire de les changer régulièrement et de revenir à l'objectif fixé, visant à prendre en compte toutes les dimensions : l'activité qui constitue une dimension importante et engendre désormais le mode de financement ; l'efficience afin d'être en mesure de dégager les moyens supplémentaires permettant de soigner un plus grand nombre de patients. Ces éléments doivent être mis en œuvre en respectant le devoir hospitalier ainsi que tous les engagements pris vis-à-vis des partenaires et du personnel.

La directrice générale, en réaction aux propos de M. LECOUTURIER, confirme l'implication de tous les intervenants dans ce dispositif. C'est pourquoi une démarche de concertation concernant des éléments importants de ce dossier a été engagée. Ainsi, la délégation de gestion et les fiches de poste type de médecins responsables de pôle, de cadre administratif de pôle et de cadre paramédical de pôle, ont été soumises aux présidents de CCM, aux directeurs d'établissement, aux coordinateurs de soins, mais aussi aux organisations syndicales. Les tableaux de bord feront également l'objet de présentations. Cette démarche de concertation portant sur les éléments structurants du changement ne correspond pas néanmoins à une démarche de cogestion fait-elle observer ; ainsi la nomination des responsables de pôle ne constitue pas une élection mais relève de la responsabilité managériale, liée à la délégation de gestion dont bénéficient les directeurs de CHU. Dans la mesure où le conseil d'administration ne se prononce pas sur ces nominations, sauf en cas de conflit, il n'y a pas lieu de demander l'avis du CTCE concernant le choix des responsables de pôle précise-t-elle. Les propositions de découpage en pôles sont en revanche soumises pour avis au CTCE.

Sur le risque d'un surcroît de travail résultant de l'élaboration des tableaux de bord, la présence d'un cadre administratif auprès du responsable de pôle a pour objectif, précise la directrice générale, de prendre en charge ce domaine et elle se dit persuadée que l'essentiel de la charge de travail portera sur l'interprétation des données et non sur le recueil, c'est pourquoi elle porte un intérêt tout particulier à nommer des responsables de pôle ayant les compétences, mais aussi l'envie d'appréhender ces problématiques.

#### **V - Préparation et mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux à l'AP-HP.**

Le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations, intervient **M. PINSON**, concernera largement les médecins et les professionnels de santé, puisqu'il couvre l'ensemble des médicaments et des produits de santé. (cf document de présentation mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le contrat de bon usage répond aux obligations d'un décret en date du 24 août 2005 ; ce dispositif a été introduit par la réforme de la T2A mais s'inscrit dans le cadre d'une démarche beaucoup plus globale relative à la qualité.

Le principe posé par la T2A est que les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) sont inclus dans le cadre des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS). Par dérogation, du fait de leur coût très élevé, certains médicaments et dispositifs médicaux implantables peuvent être remboursés en sus des tarifs des GHS, sous réserve de la signature entre l'AP-HP et l'agence régionale d'hospitalisation en Ile-de-France (ARHIF), d'un contrat de bon usage et de la bonne observance de celui-ci.

Ce contrat poursuit un double objectif de qualité des soins et de bon usage de la prescription. La démarche s'appuie sur la connaissance de la prescription, elle comprend également un volet relatif à la concertation et au partage de l'information avec les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), ainsi que dans le cadre d'un fonctionnement en réseau. Le contrat formalise les obligations à court et à moyen termes. Il doit être signé d'ici à la fin de l'année et être respecté. En cas de non-signature ou de non-respect, le remboursement des médicaments et des DMI en sus des tarifs de GHS pourrait être limité à 70 % des dépenses engagées. Or ce volet représente 165 millions d'euros au budget primitif de l'année 2005. Ce secteur connaissant la plus forte dynamique de progression des dépenses, une réduction de 30 % du remboursement aurait représenté une perte de financement de 50 millions d'euros en 2004, soit l'équivalent des économies réalisées dans le cadre du plan équilibre. Ces obligations sont par conséquent lourdes et l'enjeu financier pour l'AP-HP s'avère important.

L'approche retenue pour la mise en œuvre du contrat de bon usage au sein de l'AP-HP est ambitieuse mais pragmatique poursuit **Mme FERY-LEMONNIER** qui fait tout d'abord un rappel sur la juste prescription en insistant sur le fait que cette démarche se décline au quotidien, dans le cadre des prescriptions. L'ambition de l'AP-HP est de mettre en avant tant son engagement dans la juste prescription que sa dimension universitaire pour les prescriptions hors l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou la liste des produits et prestations (LPP) mais scientifiquement reconnues et d'être au rendez-vous fixé par les tutelles concernant la dynamique de prescription nominative et maîtrisée. Si l'approche de l'AP-HP est ambitieuse, elle est également pragmatique. En effet, un seul contrat sera conclu par l'AP-HP avec les tutelles, mais ce dernier sera décliné en interne avec l'ensemble des hôpitaux.

Mme FERY-LEMONNIER décrit ensuite les actions déjà menées en 2004 et en 2005 pour se mettre en ordre de marche puis celles restant à engager qui tiennent :

- à la réalisation de l'état des lieux qui permettra l'élaboration du contrat ;
- à mettre en dynamique la réalisation et l'évaluation des objectifs définis ;
- à assurer l'information et la communication auprès de l'ensemble des acteurs.

Ce contrat, conclut Mme FERY-LEMONNIER, consiste donc bien en un décontingement financier de certains produits de santé en échange d'un engagement résolu et concret dans une démarche qualité portant sur les référentiels de prescription, le circuit des médicaments et des DM. Il sera donc nécessaire d'être attentif à son bon déroulement, vis-à-vis des tutelles administratives ou financières.

