

**DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE**

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 14 OCTOBRE 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 09 DECEMBRE 2008**

-=-

# Commission médicale d'établissement du mardi 14 octobre 2008

## Ordre du jour

<b>COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS</b>	<b>1</b>
<b>SEANCE PLENIERE DU MARDI 14 OCTOBRE 2008</b>	<b>2</b>
<b>Ordre du jour</b>	<b>2</b>
I. Information sur les travaux du conseil exécutif	5
II. Projet de loi hôpital, patients, santé, territoires	7
III. Nouveau système d'information patient	11
IV. Recherche clinique	13
V. Consultations externes	15
VI. Deuxième état quadrimestriel pour l'exercice 2008	18
VII. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif n°1 de 2008	19
VIII. Avis sur les propositions budgétaires 2009 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, de la formation initiale, des activités d'addictologie	22
IX. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de biens immobiliers	23
X. Avis sur des fiches de pôle d'activité	23
XI. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2009	27
XII. Avis sur des contrats d'activité libérale	29
XIII. Postes d'internes en Ile-de-France pour les prochains semestres	29
XIV. Evolution de la réglementation sur la nomination et le versement de la prime des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique	30
XV. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2009	30
XVI. Approbation du compte-rendu de la séance du 9 septembre 2008	30
XVII. Questions diverses	31

## **Assistent à la séance :**

### **. Avec voix consultative :**

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
- Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie Ile de France,
- Mr le Dr. Gilles CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
- Mme le Dr DESOUCHES, inspecteur régional de santé publique,
- Mr. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

### **. En qualité d'invité permanent, les doyens :**

- Mr le Pr. Patrick BERCHE,
- Mme le Pr. Marie-Laure BOY-LEFEVRE,
- Mr le Pr. Benoît SCHELMMER.

### **. Les représentants de l'administration :**

- Mr. LECLERCQ, directeur général,
- M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du GH Ouest,
- Mme. QUESADA, directeur exécutif du GHU Sud,
- Mr. FAGON, directeur de la politique médicale,
- Mr. GUIN, directeur économique et financier,
- Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale,
- Mme GUINGOUAIN, directrice par intérim de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Mme. l Dr. d CHAMBINE, mission prospective et performance médicales
- Mme. DEAL, département des ressources humaines médicales,
- Mr. l Pr. LEMAIRE, délégation inter-régionale de la recherche clinique d'Ile de France,
- Mr. le Pr. LEPAGE, département de l'information médicale, analyse et prospective

- Mr. MARCHAL, direction du patrimoine et de la logistique,
- Mr. MISSE, département de la recherche clinique.

. *Membres excusés :*

- Mme le Pr. Martine AIACH,
- Mr le Pr. Dominique CHOUDAT,
- Mme le Dr. Agathe SEGUIN.

*La séance est ouverte sous la présidence de M. CORIAT.*

## **I. Information sur les travaux du conseil exécutif**

### **1. Le boycott de la transmission du codage des actes médicaux**

**M. CORIAT** rappelle que la commission médicale d'établissement s'est exprimée démocratiquement sur le mouvement de boycott de la transmission du codage. Tout en regrettant la décision unilatérale du gouvernement modifiant la base de calcul des remboursements d'honoraires relatifs à l'exercice libéral, la CME ne peut pas accepter des modes d'expression mettant en cause l'équilibre financier de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. C'est pourquoi, avec M. AIGRAIN et M. VALLEUR, il a mené de nombreuses consultations afin de trouver une solution permettant aux médecins pratiquant l'activité libérale de s'exprimer sans pénaliser l'institution. Alors que le projet de loi hôpital, patients, santé, territoires remet en cause les compétences de la CME, M. CORIAT juge indispensable que l'instance prenne clairement position sur les sujets la concernant.

Au cours de la séance, M. CORIAT incitera les membres de la CME à émettre un avis favorable sur les contrats d'activité libérale nouveaux ou en cours de renouvellement soumis à son examen.

Il espère que l'unité de la communauté médicale, dont la CME s'avère garante, sera préservée, élément indispensable pour réussir le pari de l'efficacité.

**M. CHATELLIER** présente la démarche engagée afin de récupérer le codage non enregistré au cours de l'été. Il précise en premier lieu qu'au 6 octobre 2008, selon les informations transmises par les établissements, 9 services pratiquaient encore un boycott total du codage et 15 services avaient engagés une reprise très partielle. Au 31 août 2008, 30 000 séjours n'avaient pas été codés, ce qui engendre une perte de recettes estimée à 110 millions d'euros. De plus, certains sites ont pratiqué un codage partiel qui sera plus compliqué à corriger.

La démarche engagée consiste à demander aux départements de l'information médicale (DIM) des hôpitaux une information concernant la situation de chaque service, le nombre de séjours non codés mois par mois et le taux d'exhaustivité cumulé. Par ailleurs, une surveillance indirecte est menée à travers le pourcentage des groupes homogènes de séjour chirurgicaux. L'objectif consiste à retrouver l'exhaustivité et la qualité du codage d'ici à la fin d'année, tout en rappelant les risques induits par un sous-codage (pertes de recettes), mais aussi par surcodage indu (sanctions résultant de contrôles).

M. CHATELLIER insiste sur le fait que la situation doit impérativement revenir à la normale au 15 novembre, afin que l'AP-HP puisse terminer l'année d'une manière satisfaisante. Le rattrapage est l'affaire de chaque hôpital, c'est-à-dire de son DIM, mais aussi de sa communauté hospitalière et de son administration locale. Le mode d'action retenu afin de rattraper le retard de codage s'explique par la nécessité de prendre en compte la particularité de chaque hôpital. En cas de difficulté, les établissements ne doivent pas hésiter à le contacter.

**M. CORIAT** fait part de sa surprise concernant une potentielle persistance du boycott dans certains services, dans la mesure où aucun médecin ne persiste à revendiquer un tel moyen d'action. A ses yeux, il existe simplement un délai de latence entre la reprise du codage et l'arrivée des informations.

**M. CHATELLIER** doute de cet élément, dans la mesure où les DIM disposent d'une information en temps réel de la situation.

**M. CAPRON** souhaite savoir s'il est prévu de mettre en œuvre une procédure préventive visant à éviter un tel mode de revendication à l'avenir.

**M. CORIAT** précise que le projet de loi hôpital, patients, santé, territoires comprend un volet consacré à l'absence de transmission des données.

**M. LYON-CAEN** souhaite connaître l'attitude qui serait adoptée par la direction générale si certains praticiens persistaient dans leur boycott.

**M. LECLERCQ** assure que l'ensemble des praticiens participant à ce mouvement ont indiqué avoir repris le codage.

## **2. Le rappel relatif au rôle des chefs de service**

**M. CORIAT** indique qu'une lettre ouverte, qu'il a cosignée avec le directeur général, a été publiée sur le site de la CME. Ce document rappelle que les missions des chefs de service et des chefs de pôle ne sont pas redondantes. Le chef de service doit jouer un rôle dans le bon fonctionnement de l'institution dans la mesure où il porte la spécialité, où il constitue un moteur de l'attractivité, tant en ce qui concerne le personnel médical que les patients, et où il valorise les activités académiques de la structure dont il a la charge.

## **3. Les groupes hospitaliers**

Les présidents des comités consultatifs médicaux et les directeurs d'hôpitaux ont été réunis afin d'entendre une présentation de la démarche relative aux groupes hospitaliers. **M. CORIAT** rappelle que la CME sera garante de la pertinence du projet médical des projets de regroupement proposés.

**M. LECLERCQ** précise qu'à l'issue des travaux du conseil exécutif du mois de juillet 2008, il a cosigné une note avec le président de la CME définissant un premier projet relatif au périmètre des futurs groupes hospitaliers. Un certain nombre de points restent néanmoins à fixer d'ici à la fin d'année dans le cadre d'une méthodologie qui sera prochainement proposée au conseil exécutif. Cette démarche vise à constituer des groupes d'une taille critique offrant une offre de soins cohérente, mais aussi à obtenir une amélioration de la productivité grâce à une fusion des équipes administratives et des fonctions support. **M. LECLERCQ** précise que la préparation du plan stratégique se déroulera dans le cadre des groupes hospitaliers en cours de constitution.

**M. LEVERGE** rappelle qu'à l'occasion de la CME du mois octobre 2007, le président avait indiqué qu'il soutenait la requête visant à ajouter le chef de service, ou le responsable de la structure interne, à la liste des personnes impliquées dans l'évaluation des personnels. Or **M. LEVERGE** constate que le chef de service n'apparaît toujours pas dans les fiches d'évaluation du personnel. Il demande que la direction du personnel et des relations sociales se conforme à la demande formulée par le président de la CME.

**M. CORIAT** confirme qu'il souhaite que les chefs de service participent à l'évaluation du personnel.

Au nom de la direction de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, **Mme GUNGOUAIN** précise que les nouvelles fiches d'évaluation, élaborées avec la direction du développement des ressources humaines (DDRH) et la direction du personnel et des relations sociales (DPRS), tiennent compte de la nouvelle gouvernance, qui fait du chef de pôle le responsable de l'évaluation. Le chef de service n'est donc pas mentionné dans ces fiches, contrairement au cadre soignant du service. Mme GUNGOUAIN estime néanmoins que l'évaluation peut résulter d'une négociation entre le chef de service et le chef de pôle.

**M. LEVERGE** conteste la teneur de cette intervention. Il rappelle que l'article 11 du décret du 19 septembre 2007 précise que l'évaluation du chef de service intervient après l'évaluation du supérieur hiérarchique direct. Il indique qu'il déposera un référé afin de contester les fiches d'évaluation proposées par l'administration. Plus généralement, indiquant être soutenu par les 40 chefs de service de pharmacie de l'AP-HP, et sans doute par de nombreux chefs de service de médecine, il demande que la DPRS tienne compte de l'avis de la CME exprimé en octobre 2007.