**M. LE HEUZEY** convient qu'il peut s'agir d'une démarche de gagnant à gagnant dans un grand nombre de circonstances, car derrière cette démarche se profile la politique relative à l'élaboration des registres, dont le besoin se fera de plus en plus sentir. L'élaboration des registres doit concerner le plus grand nombre de pathologies et il est nécessaire d'une part qu'un certain nombre d'institutions limitent leur volonté de tout contrôler et d'autre part, d'homogénéiser les procédures pour élaborer un registre unique afin d'éviter les répétitions de saisies. Cette position est approuvée par **Mme FERY-LEMONNIER**.

**M. GUILLEVIN** observe que le classement des indications en trois groupes, mentionné par Mme FERY-LEMONNIER dans son rappel sur la juste prescription, est en œuvre au sein de l'AP-HP et est globalement adopté par certains CHU de province. Il n'en demeure pas moins que cette démarche n'est pas reconnue par toutes les caisses d'assurance maladie et engendre des refus de remboursement de la part de certains médecins conseil. Ceci concerne essentiellement des maladies métaboliques, pour lesquelles une indication relative à une de ces maladies n'est jamais étendue à une maladie proche et beaucoup plus rare. Il est donc, selon lui, indispensable d'établir rapidement une liste adoptée au niveau national et plus spécifiquement dans certains CHU.

En outre, un risque de dérive existe dans le cas de médicaments coûteux selon M. GUILLEVIN, notamment dans des indications hémato-oncologiques. Par ailleurs, dans le cas des maladies rares ou très rares, il existe peu de chance que de grandes séries permettent de justifier les prescriptions. Dans ce cas de figure, il sera nécessaire d'invoquer des petites séries et en ce sens, il propose de faire reconnaître la compétence des centres de référence labellisés qui auraient pour mission de réunir les experts concernés. Quoi qu'il en soit, l'effort doit être national.

Pour **M. PINSON**, il existe un risque réel d'échange de perdant à perdant car les autorités de tutelle s'inquiètent face au risque inflationniste découlant du dé-contingement financier des médicaments et DMI coûteux. Il est par conséquent nécessaire de défendre l'idée qu'un CHU peut réaliser des prescriptions hors AMM et LPP, et d'éviter en tout état de cause que ces médicaments et dispositifs réintègrent les GHS. Le meilleur moyen permettant de maintenir ce mécanisme de la T2A très favorable aux CHU et donc à l'AP-HP, consiste à remplir les conditions figurant dans le contrat de bon usage afin de ne pas perdre des financements faute de s'être mis en ordre de marche. Il est également indispensable d'utiliser la capacité d'expertise de l'AP-HP pour tenter de peser sur la définition d'une norme nationale.

**M. LEVERGE** insiste sur l'importance du document adressé par la direction de la politique médicale aux directeurs d'hôpitaux, aux présidents de CCM et aux pharmaciens chefs en vue de l'état des lieux. Il invite la communauté médicale à répondre de la manière la plus lucide car l'objectif consiste à progresser, et l'agence régionale d'hospitalisation de l'Ile-de-France qui connaît bien le dossier, est en mesure d'effectuer des vérifications.

La répartition des médicaments au sein des trois catégories est sujette à débat depuis son origine intervient **M. NAVARRO**. Cependant, dans le même temps, cette démarche correspond à une réalité, essentiellement dans le domaine de l'hématologie, surtout du cancer, au sein duquel un grand nombre de prescriptions ne répond pas au cadre de l'AMM pour des raisons scientifiquement valables. La situation est similaire dans le cas de la pédiatrie. Il existe une tentation forte au sein des tutelles de revenir à une vision stricte, et s'il convient de mentionner le soutien qu'apporte à l'AP-HP sa tutelle directe au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), il est nécessaire de se montrer vigilant.

## **VI - Avis sur l'adhésion de l'AP-HP au groupement de coopération Union des hôpitaux pour les achats (UNI.H.A.).**

**M. MARAVAL** explique que la politique d'achat des hôpitaux représente depuis 2003 l'une des préoccupations majeures des pouvoirs publics pour des raisons de sécurité et d'impact budgétaire. Face à cette demande de gain d'efficacité, les directeurs de CHU ont souhaité créer un groupement de coopération sanitaire voué à rassembler l'ensemble des CHU.

Ses principales missions visent à :

- favoriser et encadrer la création de groupements de commandes réunissant tout ou partie des 31 CHU ;
- animer au niveau national des groupes d'experts des achats hospitaliers ;
- recueillir et diffuser des informations relatives à la performance et au degré de réalisation de ces groupements d'achats.

Après avoir décrit les organes de décision, il évoque les ressources du groupement fondées sur la base d'une contribution annuelle de chaque membre, d'un montant identique pour chacun d'entre eux et de subventions provenant des pouvoirs publics.

L'adhésion au groupement des trente et un CHU se finalisera au 31 décembre 2005.

Parallèlement, la réflexion est déjà engagée sur la création dès 2006 de plusieurs groupements de commande inter-CHU concernant les achats hôteliers et alimentaires.

Le rapporteur rappelle que l'AP-HP dispose d'une organisation des achats fortement structurée. Dans ces conditions, la participation de l'institution à ce groupement de coopération sanitaire se limite à un appui technique aux CHU en charge d'un groupement de commande et d'une participation aux groupes d'experts constitués à l'initiative du groupement.

L'adhésion de l'AP-HP va-t-elle accélérer la publication des appels d'offres demande **M. WEILL** ou au contraire ralentir les procédures.

**M. MARAVAL** répond qu'à court terme, le rôle et l'implication de l'AP-HP se limiteront à un appui politique et technique. Regrouper les besoins de dix ou quinze CHU constitue une initiative relativement complexe et sophistiquée qui doit déboucher sur des appels d'offres fructueux, contrairement aux échecs enregistrés par le passé. Pour l'heure, les procédures d'achat de l'AP-HP n'entreront pas dans ce mécanisme, pour autant on observera son déploiement sur des matières non médicales (achats hôteliers ou alimentaires) avant de le substituer ponctuellement à l'organisation actuelle.