**M. LECLERCQ** déclare avoir longuement travaillé avec le président et le vice-président de la CME à l'élaboration d'un texte précisant le rôle respectif des chefs de pôle et des chefs de service. Le point soulevé en séance correspond à un document rédigé avant la publication de la note cosignée avec M. CORIAT. Il s'agit simplement d'un problème technique.

**M. ABDOUN** rappelle qu'un très grand nombre d'agents ne sont pas évalués en temps et en heure et ne bénéficient pas d'une notation harmonisée. Les cadres de services indiquent ne pas disposer du temps nécessaire à la démarche d'évaluation prévue par la réglementation. Ce sujet fait l'objet d'un grand nombre de recours.

**M. LEVERGE** indique ensuite que la constitution de groupes hospitaliers devra prendre en compte le fait que chaque pharmacie à usage interne doit disposer d'une licence délivrée par le préfet.

**M. LECLERCQ** confirme que ce point fera l'objet d'une étude technique en lien avec les pharmaciens.

## **II. Projet de loi hôpital, patients, santé, territoires**

**M. CORIAT** pense qu'il est important que les membres de la CME prennent connaissance du projet de loi présenté par le gouvernement, dans la mesure où le projet pourra être amendé par les parlementaires M. LE GUEN, président suppléant du conseil d'administration, se dit prêt à déposer des amendements suggérés par les membres de la CME.

La présentation comprendra un premier volet consacré à un certain nombre de dispositions figurant dans le projet de loi, qui renforce le pouvoir des directeurs d'hôpitaux. Le second volet cherche à démontrer que la CME verra son pouvoir renforcé à l'avenir. (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME).

### **1. Les dispositions contenues dans le projet de loi**

#### *a. Le statut et la gouvernance des établissements publics de santé*

Les établissements seront dotés d'un directoire présidé par un directeur. Concernant les CHU, ces directeurs seront nommés par un décret en conseil des ministres. Le directeur conduira la politique

générale de l'établissement. Il disposera du pouvoir de nomination, y compris des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes, après avis du président de la CME. M. CORIAT précise que les amendements demanderont que ces nominations bénéficient d'un avis conforme de la CME. Le projet de loi précise ensuite que le directeur a autorité sur le personnel médical « dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs et de l'indépendance professionnelle du praticien. » Le président doute de la mise en œuvre de ce mode de fonctionnement.

Le projet précise ensuite qu'après avis du directoire, le directeur signera le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen et décidera de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. M. CORIAT s'étonne de cette formulation, dans la mesure où le respect de la qualité des soins ne se décrète pas, mais résulte de l'état d'esprit régnant dans les services.

Le directeur décidera également du règlement intérieur. Par ailleurs, à défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales, il décidera de l'organisation du travail et des temps de repos. M. CORIAT ne sait pas comment cette disposition pourra se décliner pour les médecins. Le projet prévoit également qu'en cas de restructuration, le directeur pourra mettre fin aux fonctions d'un praticien.

Le président de la CME, sera le vice-président du directoire. M. CORIAT indique que les présidents de CME ont demandé sans succès au ministère la suppression de cette disposition, et doute également du bien fondé de l'article stipulant que le projet médical d'établissement sera préparé par le président de la CME et arrêté par le directeur d'établissement.

Le directoire sera composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de sept membres dans les CHU. Les membres du directoire seront nommés par le directeur après avis du président de la CME. M. CORIAT souhaite que le texte précise à l'avenir que cet avis devra être conforme et croit savoir que le ministère acceptera sans doute que la majorité des membres du directoire soient des représentants du corps médical. En revanche, un directeur d'unité de formation et de recherche médicale (UFR) ne serait pas automatiquement membre du directoire d'un CHU.

Le projet de loi prévoit ensuite que les établissements publics de santé définiront librement leur organisation interne. M. CORIAT estime que l'AP-HP devra redéfinir son règlement interne dès que la loi sera promulguée, afin d'assurer la place de la communauté médicale.

Par ailleurs, le responsable de pôle deviendra un chef de pôle nommé pour quatre ans. La nomination des chefs de pôle interviendra « après avis » des présidents d'UFR. Un contrat de pôles sera signé avec l'ensemble des chefs de pôles. Ces évolutions renforcent le président dans sa volonté de redéfinir la place du service dans le cadre de l'organisation interne que l'AP-HP devra adopter, en s'inspirant du texte qu'il a cosigné avec le directeur général et qui figure sur le site de la CME.

M. CORIAT note que le chef de pôle aura une autorité fonctionnelle et affectera les ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité.

Pour sa part, le directeur pourra autoriser des médecins libéraux autres que les praticiens statutaires à participer aux missions de l'établissement. L'hôpital percevra les honoraires et les reversera à ces professionnels médicaux après avoir prélevé une redevance. Par ailleurs, les établissements publics de santé pourront recruter des praticiens contractuels dont la rémunération comprendra des éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et

qualitatifs. M. CORIAT estime que la cohabitation de ces médecins avec les PH est susceptible de poser problème.

#### *b. Les communautés hospitalières de territoire*

Une communauté hospitalière de territoire permettra à plusieurs établissements publics de santé de se regrouper. L'AP-HP sera sans doute contactée par différents établissements (l'hôpital Sainte-Anne...) afin de nouer des partenariats dans le cadre de ces communautés hospitalières de territoire.

## **2. Le rôle de la CME**

M. CORIAT constate que la logique du projet de loi consiste à consacrer un véritable patron pour l'hôpital, un directeur disposant de tous les pouvoirs et s'appuyant sur des chefs de pôle. Ce projet ne précise pas le rôle de la CME.

Un membre du cabinet du ministre de la santé a transmis un certain nombre d'arguments visant à convaincre que la loi renforce le rôle de la CME. Ainsi, le président de la CME sera vice-président du directoire. Les représentants de la CME siègeront au directoire. La CME contribuera à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle proposera au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi.

Le président de la CME participera à la gestion de ressources humaines. Cependant, M. CORIAT souligne qu'il lui sera simplement demandé de donner son avis concernant les nominations du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, l'interruption des fonctions, les nominations des chefs de pôle et la gestion du temps médical. Le président de la CME préparera le projet médical, se prononcera sur toutes les questions médicales, et appuiera le directeur dans l'ensemble de la gestion.

Le projet de loi prévoit également des conditions d'exercice des médecins rénovés. Tout d'abord, les praticiens titulaires volontaires pourront opter pour un contrat rénové de droit public au sein duquel ils pourront négocier leur salaire.

**M. RYMER** précise que les médecins titulaires choisissant cette option garderont la possibilité de retrouver un statut de PH à l'issue de leur contrat.

Le projet de loi permet également de créer des fondations afin de clarifier les procédures de financement de la recherche. Il précise également que tous les établissements pourront passer des conventions avec les UFR. En conclusion, M. CORIAT estime que le projet de loi contient des dérives potentiellement dangereuses concernant la recherche et limite le pouvoir de la CME.

**M. SCHLEMMER** considère que le projet de loi présenté n'a pas été conçu pour les CHU, et encore moins pour l'AP-HP. En effet, le texte ne contient aucune disposition relative au rôle de l'université et des directeurs d'UFR. Ces derniers devraient en toute logique faire partie du directoire, mais il semble prévu de limiter leur place à un strapontin au sein du conseil de surveillance. Or il rappelle que l'agrément des lieux de formation, donc des CHU, relève de l'université. Par ailleurs, sauf à vouloir remettre en cause l'ordonnance de 1958, il n'est pas possible de conduire un CHU sans intégrer la dimension relative à la recherche.

M. SCHLEMMER note par ailleurs que le projet de loi met en place une architecture reposant essentiellement sur les pôles, alors que ces derniers ne sont pas toujours en cohérence avec les

disciplines, ou avec les sections et sous-sections du conseil national des universités (CNU). Or les nominations d'enseignants auxiliaires ou titulaires sont liées aux disciplines du CNU. Ces deux éléments expliquent la très vive préoccupation des doyens et présidents d'université concernant le projet de loi. L'ensemble des moyens devront être mis en œuvre afin d'infléchir le projet ou d'obtenir des assurances dans le cadre du débat législatif.

**M. CARLI** constate pour sa part que l'agence régionale de la santé (ARS) exercera un contrôle renforcé sur les établissements, ce qui ne manquera pas de poser un problème organisationnel dans le cas de l'AP-HP. A titre d'exemple, la contractualisation des praticiens sera essentiellement gérée par l'ARS, dans la mesure où cette dernière en fixera le nombre, ainsi que les spécialités et les sites concernés. Or le contexte budgétaire actuel ne permettra sans doute pas de favoriser les CHU. Cette mesure permettra en réalité de mieux payer les gardes au sein d'établissements où personne ne veut exercer.

**M. LEVERGE** constate que le projet de loi prévoit que le président du directoire nomme les praticiens après avis du président de la CME. Il pense qu'un amendement sera déposé afin de mentionner également l'avis de la CME concernant ces nominations. Un autre amendement sera déposé afin que la CME émette également un avis concernant la fin des mandats de PH en cas de restructuration décidée par le président du directoire.

Répondant à une question de **Mme GIRARD Brigitte**, **M. LECLERCQ** indique que le conseil de surveillance remplacera le conseil d'administration. Cette instance comprendra un nombre moins important de membres et verra ses missions recentrées vers une mission stratégique de surveillance du directoire, qui pour sa part récupérera une partie des missions actuellement assurées par le conseil d'administration.

Par ailleurs, répondant à une question de **Mme DEGOS**, **M. LECLERCQ** précise que le choix de l'entité assurant la tutelle de l'AP-HP après la promulgation de la loi n'est pas encore tranché. Soit le système dérogatoire actuel, au sein duquel la tutelle est assurée par les ministères sera conservé, soit cette tutelle sera assurée par l'ARS, ce qui ne manquera pas de poser d'autres questions santé et budget.

**M. CORIAT** précise ensuite que le projet de loi prévoit que le directoire comprendra sept membres nommés par le directeur général après avis du président de la CME, qui est membre de droit de cette instance. D'après le projet, le directeur général pourrait ne pas retenir les propositions du président de la CME et notamment nommer des médecins n'appartenant pas à la CME. Les démarches visant à modifier le projet de loi visent à acter le fait que la majorité du directoire sera bien composé de médecins, que ces médecins devront être membres de la CME et que leur nomination aura dû obtenir un avis conforme du président de la CME.