**M. LAPANDRY** salue cette initiative et attend l'extension du système à d'autres domaines d'appels d'offres (médicament, matériel médical) car au sein de différents CHU, des groupes de travail sont mobilisés sur les mêmes sujets.

**M. LEVERGE** ne partage pas cet avis et rappelle que la conférence des pharmaciens de CHU associée sur ce dossier à la conférence des présidents de CME, a approuvé ce processus que lui appréhende avec précaution notamment en raison du centralisme qu'il recrée.

A la lecture du document remis en séance, le rationnel de ce groupement correspond à la sélection des fournisseurs et à la mobilisation des niveaux de compétences techniques et économiques exigées. Déjà confrontée à une pléthore d'experts, il ne semble pas nécessaire d'en adjoindre d'autres à l'AP-HP. De plus, sa taille induit une diminution de sa vitesse d'accès à certaines innovations. Il pense donc que si l'AP-HP doit participer à ce dispositif, il convient de demeurer prudent en conservant l'indépendance de l'institution.

Le **président** note l'intérêt de cette remarque à laquelle **M. MARAVAL** répond en soulignant que le positionnement actuel de l'AP-HP s'avère davantage politique que technique.

Ce dossier est approuvé à l'unanimité des 36 votants.

## **VII - Avis sur des fiches de missions et structure.**

Après avoir indiqué que le groupe des structures apprécie le rôle qui lui est réservé dans l'organisation en pôles des hôpitaux, **M. MADELENAT** rappelle l'ampleur du travail à réaliser par le groupe au cours des mois à venir dans le cadre de la mise en œuvre des pôles. A cet égard et à titre préventif, il lui semblerait utile que les malfaçons recensées lors de l'examen des premiers projets de pôles soient répercutées sur l'ensemble des établissements.

Il procède ensuite à l'examen des deux fiches qui ont fait l'objet d'un débat.

### ***GHU sud***

#### ***Henri Mondor :***

- *Modification du service de bactériologie-virologie-hygiène en service de bactériologie-hygiène, avec partition du service et*
- *Création d'un service de virologie (virologie médicale, urgences virologiques et qualification virologique des organes, tissus et cellules destinées à la greffe).*

Un service de bactériologie-virologie-hygiène demande sa partition. Opposé au concept président à cette séparation, **M. MADELENAT** a néanmoins souhaité un traitement démocratique du dossier dont il résume l'historique.

Dans un premier temps, l'administration hospitalière et le président du CCM ont exposé leurs arguments, puis le groupe des structures a désigné deux experts qui ont émis un avis favorable à la séparation proposée.

Un troisième expert mandaté par **M. MADELENAT** a conclu à la constitution d'une structure indépendante, pouvant correspondre à un nouveau service ou à une simple unité fonctionnelle. Bien qu'il ait défendu la création d'une unité fonctionnelle devant le groupe des structures, le vote organisé à bulletin secret et en l'absence des représentants de l'hôpital a abouti à un avis favorable au projet présenté, par 8 voix pour, 2 voix contre et 1 abstention.

Le **président** déclare que ce dossier a fait l'objet de débats intenses au sein du groupe des structures mais aussi au sein du bureau qui préconisait la solution soutenue par **M. MADELENAT**. Dans ce contexte, il demande la lecture des conclusions des trois rapporteurs.

Le premier rapport rédigé par M. LEGRAND conclut : « *Le rapporteur est très favorable aux fiches présentées avec cependant une réserve importante pour la fiche de bactériologie-hygiène et unité fonctionnelle de microbiologie d'Emile Roux, mentionnée comme étant rattachée au service de Henri Mondor, alors que par ailleurs cette unité fonctionnelle est prévue comme devant appartenir au service de biologie polyvalente de l'hôpital Emile Roux* ».

Le deuxième rapport rédigé par Mme SCHLEGEL conclut : « *Une telle opération, compte-tenu de son caractère très particulier, lié au développement original de la virologie au-delà des frontières de l'hôpital Henri Mondor, ne saurait cependant être applicable en tout lieu et en toutes circonstances. Toutes les personnes contactées ont donné un avis favorable à la création du service de virologie. Le CCM de l'hôpital a également voté favorablement à l'unanimité, sauf 3 abstentions. Le rapporteur donne donc un avis favorable à la création d'un service de virologie à l'hôpital Henri Mondor, et donc aux deux fiches proposées.* »

Le troisième rapport rédigé par M. PAILLARD conclut : « *Cette analyse le conduit à penser que la création à Henri Mondor d'une structure de virologie va s'imposer. C'est à la DPM et à la CME de décider le timing, c'est-à-dire apprécier si les conditions nécessaires préalables (structuration clairement définie du pôle de biologie d'Henri Mondor, restructuration clairement définie de la biologie du GHU sud, définition claire par l'AP-HP des nouvelles structures), sont réunies pour permettre une création rapide d'une structure de virologie, ou au contraire demandent un travail préalable complémentaire. Enfin, il est clair que la création éventuelle d'une structure de virologie à Henri Mondor, qui nécessite comme on l'a vu des conditions préalables strictes, ne pourrait être considérée comme une simple formalité applicable à toutes les structures de virologie de l'AP-HP* ».

**M. SCHLEMMER** n'est pas convaincu de l'opportunité de séparer la virologie de la bactériologie au sein de l'hôpital Henri Mondor. La valeur ajoutée qu'apporterait une telle opération n'est pas suffisamment expliquée. Le dossier nie l'existence d'un territoire idéal de coopération en termes de formation, de mutualisation du personnel et du matériel ou encore de plan d'équipement, alors que de nombreux hôpitaux cherchent à rapprocher de telles structures.

Par ailleurs, l'adoption du projet rendrait incompréhensible la politique de la CME et plus largement celle de l'AP-HP à l'heure de l'organisation des pôles, et créera un précédent utilisé par d'autres hôpitaux et non uniquement dans cette discipline. Aussi appelle-t-il la CME à marquer fortement sa volonté d'accompagner la démarche relative à la nouvelle gouvernance en constituant de plus grands ensembles. Pour répondre à une problématique locale, il convient de rechercher des alternatives structurelles et dans le cas présent, la solution réside peut-être dans la création d'une unité fonctionnelle ou d'un département.

**M. CHAUSSADE** qui rejoint cette intervention n'a trouvé aucune raison dans le dossier justifiant la scission du service. Il rappelle d'une part que la bactériologie et la virologie appartiennent à la même sous-section du conseil national des universités, d'autre part qu'à la dernière réunion de la CME, le directeur de la DPM avait indiqué que la partition des services se révèle antinomique à la création des pôles.

De plus, il trouve le projet incohérent puisque le cadre administratif, les deux secrétaires et les laborantins de nuit resteraient communs aux deux services.



Pour avoir produit l'un des trois rapports, **M. LEGRAND** précise que deux experts extérieurs à l'AP-HP sont arrivés à la conclusion que dans le domaine de la microbiologie, il existait deux pôles forts au sein du GHU sud :

- un pôle fort en bactériologie à l'hôpital Bicêtre ;
- un pôle très fort en virologie à l'hôpital Henri Mondor.

Ils avaient vivement conseillé la création d'un service de virologie à l'hôpital Henri Mondor estimant que ce service disposait de spécificités uniques au sein de l'AP-HP notamment comme celle de centre de qualification des organes dans le cadre des transplantations.

En outre, la directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud était particulièrement favorable aux propositions présentées.

**M. DECQ** donne l'assurance qu'il ne s'agit pas de régler un problème d'hommes mais une difficulté politique relative à l'organisation générale des services.

En second lieu, les décisions d'un service intervenant dans le domaine de la qualification virologique impliquent une responsabilité médico-légale concernant la qualification des prélèvements qui relève, selon lui, clairement d'un service.

Enfin, il existe un important projet de restructuration de la microbiologie au sein du GHU, c'est pourquoi la virologie doit être clairement identifiée comme un service et un pôle d'excellence à l'hôpital Henri Mondor.

En sa qualité de membre du comité de pilotage de la biologie de l'AP-HP, **M. TULLIEZ** pense que la création de ce service serait importante dans le cadre de la mise en place du projet du GHU, visant à attirer à terme l'ensemble de la virologie à l'hôpital Henri Mondor, comme l'ont souligné les deux rapporteurs.

En outre, au niveau de l'AP-HP, le secteur de virologie d'Henri Mondor a pris en charge le centre d'urgences virologiques et de qualification virologique des organes, tissus et cellules. Cette activité est assurée vingt quatre sur vingt quatre pour l'Ile-de-France, le Centre et la Normandie, ce qui induit une démarche de responsabilité.

Ce dossier comprend donc un trop grand nombre d'éléments particuliers pour qu'il devienne un exemple pour d'autres au sein de l'AP-HP. Enfin, il confirme que le dossier ne trouve pas son origine dans un problème de relations personnelles.

Des situations comparables dans d'autres disciplines se sont déjà présentées observe **M. RYMER**. Il mentionne un cas de figure pour lequel, en raison du contexte local, le choix s'est porté sur la création d'un département comprenant plusieurs unités fonctionnelles. Il est donc relativement réticent sur ce dossier qui lui fait craindre un effet d'entraînement.

Contrairement à l'exemple évoqué, la bactériologie et la virologie constituent deux sujets différents, signale **M. BERNAUDIN** et doivent pouvoir se développer parallèlement.

Pour **M. RICHARD** la création d'un service de virologie à Henri Mondor ne peut se justifier par le fait qu'il n'est pas nécessaire de développer cette spécialité au sein de l'hôpital de Bicêtre alors que l'activité clinique de ce site comporte une importante activité de virologie notamment concernant le VIH ou la prise en charge de l'hépatite C partagée avec l'hôpital Paul Brousse.

Le **président** clôt le débat et tient à rappeler la responsabilité majeure de la CME dans le cadre de la nouvelle gouvernance qui s'inscrit dans la constitution des pôles. Il souhaite que ce vote ne gêne pas la mise en œuvre de ces derniers et propose un vote à bulletin secret.

Les fiches de missions et structure reçoivent 25 votes contre, 11 votes pour, 3 votes blancs et 3 abstentions.

### **VIII - Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2006.**

En remarques liminaires, **M. ANTONINI** souligne la forte convergence entre les classements réalisés par les conseils de gestion et les classements hospitaliers. Des préoccupations hospitalières ont été prises en compte comme en témoigne par exemple le développement de l'universitarisation des services d'urgences, caractérisée par cinq propositions de poste de rang A, ainsi que le rééquilibrage de l'affectation des emplois de MCU-PH en faveur des disciplines cliniques, alors que par le passé la réglementation limitait ces recrutements aux seules disciplines biologiques ou mixtes.

Le deuxième élément marquant concerne l'annonce de créations d'emplois au titre de la recherche dans les disciplines ou pour des activités prioritaires, dont la psychiatrie, la chirurgie, la périnatalité, le cancer et la gériatrie. Le nombre et la répartition de ces emplois entre les différentes disciplines concernées ne sont pas encore connus.

Enfin, les procès-verbaux des conseils de gestion étant parvenus récemment à la DPM, quelques évolutions ont pu intervenir depuis la publication des tableaux remis sur table dont il donne lecture.

GHU ouest.

*UFR Paris V*

PU-PH

A une exception près, la sélection proposée par l'AP-HP est identique à celle de l'UFR. La divergence porte sur un poste en anesthésiologie-réanimation chirurgicale dans le service d'anesthésie-réanimation à l'hôpital Européen Georges Pompidou classé au rang de première priorité par le CCM de l'hôpital qui souhaite étoffer son encadrement hospitalo-universitaire, notamment en anesthésie.