Plus généralement, **M. CORIAT** estime qu'un président de CME ne pouvant pas s'appuyer sur la CME deviendrait rapidement l'otage du pouvoir administratif. Il est donc indispensable que les membres de la CME constituent la majorité des membres du directoire.

**M. LYON-CAEN** estime qu'à l'exception du volet relatif à l'organisation territoriale des soins, les dispositions du projet de loi sont préoccupantes, dans la mesure où l'approche hospitalière est totalement dissociée de l'approche universitaire et de recherche. Or il estime que la CME ne pourra pas réfléchir à son organisation interne sans intégrer cette dimension. Il s'étonne de ne pas entendre les doyens s'interroger publiquement concernant ce risque.

**M. SCHLEMMER** indique qu'un communiqué commun entre les doyens et la conférence des présidents de CME a été publié. Par ailleurs, des contacts sont en cours avec le cabinet de la ministre afin d'obtenir des modifications au projet de loi.

**M. BERCHE** pense que le projet de loi concerne en réalité les centres hospitaliers. Un second texte relatif aux CHU sera sans doute examiné dans un second temps. Par ailleurs, il fait part de son inquiétude concernant les risques que ce projet de loi fait peser sur les services, alors que les nominations relèvent de disciplines.

### **III. Nouveau système d'information patient** (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME)

**M. LEPAGE** indique que le système d'information patient doit permettre :

- d'améliorer le parcours du patient ;
- de simplifier l'organisation des séjours ;
- de mettre à disposition des personnels de santé une information médicale fiable à partir d'un dossier hospitalier patient unique ;
- d'optimiser la qualité des soins ;
- de faciliter l'activité d'enseignement et de recherche ;
- de s'inscrire dans la démarche globale du nouveau système d'information.

Le marché a finalement été attribué à Agfa Healthcare. Dans les faits, le dossier patient partagé par l'ensemble des hôpitaux sera au centre du dispositif. Il permettra de garantir la confidentialité et la sécurité des données. Un serveur d'identité unique sera mis en œuvre avant fin 2009. L'identifiant unique attribué à chaque patient pris en charge par un hôpital de l'AP-HP pourra à terme être pris en compte au titre du numéro d'identifiant national. Les autres outils nécessaires au bon fonctionnement du système d'information seront développés d'ici au deuxième trimestre 2010, concernant l'hospitalisation et la consultation. Le dossier hospitalier patient permettra une communication vers d'autres hôpitaux hors AP-HP et vers la médecine de ville.

M. LEPAGE souligne que la mise en œuvre d'un tel projet implique une mobilisation forte de l'ensemble de l'AP-HP. En effet, assurer la sécurité et la disponibilité 24 h / 24 h ne dépendra pas uniquement de l'industriel. Les utilisateurs (un médecin, un personnel soignant et un personnel non soignant par hôpital) devront s'impliquer fortement dans l'élaboration du système d'information propre à l'AP-HP. Ils devront notamment tester le produit proposé par l'industriel afin de proposer soit des modifications des pratiques au sein des services, soit des évolutions de l'outil. Par ailleurs, un groupe de suivi fonctionnel et technique sera constitué. La démarche s'appuiera sur les collégiales et impliquera la participation des directions du siège et des hôpitaux.

La mise en œuvre du système d'information patient peut néanmoins s'appuyer sur le changement culturel déjà opéré au sein des équipes. En premier lieu, un travail très important a déjà été réalisé afin de diminuer les doublons d'identité au sein des hôpitaux. La démarche se poursuit désormais afin de limiter les doublons inter hôpitaux. En second lieu, une culture de partage de l'information a été développée, afin d'être en mesure de communiquer avec des entités extérieures à l'AP-HP. Elle repose tout d'abord sur une nomenclature de termes médicaux commune fondée sur des standards internationaux. Par ailleurs, un dossier socle patient (médiweb) a été mis en œuvre dans un grand nombre d'hôpitaux. Il permet d'accéder aux informations relatives aux diagnostics et aux actifs figurant dans le programme médicalisé du système d'information, mais aussi à l'ensemble des

comptes-rendus opératoires, d'hospitalisation et d'image. D'ici à la fin de l'année 2008, ces comptes-rendus pourront être transmis à la médecine de ville via une messagerie sécurisée. Enfin, un système d'information de biologie partagé est en cours de déploiement sur les hôpitaux. En troisième lieu, l'évolution des pratiques a été engagée afin d'anticiper le déploiement du système d'information patient. Cette démarche concerne la gestion des blocs opératoires, l'informatisation de la prescription dans plus de la moitié des services, enfin la mise en œuvre d'un dossier de cancérologie unique dans 21 hôpitaux de court séjour. Cependant, le déploiement de ces outils reste très inégal selon les établissements. L'objectif consiste à parvenir à une situation harmonisée fin 2009.

M. LEPAGE détaille ensuite le calendrier relatif à l'élaboration du système d'information patient. La phase de cadrage projet, permettant de parvenir à la solution nécessaire à l'AP-HP, est en cours de lancement et durera 18 mois. Le serveur d'identité devrait pour sa part être opérationnel fin 2009. La première version du système d'information patient devra être testée au sein d'un hôpital de l'AP-HP au deuxième trimestre 2010. L'industrialisation de l'outil sera testée le trimestre suivant au sein de deux hôpitaux pilote. Enfin, la solution sera généralisée par les équipes de l'AP-HP au sein de l'ensemble des établissements entre le quatrième trimestre 2010 et le quatrième trimestre 2013, dans le cadre d'un processus industrialisé impliquant un transfert de compétence entre l'industriel et l'AP-HP.

Le déploiement devra intervenir dans un délai limité. Il reposera sur un modèle déjà appliqué dans le cadre des projets déjà développés (Gestion des blocs opératoires, système de gestion des laboratoires...). Le déploiement sera mené par groupes hospitaliers en respectant deux étapes :

- la préparation organisationnelle et technique de l'hôpital ;
- la formation et l'accompagnement au démarrage.

En résumé, le projet vise à passer d'un système reposant sur un grand nombre d'applications dont les interfaces sont peu satisfaisantes vers un système d'information intégré et centré sur le patient.

**M. CORIAT** assure le concours de la CME à cette démarche représentant un enjeu majeur pour l'AP-HP.

**M. HINGLAIS** insiste sur l'importance de la phase d'adaptation du logiciel qui vient d'être acquis aux 37 hôpitaux de l'AP-HP. Illustrant les difficultés susceptibles d'apparaître, il constate que certains services d'urgences ont mis dix ans à se conformer à un logiciel. Il estime que le rôle des collégiales sera essentiel dans ce travail d'adaptation, afin d'aboutir à des solutions susceptibles d'être déployées dans l'ensemble des services.

**Mme MAUGOURD** fait part de ses craintes concernant l'archivage des données enregistrées dans les dossiers informatisés des patients antérieurement à la mise en œuvre du nouveau dispositif. Elle souhaite également obtenir des précisions concernant le transfert des données figurant sur Actipidos vers le nouveau système d'information.

**M. LEPAGE** estime que les systèmes de sauvegarde permettront de conserver sans difficulté les données, à une exception près. En effet, il ne sera pas possible de stocker indéfiniment les radios sur support informatique, en raison du volume de ces documents. Il sera donc nécessaire de prendre des décisions drastiques afin de limiter le nombre de clichés conservés.

Par ailleurs, il précise qu'à l'exception de quelques dossiers patients, aucune donnée ne sera transférée vers le nouveau système d'information. En effet, un tel transfert serait extrêmement

coûteux. La solution pourrait consister soit à créer des documents pdf, soit à conserver de manière temporaire la prescription sur Actipidos, afin de consulter les dossiers des patients. M. LEPAGE rappelle néanmoins que les données relatives à la prescription perdent rapidement de leur intérêt.

#### **IV. Recherche clinique**

##### **1. La constitution d'un groupe de travail de la CME consacré aux modalités de réalisation des projets de recherche clinique au sein de l'AP-HP (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME)**

**Mme DURAND** indique que de nombreux médecins sollicitent des conseils concernant la manière d'engager une démarche de recherche clinique. Un groupe de travail a été constitué afin :

- d'informer les membres de la CME, et la communauté médicale sur des activités de recherche de l'institution ;
- de recenser les différentes possibilités de conduire un projet de recherche clinique au sein de l'AP-HP et d'identifier les différents types de projet, les appels à projets et les sources de financement ;
- d'expliquer le coût d'un projet de recherche ;
- de préciser le rôle des unités de recherche clinique (URC) et du département de la recherche clinique (DRC) ;
- d'émettre des recommandations concernant l'organisation et le fonctionnement de la recherche au sein de l'AP-HP.

Le groupe de travail, co-animé par l'intervenante et M. MISSE, est ouvert aux membres de la CME présentant leur candidature. Il est prévu de réunir ce groupe chaque mois et de mettre en place une information régulière de la CME concernant l'avancée des travaux. Un point d'étape interviendra en janvier 2009 et un exposé final en mai 2009.

##### **2. Le lancement des appels à projets du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2009 et du programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC) 2009 (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME)**

**M. MISSE**, rappelle que le PHRC et le STIC permettent de soutenir des projets de recherche ambitieux.

###### *a. La campagne 2009 du PHRC*

La campagne 2009 du PHRC s'articule entre un appel à projet national et sept appels à projets interrégionaux. L'appel à projet national comprend un axe prioritaire de huit thèmes (maladie d'Alzheimer, cancer, santé mentale et autisme, maladies infectieuses, pédiatrie, maladies chroniques, maladies rares, soins palliatifs) et trois autres axes (études d'impact, essais cliniques multicentriques, soutien à des réseaux d'investigateurs). Ces programmes mobilisent des moyens importants (75 millions d'euros au total pour le PHRC dont 4,5 millions d'euros concernant l'appel à projet régional géré par la DIRC Ile-de-France).

La procédure de sélection des projets cancer est déléguée à l'institut national du cancer (INCa) depuis quatre ans. En revanche, les autres projets sont soumis au comité national de la recherche clinique.

Le calendrier est très contraint. Concernant l'appel à projets national cancer, les lettres d'intention devaient être adressées au 13 octobre 2008. A l'issue de cette première sélection, les dossiers complets sont attendus le 17 décembre 2008. Concernant l'appel à projet hors cancer, un résumé du projet devra être adressé à la délégation à la recherche clinique avant le 13 novembre 2008. Les dossiers complets devront être transmis avant le 17 décembre 2008. Enfin, les dossiers participant à l'appel à projets régional sont à adresser avant le 27 novembre 2008.

M. MISSE rappelle que l'AP-HP obtient d'excellents résultats dans le cadre du PHRC : 6 % des projets retenus et 44 % des financements délivrés au titre de l'appel à projets national (25 millions d'euros sur un total de 57 millions d'euros). Dans le détail, les résultats sont moins favorables concernant l'appel à projets national relatif au cancer (25 % des projets retenus, représentant 18 % des financements délivrés).

Le total représenté par l'appel à projets national et l'appel à projets régional a permis à l'AP-HP de mettre en œuvre 81 projets pour une enveloppe de 28 millions d'euros en 2008.

#### *b. Le programme STIC*

Les budgets relatifs au programme STIC sont moins importants que ceux relatifs au PHRC (2 millions d'euros au titre du STIC cancer et entre 10 et 12 millions au titre du STIC hors cancer). Le STIC cancer fait l'objet d'une première phase de présélection sur la base d'une lettre d'intention qui doit être transmise au comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) avant le 28 octobre 2008. Les dossiers complets devront être transmis avant le 9 janvier 2009 par courriel. Concernant le STIC hors cancer, le recensement des propositions devra intervenir avant le 16 octobre 2008. Les autorités ministérielles publieront une circulaire précisant les thèmes retenus sur la base des propositions formulées. A cette date, les dossiers complets pourront être transmis.

En 2008, un projet porté par l'AP-HP a été retenu au titre du STIC cancer, ainsi que deux projets portés par l'AP-HP au titre du STIC hors cancer.

**M. LEMAIRE** précise que la circulaire ministérielle retient uniquement les thèmes portés par plusieurs CHU. Il est donc nécessaire de chercher des partenaires avant de déposer un projet au titre du STIC.

### **3. Le comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME)**

**M. CORIAT** rappelle que la législation a créé dans chaque CHU un comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique dont l'objectif est d'harmoniser la cohérence et la complémentarité de l'action des CHU et des universités associées et des établissements publics scientifiques et techniques (EPST). Le comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique de l'AP-HP est présidé par M. DELPECH.

**M. MISSE** précise que ce comité comprend douze membres, soit quatre membres représentant l'AP-HP, quatre membres représentant des universités et quatre membres représentant les organismes de recherche. Le comité a été installé le 7 novembre 2007.

**M. DELPECH** note que le comité de recherche en matière biomédicale et de santé publique couvre en réalité l'ensemble de l'Ile-de-France, et non uniquement l'AP-HP. Sa seconde réunion a eu lieu

le 9 octobre 2008 et a essentiellement permis de présenter le dispositif à ses membres et de faire le point des actions menées par la DIRC dans ses domaines de compétence. Le comité a voté son règlement intérieur et, après débat, a convenu que son intervention devait se limiter aux principaux sujets mentionnés par le texte législatif.

La CME pourra transmettre à l'orateur des demandes de sujets à inscrire à l'ordre du jour du comité.

Cette réunion a permis d'évoquer les inquiétudes concernant la modification des ordonnances de 1958 instituant les CHU, même si le projet de loi hôpital, patients, santé, territoires n'y fait pas allusion et ne comprend plus de volet relatif à la recherche. Le comité a indiqué qu'il ferait preuve de vigilance sur ce sujet. Cette réunion a également été l'occasion d'une information relative aux conventions entre les établissements et les universités, qui parfois entretiennent un certain flou concernant la propriété et la responsabilité de l'entretien des locaux affectés à la recherche. Le comité a demandé à être associé en amont aux procédures de révision de ces conventions et d'être informé des mouvements permettant de libérer des locaux susceptibles d'être affectés à des activités de recherche. Le comité a également entendu une présentation des appels à projet dans le cadre du PHRC et du STIC et d'un futur appel d'offres national relatif à la création de centres d'investigation biologique.

**M. CORIAT** rappelle que le ministère souhaitait faciliter la recherche relative aux soins courants dans le cadre de la future loi hôpital, patients, santé, territoires mais ce sujet ne figure plus dans le projet. Un point régulier relatif à l'avancée de la recherche clinique sera présenté en CME.

**M. FAYE** indique que la commission activité ressources constate que le temps médical lié aux actes et médicaments innovants ne sont pas valorisés dans la nomenclature alors qu'ils constituent souvent le support de l'activité recherche. Un rapport a été rédigé et soumis à la direction générale afin de valoriser ce temps médical.

## **V. Consultations externes**

**Mme de CHAMBINE** rappelle qu'un audit réalisé en 2006 par le pôle audit veille évaluation conseil et portant sur un échantillon de consultations de trois hôpitaux avait conclu que l'organisation des consultations ainsi que le volet financier correspondant, pouvaient être optimisés. Sur cette base, un projet (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME) est développé par la direction de la politique médicale. La définition des missions des consultations au sein de l'AP-HP et l'état des lieux ont déjà été réalisés. Les actions d'amélioration sont en cours d'élaboration, tout comme les indicateurs permettant de suivre les actions.

### **1. Les missions**

Un groupe composé essentiellement de médecins représentant différents types de consultations a fixé sept principes concernant cette activité. Les consultations externes doivent :

- répondre aux besoins de la population ;
- constituer une activité d'excellence ;
- contribuer au recrutement hospitalier ;
- participer à la prise en charge des urgences ;
- contribuer à la formation ;

- participer à l'activité de recherche ;
- être un lieu d'organisations innovantes.

Ces principes généraux doivent être adaptés site par site en fonction du projet médical de l'établissement.

## **2. L'état des lieux**

Concernant les seuls hôpitaux de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 3,5 millions de consultations externes ont été enregistrées hors urgences en 2007. Il s'agit d'une activité complexe et hétérogène, qui couvre de nombreux types d'activités et de spécialités et qui se déroule sur près de 400 lieux. Le volume des consultations est très variable selon les établissements.

Cette activité ne fait pas l'objet d'un enregistrement médicalisé. La seule comptabilisation possible dépend dans les faits de l'UA dans laquelle elle est réalisée, ce qui induit un biais statistique. Néanmoins, il apparaît que les principales spécialités comprenant une activité de consultations externes sont la gynécologie-obstétrique (13,77 %), la médecine interne (8,08 %) et la dermatologie (5,86 %).

Ce bilan fait apparaître une grande hétérogénéité. Ainsi, pour un volume de consultations donné, le nombre de lieu varie du simple au triple selon les hôpitaux. Par ailleurs, les données extraites d'Agenda mettent en avant un pic de programmation des consultations entre 9 et 12 heures, puis entre 14 et 16 heures dans l'ensemble des hôpitaux.

Le temps médical en consultation ne constituant pas un élément intégré dans le système d'information hospitalier, seuls huit hôpitaux ont été capables d'identifier le nombre de demi-journées hebdomadaires de consultations des médecins. Dans ces huit hôpitaux, le nombre de consultations réalisé par demi-fournée (vacation) varie entre 5,5 et 7,8, selon les établissements. Les attachés réalisent entre 32 % et 58 % de ces demi-journées (données sur 5 hôpitaux). Enfin, une synthèse de l'analyse organisationnelle met en avant deux points faibles : la prise de rendez-vous (l'accessibilité téléphonique) et le circuit, en particulier administratif, du patient.

## **3. Les actions**

Les hôpitaux ont déclaré que 103 actions étaient en cours et que 143 autres étaient en projet. Ces actions portent le plus souvent sur la gestion des rendez-vous et l'optimisation du circuit patient. L'institution propose pour sa part de centrer ses actions sur trois axes : la valorisation de l'activité, l'accessibilité et le temps médical.

Concernant la valorisation de l'activité, une forte progression du nombre des consultations pour avis ponctuel a été enregistrée suite au rappel des règles de codage en la matière réalisé en mars 2008. Par ailleurs, la direction économique et financière a engagé une démarche visant à optimiser le circuit de facturation, portant notamment sur les consultations.

Concernant l'accessibilité, des actions ont été engagées par certaines consultations concernant la prise de rendez-vous (augmentation du nombre de permanences téléphoniques, renforcement de l'effectif). Par ailleurs, des expérimentations sont en cours concernant l'utilisation de courriels, notamment concernant les annulations de rendez-vous. L'hôpital Robert Debré expérimente pour sa part l'externalisation partielle de la prise de rendez-vous. Un groupe de travail, regroupant

différentes directions du siège et les hôpitaux pilotes, a été constitué afin d'accompagner les actions en cours et d'identifier les outils et les bonnes pratiques.

Enfin, concernant le temps médical, une réflexion est en cours concernant l'offre de soins devant être couverte par les consultations, la répartition du temps médical entre les différentes activités, des changements d'organisation (transferts de tâches avec les paramédicaux, redistribution avec la médecine de ville...) permettant de répondre à la raréfaction programmée du temps médical, enfin concernant l'intégration des consultations dans le projet médical des établissements.

**M. CORIAT** ouvre le débat en rappelant que le temps médical gagné grâce à une meilleure organisation permettra d'accroître le nombre de postes de PH participant à l'activité.

**Mme DEGOS** regrette la non-valorisation du temps médical consacré aux réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie.