Or, le conseil de gestion a préféré surseoir à cette demande pour l'année 2006 et retenir le poste de chirurgie générale dans le service de chirurgie digestive et générale.

A l'initiative du **président**, un large débat s'engage sur les motifs qui ont présidé à ce classement et à l'issue duquel se déroule un vote à bulletin secret.

La CME se prononce en faveur de la proposition formulée par l'AP-HP avec 25 votes pour, 9 votes contre et 3 votes blancs.

PU-PH

Les différences qui apparaissent entre les propositions universitaires et celles hospitalières, indique **M. ANTONINI** ne relèvent pas de divergences d'ordre stratégique. En effet, les deux classements retiennent les mêmes emplois. Concernant l'utilisation des emplois vacants, le conseil de gestion a toutefois privilégié des engagements anciens et les priorités universitaires, alors que l'AP-HP soutient fortement une demande relative au service des urgences médico-chirurgicales adultes de l'hôpital Ambroise Paré, laquelle correspond à une priorité hospitalière importante.

L'AP-HP soutient également la demande d'emploi en thérapeutique au sein du service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital Raymond Poincaré qui lui paraît s'inscrire pleinement dans le cadre des emplois qui seront créés au titre de la recherche.

Après avoir expliqué les priorités de la faculté, **M. BAGLIN** insiste sur le fait que des solutions communes à l'hôpital et à la faculté ont été recherchées ce dont se réjouit le **président**.

A l'exception de la partie objet d'un vote spécifique, la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2006 est adoptée à l'unanimité des votants conformément à l'annexe numéro un jointe au compte-rendu.

**IX - Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie au titre de l'année 2006.**

Le dossier portant sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie au titre de l'année 2006 ne suscite aucune observation et est adopté à l'unanimité des votants (cf. à l'annexe numéro deux du compte-rendu).

**X - Approbation du compte-rendu de la séance du 13 septembre 2005.**

Le compte-rendu de la séance du 13 septembre 2005 est adopté à l'unanimité des votants.

**XI - Questions diverses.**

1- La motion des présidents de CCM des hôpitaux de gériatrie.

**M. PIETTE** souhaite porter à la connaissance de la CME une motion votée par les présidents de CCM des hôpitaux de gériatrie :

*« Les présidents de CCM des hôpitaux de gériatrie de l'AP-HP ont découvert la mise en place d'un plan de convergence concernant spécifiquement les unités de SLD, s'appuyant notamment sur les conclusions d'un rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) dont ils n'ont pas été destinataires ».*

*« Ce plan de convergence, prévu sur sept ans, impose chaque année d'importantes restrictions budgétaires supplémentaires aux hôpitaux gériatriques, déjà concernés par le plan de retour à l'équilibre en cours. Les présidents de CCM des hôpitaux de gériatrie de l'AP-HP considèrent que ce plan ne pourra être réalisé qu'au prix d'une réduction de la densité des personnels soignants au lit du malade dans les unités de SLD. Cette réduction est incompatible avec le maintien de la qualité des soins et la sécurité des patients. La vocation hospitalière des unités de SLD de l'AP-HP est de prendre en charge des patients âgés, porteurs des pathologies les plus complexes, ce qui nécessite une permanence médicale et infirmière. La mise en place du plan de convergence compromet la réalisation de cette mission et ne manquera pas d'avoir des répercussions graves sur la fluidité des filières hospitalières. En conséquence, les présidents de CCM témoignent de leur inquiétude et manifestent leur opposition à l'application de ce plan de convergence ».*

## 2- Les infections nosocomiales.

**M. RICHARD** remarque que si les indicateurs, notamment ceux mesurant la qualité, n'avaient pas pour objectif d'établir des palmarès comme l'a indiqué la directrice générale, les médias diffusent désormais des classements relatifs aux hôpitaux. A l'occasion de la parution imminente d'un palmarès relatif aux infections nosocomiales, il souhaite savoir si l'AP-HP d'une part prévoit une communication spécifique, d'autre part se sent sereine dans ce domaine. Il lui semble que l'établissement d'un tel palmarès constitue une demande forte du ministère de la santé.

Ce type de démarche préoccupe l'AP-HP, observe **M. NAVARRO** car les règles utilisées dans le cadre de ces classements présentés par la presse ne correspondent pas à celles que l'institution souhaiterait voir adopter. En effet, un des critères souvent utilisé porte sur la capacité d'un hôpital à offrir l'ensemble des services. Or, l'AP-HP comprend des établissements référents lesquels par définition ne comportent pas l'ensemble des prestations et obtiennent dès lors un mauvais classement.

S'agissant des infections nosocomiales, l'inquiétude de l'AP-HP se fonde sur son ignorance des critères retenus pour l'élaboration du classement. L'institution tente de contacter les journalistes afin de faire valoir ses positions avant la publication des articles et de défendre le principe d'une présentation des résultats par GHU afin de pouvoir soutenir les comparaisons.

La vigilance prévôt. A cet effet, le ministère a annoncé que désormais, il contrôlerait l'établissement de tels classements sur la base d'un certain nombre de critères mais les journalistes tenteront toujours de parvenir à leurs fins.

\*

\*

\*

La séance est levée à 13 heures.

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

**Mardi 8 novembre 2005 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 19 octobre 2005 à 16h00.**

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.