**Mme GIRARD Brigitte** s'étonne que cet état des lieux intervienne si tardivement et ne mentionne pas un certain nombre de dysfonctionnements. Ainsi, concernant la prise de rendez-vous, elle préconise d'équiper les standardistes de casques permettant de faciliter leur travail. Elle estime également que la prise de rendez-vous devrait être réalisée par des personnes spécialisées, sachant utiliser l'outil informatique, et non par des infirmiers. Elle soutient l'expérimentation relative à l'externalisation de la prise de rendez-vous, tout en pointant les problèmes philosophiques induits par ce type d'organisation.

**M. CORIAT** rappelle que les consultations ont un coût cinq fois supérieur aux gains qu'elles induisent. Permettre à l'AP-HP de continuer de réaliser des activités mal valorisées implique d'être draconien concernant leur organisation.

**M. LECLERCQ** estime pour sa part que les solutions techniques ne pourront être mises en œuvre qu'après avoir remis en ordre l'organisation des consultations. Par ailleurs, il est d'accord avec le président de la CME pour considérer que l'AP-HP peut assurer une activité de consultation déficitaire ou prise en charge par les MIGAC, dès lors que ces dernières répondent bien à une mission de santé publique.

**M. SEBBANE** indique que les consultations en gériatrie ont effectivement un coût élevé, dans la mesure où prendre en charge une personne âgée prend du temps et mobilise un grand nombre de personnels. Or cette présentation n'a pas évoqué la problématique spécifique de ces consultations.

Par ailleurs, il convient effectivement de modifier la prise de rendez-vous, qui peut poser problème pour les patients âgés venant consulter ou pour leur entourage.

**Mme VEINBERG** précise que les documents transmis évoquent le recrutement de nouveaux patients dans le cadre des différentes activités de consultation. Concernant certaines spécialités, ce taux de recrutement peut atteindre de 10 à 65%.

**Mme de CHAMBINE** signale que le rapport couvre l'activité de gériatrie ou de médecine gériatrique des hôpitaux de MCO. Par ailleurs, le rapport comprend un autre volet consacré aux hôpitaux de soins de suite et de réadaptation (SSR) non présenté en séance.

La comparaison sur les délais de RV ne doit pas intervenir entre les différentes spécialités, mais plutôt entre les services d'une même spécialité.

## **VI. Deuxième état quadrimestriel pour l'exercice 2008**

### **1. Les recettes**

M. GUIN ouvre la présentation (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME) en soulignant que la situation budgétaire tendue de l'AP-HP impliquera une grande rigueur dans la gestion des dépenses d'ici à la fin de l'exercice. A fin août, les recettes d'hospitalisation complète progressent de 2,7 % et les recettes d'hospitalisation partielle de 1,9 %. Les premiers éléments connus concernant le mois de septembre confirment cette tendance. Cependant, cet élément positif doit être relativisé en raison des efforts qu'il sera nécessaire de réaliser concernant le rattrapage de codage, dont le montant est estimé à 150 millions d'euros fin septembre. M. GUIN souligne que ce retard de codage fait peser un risque significatif sur l'exécution budgétaire de l'exercice.

Les recettes liées aux médicaments onéreux sont inférieures de 16 millions aux prévisions, et celles relatives aux dispositifs médicaux implantables le sont de 8 millions, en raison de l'absence de codage. Pour leur part, les recettes de titre 2 sont conformes à la cible et les recettes de titre 3 sont supérieures de 11 millions d'euros aux prévisions, essentiellement en raison d'une augmentation des rétrocessions de médicaments et des produits exceptionnels.

### **2. Les dépenses**

Les dépenses de personnel sont très proches des prévisions initiales. Cependant, cette situation traduit une sur-exécution de 7 millions d'euros concernant les personnels non médicaux et une sous-exécution de 7,4 millions d'euros pour le personnel médical. La sur-exécution enregistrée pour les personnels non médicaux s'explique par un recours important à l'intérim et aux remplacements (surconsommation de 20 millions d'euros) afin de compenser les vacances enregistrées concernant le personnel permanent (sous-consommation de 13 millions d'euros). M. GUIN indique qu'une action est menée afin de mieux maîtriser les dépenses de remplacement et d'intérim, car ces dernières font courir un risque concernant les dépenses de titre 1.

Par ailleurs, les dépenses médicales et pharmaceutiques dépassent de 50 millions d'euros les prévisions initiales, en raison d'un surcoût de 10 millions d'euros concernant les dispositifs médicaux et d'un dépassement de 44 millions d'euros concernant les dépenses de médicaments. Une partie de ces dépenses supplémentaires devrait être compensée. En revanche, les dépassements constatés concernant les produits sanguins, la production de l'établissement pharmaceutique et les stocks constituent des facteurs de risques concernant l'équilibre budgétaire. La progression de ces dépenses s'explique en partie par la bonne tenue de l'activité, mais aussi sans doute par l'augmentation du recours à des dispositifs à usage unique en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire.

Les dépenses hôtelières et générales sont également supérieures aux prévisions de l'ordre de 27 millions d'euros, en raison notamment de l'augmentation des prix de l'énergie ou de l'eau, mais aussi de la forte progression des prestations de service (+ 16 millions d'euros).

Au final, M. GUIN considère que la situation budgétaire est relativement satisfaisante. Elle traduit les efforts réalisés dans le domaine de l'activité, à condition de rattraper le retard de codage d'ici à la fin de l'exercice, ainsi que la maîtrise des dépenses de titre 1.

## **VII. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif n°1 de 2008**

### **1. Les recettes**

M. GUIN indique que les prévisions relatives aux recettes d'activité ne sont pas modifiées dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif. En revanche, cet état modificatif (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME) intègre des notifications complémentaires concernant la dotation annuelle de financement (DAF) et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), en particulier des financements complémentaires au titre des autorisations temporaires d'utilisation attendus d'ici à la fin de l'exercice. Au global, le titre 1 des recettes est majoré de 7 millions d'euros par rapport à la prévision initiale. Une nouvelle fois, M. GUIN rappelle que ce résultat pourra être obtenu uniquement si le rattrapage du codage se déroule sans difficulté. Par ailleurs, les prévisions de recettes du titre 2 sont maintenues au niveau initialement prévu dans l'EPRD. Enfin, les recettes de titre 3 sont majorées de 34 millions du fait d'un certain nombre d'ajustements (augmentation des rétrocessions, des produits exceptionnels et des ventes exceptionnelles).

### **2. Les dépenses**

L'EPRD modificatif ne modifie pas les prévisions de dépenses de personnel. Cependant, 36,7 millions sont budgétés afin d'assurer le financement des comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux, soit un montant inférieur aux prévisions initiales.

L'EPRD intègre également une augmentation des dépenses médicales et pharmaceutiques de 55 millions d'euros, afin de tenir compte des évolutions enregistrées depuis début 2008. Cependant, seule une partie de ce montant impactera le résultat de l'AP-HP, puisque les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux font l'objet de rétrocessions. L'EPRD prend également en compte une augmentation de 36 millions au titre des dépenses hôtelières et générales.

Enfin, les dépenses de titre 4 sont majorées de 14 millions du fait des charges financières, en raison de l'augmentation des taux d'intérêts, des décalages plus importants que prévus entre encaissements et décaissements, enfin de charges financières supplémentaires résultant du boycott du codage.

Au total, l'EPRD modificatif enregistre une prévision de dépenses majorée de 68 millions d'euros.

### **3. Le résultat prévisionnel**

Au final, l'EPRD modificatif prévoit une progression du déficit de 27 millions d'euros. Ce déficit prévisionnel s'établit désormais à 37 millions d'euros. M. GUIN ne sous-estime pas l'importance de la dégradation du déficit prévisionnel. De plus, il note que ce résultat voisin de celui enregistré en 2007 résulte de mesures non récurrentes. Cet élément n'est pas de nature à rassurer concernant les exercices budgétaires suivants.

**M. GUIN** précise enfin que les comptes de résultats annexes relatifs aux soins de longue durée (CRA-B) et aux écoles (CRA-C) seront conformes aux prévisions initiales. En revanche, l'EPRD modificatif enregistre des prévisions de recettes de la dotation non affectée plus importantes de 8,5 millions d'euros qu'initialement prévu.

**M. FOURNIER** considère que le pilotage centralisé beaucoup plus fin concernant les sous-enveloppes de titre 1 du PNM, qu'il comprend, est totalement contradictoire à la philosophie de la nouvelle gouvernance.

**M. GUIN** confirme que le suivi des dépenses de personnel a été renforcé depuis les notifications budgétaires. Il a notamment été demandé aux hôpitaux, surtout ceux présentant le plus fort risque de dépassement budgétaire, de rendre compte des mesures mises en œuvre afin de s'assurer que les mesures mises en œuvre s'inscrivent bien dans une démarche conforme aux objectifs fixés dans l'EPRD. Cette démarche ne correspond pas pour autant à un retour à la dotation globale de financement, dans la mesure où un hôpital respectant globalement ses objectifs peut ventiler librement ses dépenses de personnel. Néanmoins, il reconnaît qu'il est demandé des efforts importants aux hôpitaux connaissant des difficultés à maîtriser leur marge salariale, notamment concernant la maîtrise des dépenses d'intérim et de remplacement. M. GUIN est conscient des difficultés que peuvent rencontrer les services concernés dans ce contexte. Cependant, il constate que les objectifs d'activité sont atteints et que les dépenses de titre 1 restent proches des objectifs initiaux. Par rapport à l'an passé, ce double constat placera sans doute l'AP-HP dans une situation plus confortable à l'égard des tutelles dans le cadre de la procédure de préparation de l'EPRD 2009.

**M. AIGRAIN** ne voit pas l'intérêt de procéder au rendu d'un certain nombre de postes de PH dans le cadre de la prochaine révision des effectifs de PH, alors que les chiffres exposés par M. GUIN font état d'une sous-exécution des dépenses médicales.