## Annexe n° 1

# REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DES PERSONNELS MEDICAUX ANNEE 2006

## A – GHU OUEST

### 1) UFR PARIS V

PU-PH : 14 emplois vacants

- **Thérapeutique clinique**, service d'endocrinologie à l'HOTEL DIEU (type 3)
- **Ophthalmologie**, service d'ophtalmologie à l'HOTEL DIEU (type 1)
- **Psychiatrie d'adultes**, service de psychiatrie adultes au CH DE SAINTE ANNE (mutation)
- **Pharmacologie clinique**, service de pharmacologie à l'HEGP (type 1)
- **Hématologie biologique**, service d'hématologie au GH COCHIN-SAINT-VINCENT-DE-PAUL (site COCHIN) (type 1)
- **Urologie**, service d'urologie à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Anesthésiologie-réanimation chirurgicale clinique**, service d'anesthésie-réanimation à l'HEGP (type 3)
- **Biophysique et médecine nucléaire**, service de biophysique au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Radiologie et imagerie médicale**, service de radiologie à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Pédiatrie**, service de métabolisme à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Chirurgie infantile**, service de chirurgie pédiatrique au GH COCHIN-SVP (type 1)
- **Maladie infectieuses**, service d'infectiologie à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Cytologie et histologie biologique**, service d'histologie-embryologie-cytogénétique à NECKER-ENFANTS MALADES
- **Radiothérapie clinique**, service de radiothérapie à l'HEGP

### Demandes de création :

- **Chirurgie générale**, service de chirurgie digestive et générale à l'HEGP (type 1)
- **Gastroentérologie**, service d'hépatogastroentérologie au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Gériatrie et biologie du développement**, service de gérontologie 2 à BROCA – LA ROCHEFOUCAULD (type 1)
- **Pédiatrie** service de néphrologie pédiatrique à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Physiologie biologique**, service de physiologie au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type2)
- **Immunologie biologique**, servie d'oncologie médicale à l'HEGP (type 3)
- **Génétique médicale clinique**, service de génétique oncologique de l'INSTITUT CURIE (type 2 ou 3)

### MCU-PH : 8 emplois vacants

- **Endocrinologie-diabète et maladies métaboliques**, service d'endocrinologie et maladies métaboliques à l'HOTEL DIEU (Mutation)
- **Endocrinologie-diabète et maladies métaboliques**, service d'endocrinologie et maladies métaboliques à l'HOTEL DIEU ( type 2)
- **Bactériologie virologie biologique**, service de bactériologie au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 2)
- **Réanimation médicale**, service de réanimation médicale à l'HEGP (type 1)
- **Immunologie biologique**, service d'immunologie à l'HEGP (type 1)
- **Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication clinique**, service d'informatique médicale au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service d'anatomo-pathologie à l'HEGP (type 1)
- **Médecine légale et droit de la santé clinique**, réseau Ville Hôpital ASDES à CORENTIN CELTON (type 2)

### Demande de création au titre de la recherche :

- **Immunologie biologique**, service d'hématologie biologique à NECKER-ENFANTS MALADES (type 2)
- **Dermatologie vénéréologie**, service de dermatologie à NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)

### Demande de création d'emploi de CCA :

- **Epidémiologie et économie de la santé**, unité de recherche clinique à COCHIN – NECKER
- **Epidémiologie et économie de la santé**, département informatique médicale à l'HEGP
- **Médecine interne**, service de médecine interne au GH COCHIN-SVP

## 2) UFR PARIS ILE-DE-FRANCE OUEST

**PU-PH** : 3 emplois vacants

- **Médecine interne**, Accueil des urgences médico-chirurgicales adultes à AMBROISE PARE (type 3)
- **Radiologie et imagerie médicale clinique**, service de radiologie à AMBROISE PARE (type 1)
- **Bactériologie-virologie biologiques**, service de microbiologie à RAYMOND POINCARE (type 1)

### **Demandes de création à titre de la recherche:**

- **Thérapeutique clinique**, service de rééducation fonctionnelle à RAYMOND POINCARE (type 1)
- **Epidémiologie, économie de la santé et prévention**, service de maladies infectieuses à RAYMOND POINCARE (type 2)

### **Demandes de création :**

- **Radiologie et imagerie médicale clinique**, service de radiologie et imagerie médicale à RAYMOND POINCARE (type 3)

**MCU-PH** : 5 emplois vacants

- **Chirurgie générale**, service de chirurgie générale et digestive à AMBROISE PARE (type 1)
- **Rhumatologie**, service de rhumatologie à AMBROISE PARE (type 1)
- **Dermatologie-vénérologie**, service de dermatologie à AMBROISE PARE (type 1)
- **Biologie et médecine du développement et de la reproduction clinique**, service de gynécologie-obstétrique au CHI DE POISSY (type 1)
- **Biophysique et médecine nucléaire**, service de médecine nucléaire au Centre René HUGUENIN (type 1)

## **B – GHU EST**

### 1) UFR PARIS VI – PIERRE ET MARIE CURIE

**PU-PH** : 9 emplois vacants + 1 transformation (1MCU + 1ASM)

- **Hématologie biologique**, Laboratoire central d'hématologie à PITIE-SALPETRIERE (type 1)



- **Hématologie biologique**, service d'immunologie et hématologie biologiques à l'Hôpital SAINT-ANTOINE ( Mutation)
- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale clinique**, service d'anesthésie-réanimation au GH PITIE-SALPETRIERE (type 3)
- **Thérapeutique clinique**, service des urgences médicales à l'Hôpital SAINT-ANTOINE (Mutation)
- **Psychiatrie d'adultes**, service de psychiatrie 1 au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Hépatologie**, service d'hépatogastroentérologie à l'Hôpital SAINT-ANTOINE (type 1)
- **Médecine interne**, service de médecine interne 1 au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Pédiatrie**, service de néonatalogie à A. TROUSSEAU (type 1 et 3)
- **Immunologie biologique**, service de biochimie à TENON (type 1 et 4)

#### **Demande de création par transformation MCU-PH + ASM :**

- **Néphrologie**, service de néphrologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)

#### **Demande de création au titre de la recherche :**

- **Immunologie biologique**, service d'Immunologie A au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Biologie et médecine du développement et de la reproduction biologiques**, service d'histologie-embryologie-cytogénétique orienté biologie de la reproduction à TENON (type 1 et 2)

#### **MCU-PH :** 10 emplois vacants

- **Anatomie clinique**, service d'urologie de TENON (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologique biologique**, service d'anatomie et cytologie pathologiques au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Bactériologie-virologie biologique**, service de bactériologie et hygiène hospitalière au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Bactériologie-virologie biologique**, service de virologie à TENON (Mutation)
- **Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**, département de Santé publiques à TENON
- **Génétique biologique**, service de génétique, cytogénétique, embryologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Pharmacologie clinique**, service pharmacologie biologique au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques cliniques**, service de gynécologie obstétrique à TENON (type 1)
- **Oto-rhino-laryngologie**, service d'oto-rhino-laryngologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Ophthalmologie clinique**, service d'ophtalmologie 4 au CHNO des Quinze-Vingts (type 2)

## **C – GHU NORD**

### **1) UFR PARIS VII – DENIS DIDEROT**

**PU-PH** : 12 emplois vacants

- **Anatomie et cytologie pathologiques biologiques**, service d'anatomie et cytologie pathologiques à BEAUJON (type 1)
- **Nutrition**, service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques à BICHAT (type 1)
- **Bactériologie-virologie-hygiène hospitalière biologiques**, service de bactériologie-virologie à SAINT-LOUIS (Mutation)
- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale clinique**, service médical d'Accueil des urgences médico-chirurgicales à LARIBOISIERE (type 3)
- **Réanimation médicale**, service de réanimation médicale à LOUIS MOURIER (type 1)
- **Réanimation médicale**, service d'Accueil et traitement des urgences médico-chirurgicales à BICHAT (type 3)
- **Neurochirurgie**, service de neurochirurgie à BEAUJON (type 1)
- **Gastroentérologie**, service d'hémo-gastroentérologie à SAINT-LOUIS (type 1)
- **Chirurgie digestive**, service de chirurgie viscérale et digestive à LARIBOISIERE (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie 6 (réanimation) à R. DEBRE (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie à orientation de néphrologie à R. DEBRE Mutation)
- **Gynécologie obstétrique**, service de gynécologie obstétrique à BEAUJON (type 1)

#### **Demande de création (discipline prioritaire) :**

- **Hématologie biologique**, service d'hématologie biologique à SAINT-LOUIS (type 1)
- **Gastroentérologie clinique**, service de gastroentérologie à BEAJON (type 1)
- **Chirurgie vasculaire**, BICHAT (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie orientation néonatalogie à ROBERT DEBRE (type 1)

#### **Demande de création à titre de la recherche :**

- **Bactériologie-virologie**, à BICHAT (type 2)
- **Néphrologie**, service de néphrologie à BICHAT (type 2)
- **Cytologie et histologie**, service d'anatomie et cytologie pathologiques à LARIBOISIERE (Mutation)
- **Biologie cellulaire clinique**, service de rhumatologie à LARIBOISIERE (type 1)

**MCU-PH** : 8 emplois vacants

- **Anatomie et cytologie pathologique-biologique**, service d'anatomie pathologique à SAINT-LOUIS (Mutation)
- **Physiologie**, service de physiologie à BICHAT (type 2)

- **Pharmacologie fondamentale biologique**, service de pharmacologie à SAINT-LOUIS (type 2)
- **Neurologie**, service de neurologie à BICHAT (type 1)
- **Rhumatologie**, service de rhumatologie à BICHAT (type 1)
- **Chirurgie digestive**, service de chirurgie générale à LOUIS MOURIER (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie générale à LOUIS MOURIER (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie à orientation néonatalogie à ROBERT DEBRE (type 1)
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie à orientation hématologie à ROBERT DEBRE (Mutation de Lille)
- **Endocrinologie et maladies métaboliques**, service d'endocrinologie à BICHAT (type 1)

**Demande de création au titre de la recherche :**

- **Immunologie biologique**, service d'immunologie biologique à SAINT-LOUIS (type 2)

**Demande de création d'emploi de CCA :**

- **Cancérologie**, service de Cancérologie à BEAUJON
- **Gastroentérologie**, service d'hépatologie gastroentérologie à SAINT-LOUIS
- **Médecine physique et réadaptation clinique**, service de médecine physique et de réadaptation à LARIBOISIERE
- **Urologie clinique**, service d'urologie à BICHAT
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie à orientation néonatalogie à LOUIS MOURIER
- **Pédiatrie**, service de pédiatrie à orientation neurologie à R. DEBRE

**2) UFR PARIS XIII - BOBIGNY**

**PU-PH** : 3 emplois vacants

- **Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**, service de chirurgie thoracique à AVICENNE (type 1)
- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale**, service d'anesthésiologie à AVICENNE (type 1 ou 3)
- **Radiologie et imagerie médicale clinique**, service de radiologie à JEAN VERDIER (type 1)

**Demande de création au titre de la recherche :**

- **Dermatologie, vénéréologie**, service de dermatologie à AVICENNE (type 3)

**MCU-PH** : 2 emplois vacants

- **Hématologie biologique**, service d'hématologie biologique à JEAN VERDIER (Mutation)

- **Hématologie biologique**, service d'hématologie biologique à AVICENNE (type 1)

#### **Demande de création au titre de la recherche :**

- **Nutrition, biologique**, département interhospitalier de santé publique à AVICENNE (type 2)
- **Biostatistiques, informatique médicale et technologie de communication biologique**, département interhospitalier de santé publique, médecine sociale et d'informatique médicale à AVICENNE (type 1)

#### **Demande de création d'emploi de CCA :**

- **Histologie, embryologie, cytologie**, service d'histologie, embryologie, cytogénétique, biologie de la reproduction à JEAN VERDIER
- **Pédopsychiatrie**, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie générale à AVICENNE