**M. GUIN** précise tout d'abord que la sous-exécution relative au personnel médical enregistrée au cours des premiers mois de l'année 2008 résulte essentiellement de retards de recrutement, et non d'économies structurelles. Par ailleurs, la révision des effectifs est réalisée au regard de la progression moyenne de 5 % des dépenses relatives aux personnels médicaux au cours des derniers exercices, alors que l'activité ne progresse que de 1,5 % en moyenne au cours de la même période. Cette augmentation des dépenses relatives aux personnels médicaux, bien plus importante que l'augmentation des dépenses relatives aux personnels non médicaux, s'explique par la révision des effectifs, mais aussi par un certain nombre de mesures salariales décidées hors AP-HP, par l'effet des 35 heures, ainsi que par les mesures fléchées relatives au personnel médical. Il n'en demeure pas moins qu'il convient de tenter de maîtriser cet écart tendanciel.

**M. AIGRAIN** souhaite savoir si la sous-exécution des dépenses relatives au personnel médical enregistrée en 2008 résulte de l'évolution démographique programmée. Cet élément remettrait en cause la progression annuelle de 5 % de ces dépenses enregistrée au cours des derniers exercices.

**M. GUIN** n'a pas le sentiment que des départs en retraite plus importants que prévu expliquent l'évolution constatée.

**Mme DEGOS** souhaite savoir si l'augmentation du prix des médicaments par patient pris en charge concerne également les médicaments hors GHS.

**M. GUIN** ne dispose pas des éléments permettant de répondre à cette question en séance. Cependant, des études très complètes relatives aux facteurs d'évolution des dépenses de médicaments mettent en évidence une évolution très inquiétante. Ainsi, entre 2004 et 2007, le coût total des médicaments liés à l'hospitalisation a progressé de 70 %. Certes, une partie de cette progression fait l'objet d'un remboursement spécifique et ne pèse pas directement dans les résultats de l'AP-HP. Il convient de noter que le coût des nouveaux médicaments anti-cancéreux représente la part la plus importante de cette progression. Ces évolutions majeures expliquent les mesures de rationalisation envisagées par le ministère.

**M. LYON-CAEN** note que le plan de retour à l'équilibre a conduit à supprimer un certain nombre de postes non occupés par des personnels non médicaux. Or il constate que le coût du personnel non médical de remplacement et d'intérim est supérieur au coût du personnel non médical titulaire. C'est pourquoi il souhaite savoir si cette stratégie, qui conduit automatiquement à accroître le recours aux personnels de remplacement et d'intérim, sera poursuivie à l'avenir.

**M. GUIN** précise que les emplois théoriques mentionnés n'ont pas été supprimés dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, mais dans le cadre du passage du budget global à l'EPRD, c'est-à-dire du passage d'un tableau des emplois théoriques, qui n'était jamais respecté dans les hôpitaux, à un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés correspondant au niveau effectif des emplois existants. Cette opération a eu un impact majeur en terme d'affichage, puisqu'elle a abouti à une perte de support budgétaire théorique correspondant à plus de 2 000 emplois. Cette démarche a permis de créer les conditions d'un pilotage plus précis, dans la mesure où l'autorisation budgétaire correspond à la réalité des effectifs rémunérés. **M. GUIN** assure ensuite que les futurs budgets seront établis en tenant compte des prévisions d'activité et des objectifs de résultats de chaque hôpital, alors qu'il conviendra de combler l'écart de convergence en menant des politiques déterminées susceptibles, dans certains cas, d'induire des révisions d'effectifs et des réorganisations structurelles très importantes.

**M. LEVERGE** tient à rappeler qu'une grande partie du dépassement de 44 millions d'euros des dépenses de médicaments fait l'objet d'un remboursement à l'euro près des médicaments et des dispositifs médicaux hors groupes homogènes de séjour. Plus précisément, plus de 60 % des dépenses thérapeutiques sont remboursées dans ce cadre. Cette situation incite certains cliniciens à prescrire les molécules et dispositifs concernés sans limitation. Dans le même temps, le coût des produits destinés aux patients hospitalisés dans le cadre des groupes homogènes des malades évolue très peu. **M. LEVERGE** estime en réalité que le maintien de GHM ne correspondant pas aux traitements *ad hoc* conduit à orienter une grande partie des traitements onéreux hors GHS vers un remboursement à l'euro près.

Devant l'impossibilité de modifier rapidement les GHM, le ministère a décidé de contrôler drastiquement les prescriptions des cliniciens. **M. LEVERGE** s'inquiète de cette situation, car le contrôle des circuits des médicaments et des dispositifs médicaux devra être réalisé alors que les outils informatiques de l'AP-HP évolueront, ce qui ne manquera pas d'engendrer un certain nombre de dysfonctionnements. C'est pourquoi il considère qu'il sera nécessaire de communiquer avec soin en destination des services concernant cette problématique.

Au regard des chiffres figurant dans l'EPRD modificatif, **M. ABDOUN** estime qu'il n'est plus possible de cautionner la précarité de l'emploi à l'hôpital public. Rappelant que des médecins ayant un exercice libéral ont engagé un boycott du codage de leur activité, il espère que le mouvement engagé par les personnels en contrat à durée déterminée rencontrera un écho aussi important.

Par ailleurs, il estime que les établissements pourront dire adieux aux postes restant à pourvoir au 31 décembre 2008. Il considère que la direction des finances ne permet pas aux établissements disposant d'un volant important de personnels de remplacement et d'intérim de transformer ces derniers en postes permanents. La fongibilité ne fonctionne donc que dans un sens unique. Par ailleurs, alors que **M. GUIN** rappelle l'écart de convergence restant à combler, **M. ABDOUN** évoque pour sa part l'énorme écart de convergence qui vient d'être comblé concernant le secteur bancaire. **M. ABDOUN** assure que les personnels non médicaux sont aujourd'hui très en colère concernant la précarité dans les services. Ils envisagent de mener des actions, dans la mesure où ils ne peuvent plus cautionner la politique actuellement menée.

**M. GUIN** rappelle que la politique de la DRPS et de la direction des finances ne vise absolument pas à favoriser le recours à l'emploi précaire. Au contraire, les établissements sont incités à favoriser le recrutement de personnels statutaires sur des emplois permanents. Cependant, il rappelle qu'il est difficile de concrétiser ces recrutements et que les établissements sont confrontés à un fort *turn-over*.

Enfin, il tient à rappeler que, par nature, les crédits permettant la rémunération des personnels titulaires sont limitatifs. Cet élément explique que la fongibilité ne peut intervenir que dans un sens.

*La CME approuve par 40 voix pour et 3 abstentions l'EPRD modificatif.*

### **VIII. Avis sur les propositions budgétaires 2009 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes des unités de soins de longue durée, de la formation initiale, des activités d'addictologie**

**M. GUIN** rappelle que les comptes de résultat annexes bénéficient de financements spécifiques provenant notamment des collectivités locales (cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME).

#### **1. Les soins de longue durée (CRPA B)**

La proposition budgétaire est fondée sur la poursuite, pour la dernière année, des fermetures de lits prévues dans le cadre du plan stratégique. Le budget a été élaboré en retenant une hypothèse d'absence d'actualisation de la dotation soins, en vertu d'une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale 2008, ainsi que le maintien au niveau actuel des tarifs de l'hébergement et de la dépendance. Si l'évolution à long terme de l'activité de long séjour fait l'objet de discussions avec les tutelles, la proposition budgétaire 2009 repose donc sur des hypothèses s'inscrivant dans la continuité du plan stratégique.

#### **2. Les écoles (CRPA-C)**

M. GUIN précise que le budget annexe relatif à la formation initiale intègre une progression du nombre d'étudiants. La demande de subvention adressée à la Région progresse de 7 % afin de prendre en charge la progression des coûts correspondant à cette progression du nombre d'étudiants. La réponse de la Région reste à confirmer.

#### **3. L'alcoologie et la toxicologie (CRPA-P)**

Le compte de résultat CRPA-P, mis en œuvre pour la première fois en 2008, couvre les centres de soins spécialisés en toxicologie (Avicenne, HEGP, Lariboisière, Cochin) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (Avicenne, Bicêtre). Le budget, actualisé à 4,2 millions d'euros, est censé être intégralement couvert par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Dans les faits, ces subventions ne couvrent que la moitié des coûts. Si cette situation devait perdurer, l'AP-HP serait contrainte de réduire le périmètre de ces activités, ou de faire assumer le différentiel par le compte de résultat principal. M. GUIN estime que cette seconde hypothèse serait peu satisfaisante, au regard des enjeux pesant sur le compte de résultat principal.

*La CME approuve à l'unanimité les propositions budgétaires 2009 relatives aux comptes de résultats prévisionnels annexes.*

## **IX. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de biens immobiliers**

**M. MARCHAL** indique que la CME doit se prononcer sur diverses opérations immobilières :

- la vente par adjudication publique d'un appartement et d'une cave sise 1 rue de la Grande Chaumière (75006), issus d'un legs universel ;
- la vente amiable d'une parcelle de terre située sur la commune de Limetz-Villez ;
- l'acquisition du lot de copropriété n° 46 dépendant de l'immeuble située 32 avenue Arnold Netter (75012) ;
- l'acquisition de deux lots de copropriété dépendant de l'immeuble situé 21 rue Juliette Dodu (75010).

Les acquisitions des lots visent à loger des personnels de l'AP-HP.

*La CME approuve à l'unanimité les projets de ventes et d'acquisitions des biens immobiliers présentés.*

## **X. Avis sur des fiches de pôle d'activité**

La parole est donnée à M. HARDY pour présenter les dossiers.

### **1. GHU Est**

#### **a. Joffre Dupuytren**

- *Pôle 3 « Pharmacie – Médico Technique – Rééducation (PMTR) » :*

- pôle d'activités médico-techniques, de rééducation et ambulatoires.
- création d'une UF « unité transversale de nutrition rattachée » rattachée au pôle.

#### **b. Pitié Salpêtrière**

- *Pôle 2 « chirurgie néphro-urologie, gynécologie-obstétrique-néonatalogie :*

- suppression de l'UF AMP clinique au sein du service de gynécologie-obstétrique.