## **D – GHU SUD**

### **1) UFR CRETEIL**

**PU-PH** : 8 emplois vacants

- **Urologie**, service d'urologie à HENRY MONDOR (type 1 et 3)
- **Ophthalmologie**, service d'ophtalmologie du CHI CRETEIL (type1)
- **Physiologie biologique**, service de physiologie (explorations fonctionnelles) à HENRI MONDOR (type 1)
- **Thérapeutique clinique**, département HU de médecine interne et gériatrie à HENRI MONDOR – ALBERT CHENEVIER (type 1)
- **Psychiatrie adultes**, département hospitalo-universitaire de psychiatrie à HENRI MONDOR – ALBERT CHENEVIER (type 1)
- **Chirurgie vasculaire**, service de chirurgie vasculaire à HENRI MONDOR (type 1)
- **Biologie cellulaire**, service d'hépto-gastro-entérologie à HENRI MONDOR (Détachement)
- **Neurochirurgie**, service de neurochirurgie à HENRI MONDOR (type 3)

#### **Demandes de création (discipline prioritaire) :**

- **Gériatrie et biologie du vieillissement**, département hospitalo-universitaire de médecine interne et gériatrie à HENRI MONDOR – ALBERT CHENEVIER (type 1)

#### **Demandes de création à titre de la recherche :**

- **Cancérologie biologique**, service d'anatomie pathologique à HENRI MONDOR (type 1)
- **Neurologie**, service de neurologie à HENRI MONDOR (type 1)

**MCU-PH** : 3 emplois vacants

- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service d'anatomie pathologique à HENRI MONDOR (type 1)
- **Biophysique et médecine nucléaire**, service de médecine nucléaire à HENRI MONDOR (type 1)
- **Physiologie clinique**, service de physiologie (explorations fonctionnelles) à HENRI MONDOR (type 1)

**Demande de création d'emploi de CCA :**

- **Gériatrie et biologie du vieillissement clinique**, département de médecine interne à ALBERT CHENEVIER
- **Thérapeutique**, service de cardiologie 1 à HENRI MONDOR
- **Chirurgie vasculaire**, service de chirurgie vasculaire à HENRI MONDOR

**2) UFR KREMLIN-BICETRE**

**PU-PH** : 6 emplois vacants

- **Cardiologie**, service de cardiologie à ANTOINE BECLERE (type 1)
- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale**, service d'anesthésiologie réanimation pour l'UF ANTOINE BECLERE (type 3)
- **Hépatologie**, service d'hépatogastro-entérologie à ANTOINE BECLERE (type 1)
- **Urologie**, service d'urologie à BICETRE (type 1)
- **Chirurgie orthopédique et traumatologique**, service d'orthopédie et traumatologie à BICETRE (type 1 et 3)
- **Ophthalmologie**, service d'ophtalmologie à BICETRE (type 1)

**Demandes de création :**

- **Cancérologie-radiothérapie**, département de médecine – unité de phase I de développement des nouveaux agents cancéreux à l'IGR (type 1)
- **Biologie cellulaire**, laboratoire de recherche translationnelle IGR (type 2)
- **Cancérologie-radiothérapie**, service oncologie médicale à PAUL BROUSSE (type 2)

**MCU-PH** : 7 emplois vacants

- **Médecine interne**, service de médecine interne à BICETRE (type 1)
- **Thérapeutique clinique**, service de réanimation médicale adulte à BICETRE (type 2)

- **Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**, service de biostatistiques et d'épidémiologie à l'IGR (type 1)
- **Biologie et médecine du développement et de la reproduction biologique**, service d'histologie-embryologie-cytogénétique à ANTOINE BECLERE (type 1)
- **Néphrologie**, service de néphrologie à BICETRE (type 1)
- **Biophysique et médecine nucléaire**, service de biophysique à BICETRE (type 2)
- **Hématologie clinique**, service d'hématologie biologique à BICETRE (type 2)

**Demandes de création au titre de la recherche :**

- **Biologie cellulaire**, service de génétique moléculaire, pharmacogénétique et hormonologie à BICETRE (type 2)

**Demande de création d'emploi de CCA :**

- **Radiologie et imagerie médicale**, service de radiologie et imagerie médicale à PAUL BROUSSE
- **Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques cliniques**, service d'endocrinologie à BICETRE
- **Radiologie et imagerie médicale**, service de radiologie à ANTOINE BECLERE
- **Cardiologie**, service de cardiologie et maladies vasculaires à BICETRE
- **Génétique**, service de génétique médicale à l'IGR
- **Hépatologie**, département hépatologie biliaire à PAUL BROUSSE

## Annexe n° 2

<p style="text-align: center;"><b>REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES EN ODONTOLOGIE DES PERSONNELS MEDICAUX ANNEE 2006</b></p>
---

### **A – Université PARIS V**

1) PU-PH : 0 emploi vacant

2) MCU-PH : 2 emplois vacants

- **Sciences anatomiques avec fonctions hospitalières en prothèses**, à CHARLES FOIX  
- **Prothèses**, à LOUIS MOURIER

3) Transformations d'emplois de MCU-PH Temps partiel en Temps Plein :

- **Odontologie conservatrice**, à LOUIS MOURIER  
- **Parodontologie**, à l'HOTEL DIEU pour le Centre JEAN DELIBEROS

### **B – Université PARIS VII**

1) PU-PH: 0 emploi vacant

- Proposition de transformation d'un emploi de Professeur du 1<sup>ER</sup> grade en prothèses vacant pour un emploi de PU-PH **en sciences anatomiques avec fonctions hospitalières** en odontologie conservatrice, pour le service GARANCIERE.

2) MCU-PH : 2 emplois vacants

- **Prothèses**, à l'HOTEL DIEU pour le service GARANCIERE  
- **Sciences biologiques** avec fonctions hospitalières en chirurgie buccale par redéploiement d'un emploi d'odontologie conservatrice, pour le service GARANCIERE.

3) Transformation d'un emploi de MCU-PH Temps partiel en Temps Plein :

- **Prothèses**, pour le service GARANCIERE