- *Pôle 7 « biologie médicale » :*

- suppression du service de biochimie médicale A (Pr Touitou) ;
- rattachement de l'UF d'endocrinologie moléculaire et oncologique au service de biochimie endocrinienne et oncologique ;
- service de biochimie métabolique ;
- service de biochimie endocrinienne et oncologique ;

- *Pôle 10 « santé publique – évaluation – produits de santé » :*

- création de l'UF de pharmacovigilance rattachée au service de pharmacologie.

- *Pôle 11 : « Oncologie et hématologie » :*

- rattachement de l'UF unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (UMASP) directement à ce pôle.

## **2. GHU Ouest**

### **a. Hendaye**

- création du pôle 2 : « maladies rares avec troubles du développement » ;
- modification du pôle 1 : « SSR handicaps lourds et maladies rares neurologiques ».

### **b. GH Cochin – Saint Vincent de Paul**

- *Pôle 3 « Cardio respiratoire »*

- création d'une unité fonctionnelle d'explorations invasives cardiologiques au sein du service de cardiologie.

- *Pôle 6 « médecine » :*

- UF Centre d'investigation clinique de vaccinologie Cochin Pasteur (CIC BT505).

### **c. HEGP**

- Création du pôle d'activités n°7 « Activités transversales »

L'hôpital avait décidé en 2007 de rattacher temporairement deux services au conseil exécutif local (CEL). A l'issue d'un long débat portant sur les mérites respectifs de deux projets alternatifs, un troisième projet a été établi par les instances locales et porté devant le groupe des structures. Il vise à réunir les deux services en question au sein d'un nouveau pôle 7 « activités transversales ». M. HARDY note que le groupe des structures a pris en compte la nécessité de régler rapidement la situation, mais qu'il a dans le même temps estimé que l'organisation proposée était peu satisfaisante. Le projet prévoit également d'autres évolutions plus limitées aux pôles existants. Au final, le groupe des structures a émis un avis favorable, tout en demandant une redistribution des pôles de l'HEGP à l'horizon 2010.

- *Pôle 3 « cardio-vasculaire »*

- regroupement de deux services de chirurgie cardio-vasculaire et création de 5 UF

- UF transplantation, assistance circulatoire et cœur artificiel
- UF chirurgie vasculaire
- UF chirurgie cardiaque
- UF hospitalisation ambulatoire
- UF réanimation CCV

- rattachement au pôle cardio-vasculaire du service de médecine préventive cardio-vasculaire.

- *Pôle 4 « biologie – produits de santé »*

- transformation des services d'hématologie A et hématologie B en un service d'hématologie.

- création d'une UF « sciences pharmaceutiques et biologiques » rattachée au service nouvellement créé d'hématologie.

- modification de l'intitulé de l'UF unité microbiologie clinique en UF unité mobile de microbiologie clinique rattachée au service de microbiologie.

- création de 3 UF rattachées au service d'anatomo-pathologie :

- UF pathologie de diagnostic
- UF innovation en pathologie et interface pathologie-recherche
- UF collection de tissus

- service génétique : UF oncogénétique clinique et UF génétique clinique cardio-vasculaire et rénale.

- modification de l'intitulé de deux UF du service de pharmacie :

- UF circuit du médicament (hors cancérologie)
- UF circuit du médicament anti-cancéreux et préparations stériles.

- *Pôle 5 « imagerie – explorations fonctionnelles »*

- service d'imagerie : création de 3 UF

- UF radiologie conventionnelle échographie – mammographie
- UF radiologie des urgences
- UF imagerie en coupes

- service de radiologie cardiovasculaire : suppression de 2 UF

- UF radiologie cardiovasculaire interventionnelle
- UF imagerie non-invasive cardiovasculaire

- service de physiologie, explorations fonctionnelles et radio-isotopes : suppression de l'UF imagerie isotopique

- modification de l'intitulé de l'UF : « Explorations fonctionnelles respiratoires et du sommeil ».

- Création de 2 UF rattachées au pôle :

- UF imagerie interventionnelle cancérologique
- UF médecine nucléaire et TEP

- *Pôle 6 « prévention – réadaptation »*

- détachement du service de médecine préventive cardiovasculaire, pour le rattacher au pôle 3 « cardiovasculaire »

#### **d. Hôtel Dieu**

- Création du pôle d'activités n°6 « odontologie »

Le projet proposé correspond à la création d'un pôle 6 « odontologie ». Le débat a porté sur le principe de la création d'un pôle mono service qui est voué à disparaître avec le transfert de cette activité à moyen terme. Le groupe des structures a néanmoins approuvé le projet, qui permettra aux personnels de la structure de s'accoutumer au fonctionnement en pôle.

#### **e. Raymond Poincaré – Berck**

- *Pôle 2 « Aiguë »*

- Création d'une UF de génétique médicale et centre de référence de la maladie de Fabry et des maladies héréditaires du tissu conjonctif à expression cutané-articulaire rattachée directement au pôle.

### **3. GH Sud**

#### **a. Bicêtre**

- *Pôle 2 « image et fonction » :*

- Suppression des 5 unités fonctionnelles du service de biophysique et médecine nucléaire :

- UF centre inter-établissement de résonances magnétiques CIERM
- UF d'explorations fonctionnelles radio isotopiques in vitro
- UF d'explorations fonctionnelles radio isotopiques in vivo
- UF de neurophysiologie clinique et épileptologie
- UF de scintigraphie.

#### **b. Paul Brousse – Bicêtre**

- *Pôle C « biologie et activités médicales transversales »*

- création d'une unité fonctionnelle Foie rattachée directement au pôle

- suppression du service d'anatomo-pathologie.

### **4. GHU Nord**

#### **a. Jean Verdier**

- *Pôle A « Accueil et médecine »*

- rattachement du département d'information médicale directement au pôle A « accueil et médecine »

### ***b. Louis Mourier***

- *Pôle 2 « médecine aiguë – explorations physiologiques et d'imagerie » :*

- rattachement du département de santé publique et ses 3 UF directement au pôle

- UF évaluation
- UF recherche clinique
- UF information médicale

- rattachement de l'UF d'explorations multidisciplinaires et de l'UF de médecine nucléaire directement au pôle

- suppression du service de physiologie-explorations fonctionnelles multidisciplinaires – médecine nucléaire.

### ***c. Lariboisière***

- *Pôle 1 « laboratoires, imagerie, pharmacie »*

- création des 2 unités cliniques :

- Unité clinique de radiologie à orientation ostéo-articulaire
- Unité clinique de radiologie à orientation viscérale et vasculaire

- suppression de 2 services :

- Service de radiologie à orientation ostéo-articulaire
- Service à orientation viscérale et vasculaire.

Les propositions sont approuvées à l'unanimité des votants.

## **XI. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2009**

**M. FAGON** indique qu'une note décrivant les modalités pratiques de la procédure de révision des effectifs sera transmise aux sites et publiée sur le site de la CME à l'issue de cette séance.

### *a. PU-PH*

**M. CORIAT** engage la révision des effectifs hospitalo-universitaires en indiquant que les classements de l'AP-HP et des universités Paris VI, Paris VII, Paris XIII et Paris XI permettent de placer les mêmes candidats en rang utile pour des postes de PU-PH.

En revanche, concernant l'université Paris V, l'AP-HP regrette qu'un poste en psychiatrie à Corentin Celton souhaité par la CME afin d'instituer une unité psychiatrique Corentin Celton - HEGP ne soit pas placé en rang utile par la faculté.

**M. HARDY** rappelle que la collégiale de psychiatrie demande depuis 2004 que le départ du chef de service de psychiatrie universitaire de Corentin Celton permette une restructuration profonde de l'activité de psychiatrie au sein du GHU ouest. Le projet a été élaboré en collaboration avec les instances locales, la DPM et le directeur du GHU. Par ailleurs, le doyen a été informé de la situation.

Cette réflexion trouve son origine dans l'organisation extrêmement morcelée de la psychiatrie au sein du GHU ouest. Le projet proposé prévoit l'organisation de deux ensembles fonctionnels, permettant de regrouper les activités psychiatriques de l'HEGP et de Corentin Celton d'une part, et des activités psychiatriques de Cochin et de l'Hôtel Dieu d'autre part. Ce projet a connu un début de mise en œuvre avec la rupture des liens fonctionnels entre le service universitaire de Corentin Celton et l'unité fonctionnelle dont il dépendait, anticipant la création d'un département interhospitalier avec l'HEGP. La nomination d'un PU-PH, lequel deviendrait également le futur responsable universitaire de l'ensemble, permettrait d'organiser cet ensemble.

Parallèlement, la création d'un pôle de psychiatrie commun entre l'hôpital Cochin et l'Hôtel Dieu progresse. Le groupe des structures examinera prochainement un dossier participant de cette démarche.

**M. HARDY** précise que le candidat soutenu par l'AP-HP dispose d'un profil adapté au poste. Si ce dernier ne devait pas être nommé, la collégiale estime que l'absence d'un second PU-PH au sein de ce secteur aboutirait à désuniversitariser la partie ouest du GHU ouest. Il serait très difficile de trouver un autre candidat. Par ailleurs, une telle décision ne permettrait pas de parvenir à un équilibre avec l'hôpital Sainte Anne, alors que M. HARDY estime que la psychiatrie doit jouer un rôle important dans les centres hospitaliers.

**M. BERCHE** juge tout d'abord normal que le regard universitaire diffère parfois du regard hospitalier. Par ailleurs, il souligne que l'UFR a souhaité rappeler dans le cadre de cette révision des effectifs que la recherche constituait un élément fondamental du statut de PU-PH.

M. BERCHE estime ensuite que les candidats doivent être classés en fonction de leur mérite et en fonction de la valeur ajoutée qu'ils peuvent apporter à la mission de recherche. De plus, la démarche suivie par l'université vise à renforcer les masses critiques des unités de recherche. Or le projet porté par l'AP-HP aboutirait à maintenir l'éparpillement des ressources au sein de différents établissements, alors qu'une telle organisation limite le nombre de publications.

M. BERCHE estime ensuite que l'hôpital Corentin Celton mérite la mise en œuvre d'un projet ambitieux dans le domaine de la gériatrie, incluant un volet relatif à la psychiatrie. Or le candidat soutenu par l'AP-HP n'a jamais publié dans le domaine de la gériatrie.

Au final, l'organisation à mettre en œuvre doit correspondre à la conclusion d'une convention avec Sainte Anne et au développement d'un véritable projet permettant d'universitariser l'hôpital Corentin Celton. Au contraire, le projet porté par l'AP-HP aboutit à conserver l'éparpillement des structures universitaires de psychiatrie au sein de ce GHU. M. BERCHE note par ailleurs que ce projet ne fait pas l'unanimité parmi les psychiatres de l'AP-HP.

**M. HARDY** maintient que le projet porté par l'AP-HP comprend un réel volet universitaire. Par ailleurs, il précise qu'il existe un véritable consensus au sein de la collégiale de psychiatrie de l'AP-HP sur le projet présenté. Accorder du crédit aux quelques voix discordantes serait ne pas respecter les décideurs.

**M. CORIAT** confirme que le projet défendu par l'AP-HP vise à stabiliser les structures au niveau hospitalo-universitaire. Plus généralement, il constate une seule divergence entre l'UFR et l'AP-HP dans le cadre d'une révision des effectifs portant sur cinquante postes.

**M. CAPRON** souhaite savoir quel serait l'avenir du service de psychiatrie universitaire de Corentin Celton si aucun successeur à l'actuel chef de service n'est nommé. Il ajoute que la nomination du candidat soutenu par l'AP-HP permettrait de créer une dynamique au sein de l'ensemble de l'hôpital Corentin Celton.

**M. CORIAT** indique qu'en l'absence de nomination, l'activité de psychiatrie de cette partie du GHU ouest connaîtrait très certainement une désuniversitarisation. Il invite les membres de la CME à se prononcer sur le classement proposé à la CME, différant du classement de l'UFR du fait du classement en rang utile d'un poste en psychiatrie d'adultes à Corentin Celton.

**Mme GAUSSEM** estime qu'il est difficile aux membres de la CME de se prononcer sans avoir pu consulter les dossiers des candidats.

**M. CORIAT** rappelle que la CME tente d'harmoniser son calendrier d'examen des dossiers à celui de l'UFR, afin de parvenir à une identité de vue avec l'UFR. Malheureusement, le conseil de l'UFR a proposé fin septembre un classement différent de celui de l'AP-HP. La CME doit impérativement se prononcer avant la fin du mois d'octobre, dans la mesure où les postes seront publiés en décembre. M. CORIAT aimerait qu'à l'avenir le vote de l'UFR intervienne bien avant la fin du mois de septembre, afin de permettre à la CME de disposer d'un temps plus important pour se prononcer.

**M. SCHLEMMER** assure qu'il ne sera pas possible au conseil de l'UFR de se prononcer avant la fin septembre.

*Par vote à bulletin secret, la CME approuve le classement proposé par l'AP-HP par 18 voix pour, 14 voix contre et 14 abstentions ; 5 membres de la CME ne participent pas au vote.*

*b. MCU-PH*

**M. CORIAT** signale une parfaite communion de vue avec l'UFR concernant la révision des effectifs de MCU-PH, entérinée par la CME

## **XII. Avis sur des contrats d'activité libérale**

La CME approuve les nouveaux contrats d'activité libérale et les demandes de renouvellement par 27 voix pour, 4 voix contre et 8 abstentions.

## **XIII. Postes d'internes en Ile-de-France pour les prochains semestres**

**Mme DEAL** rappelle que la France a doublé le nombre d'internes en une dizaine d'années. Si l'AP-HP formait environ 23 % des étudiants du premier et deuxième cycles, elle ne forme que 20 % des internes en 2004 et 18,6 % en 2005, 14,7 % en 2007 et 13,6 % en 2008. Le ministère estime que cette évolution est logique, dans la mesure où l'Ile-de-France ne représente que 17,5 % de la population française (cf documents mis en ligne sur le site de la CME).

Le ministère pense que 80 % des étudiants demeureront dans la région où ils ont réalisé leur internat, permettant une meilleure répartition de la démographie médicale au niveau national. Cependant, les hôpitaux de province éprouvent des difficultés à financer l'ensemble des formations. Le ministère répond à cette difficulté en promouvant les stages inter-régions. Ces derniers ont doublé, mais cette correction ne permet pas de répondre à la demande des services franciliens.

Par ailleurs, le ministère n'attribue plus une enveloppe MIGAC fondée sur l'évolution du *numerus clausus*, mais sur le nombre d'internes. Cette évolution a engendré une division par quatre du budget alloué à la formation en Ile-de-France.

La politique engagée par le ministère, il résulte qu'à l'issue du choix de poste, 600 postes sont restés vacants. En effet, de nombreux candidats ont préféré redoubler en annulant leur dernier stage afin de ne pas devoir rejoindre certains postes en province. Seules les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur ne disposent plus de postes à pourvoir. La solution mise en œuvre par le ministère afin d'équilibrer les effectifs sur le territoire n'a donc pas atteint ses objectifs.

Mme. DEAL estime que l'impact de cette réforme se renforcera au fil des cinq années de l'internat. Enfin, elle précise que l'AP-HP a dû augmenter le nombre de postes aux choix, dans la mesure où les centres hospitaliers ne disposent pas des financements permettant d'assurer l'ensemble des formations auxquelles ils pouvaient prétendre.

**M. CORIAT** constate que les médecins s'installent là où ils ont été chefs de clinique. Or c'est en Ile-de-France que se trouve la majorité des postes de chefs de clinique. La crainte désormais est que le ministère bascule ces postes en province.

**M. MIR** estime que le nombre d'internes devrait encore diminuer en Ile-de-France à l'avenir, car le texte de loi hôpital, patients, santé, territoires prévoit d'adapter le nombre de postes offerts à l'internat en fonction des besoins locaux, sans préciser comment ces derniers sont évalués.

#### **XIV. Evolution de la réglementation sur la nomination et le versement de la prime des responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique**

Ce point est reporté à la prochaine réunion de la CME. **M. GOTTSMANN** précise cependant que les personnes souhaitant être nommées responsables de pôle ou demandant le renouvellement de leurs fonctions de responsable de pôle en 2009 devront transmettre leur dossier au 30 octobre 2008.

#### **XV. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2009**

**M. CORIAT** note la concordance des classements des UFR et de la CME relatifs à la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie.

*La CME entérine à l'unanimité la liste des postes proposés.*

#### **XVI. Approbation du compte-rendu de la séance du 9 septembre 2008**

*Le compte-rendu de la séance du 9 septembre 2008 est approuvé à l'unanimité.*

## **XVII. Questions diverses**

### **1. Un préavis de grève**

**M. DRU** mentionne le préavis de grève des soins urgents et non urgent déposé le 29 septembre, pour les 16 et 17 octobre. Il s'adresse à l'ensemble des médecins soumis à l'IRCANTEC.

### **2. L'intervention médiatique d'un praticien de l'AP-HP**

**M. DRU** dénonce des propos insultants tenus par le Pr. Laurent SEDEL, chef de service à l'hôpital Lariboisière, à l'égard des anesthésistes sur les ondes de *France Inter* et *France Culture*. Il souhaite savoir si la CME compte prendre des mesures pour mettre un terme à ce type de déclaration.

Selon **M. CARLI**, en l'espèce, le collègue a fait état d'un grave dysfonctionnement du service public et de la permanence des soins. Aussi, il demande que le président du CCM de l'hôpital Lariboisière fasse toute la lumière sur cet épisode et de prendre au besoin les mesures correctrices appropriées. En effet, si un accident intervient à l'avenir en lien avec la prise en charge en urgence de patients dans cet établissement, les déclarations de ce praticien pourraient être considérées comme des preuves avérées de dysfonctionnement de l'institution.

**M. CORIAT** souligne l'obligation des personnels de l'AP-HP de déclarer les problèmes rencontrés dans leur exercice au sein du système de déclaration des événements indésirables. Un point sera réalisé concernant l'incident mentionné lors de la prochaine séance de la CME.

### **3. Le financement du plan de santé mentale**

**M. HARDY** note que l'administration envisage d'attribuer à la psychiatrie moins d'un tiers des financements alloués à l'AP au titre du plan de santé mentale. Les financements seraient utilisés pour palier aux difficultés financières de l'établissement. Or, le plan de santé mentale avait vocation à reconnaître la sous-dotation des services de psychiatrie. De plus, il précise enfin que l'AP-HP a pris à son compte le budget destiné au tutorat infirmier, lequel en théorie doit bénéficier aux services de psychiatrie.

**M. GUIN** informe que cette procédure s'applique à l'ensemble des plans pour lesquels l'AP-HP bénéficie de crédits fléchés à ventiler entre les hôpitaux. La nouvelle procédure, objet d'une note du directeur général en date du 22 juillet 2008, prévoit de ventiler strictement l'enveloppe au niveau des prévisions de recettes des hôpitaux, tout en prenant en compte les situations particulières des hôpitaux concernant la masse salariale, afin de majorer les autorisations de dépenses des sites dont le résultat s'améliore. Cette procédure impose donc des efforts de redéploiement au sein des hôpitaux.

**M. HARDY** signale que l'AP-HP émerge pour la première fois au plan national de santé mentale. Par le passé, l'AP-HP avait la réputation d'orienter les crédits prévus aux plans de psychiatrie dans d'autres actions ne correspondant pas à l'objet de ces plans. A ses yeux, la procédure mise en œuvre par l'administration aboutira à exclure de nouveau l'AP-HP des bénéficiaires des futurs plans de santé mentale.

**M. CORIAT** inscrira ce point à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CME.

#### 4. La rémunération des PH à temps partiel

**M. FAYE** donne lecture d'une déclaration demandant au directeur de l'AP-HP d'intercéder auprès de la ministre de la santé afin que les PH à temps partiel soient effectivement rémunérés au temps passé dans l'hôpital et précisant que cette régularisation ne doit pas s'effectuer au détriment de la nécessaire réforme de l'IRCANTEC.

\*

\*                      \*

La séance est levée à 13 heures 30.

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

**Mardi 18 novembre 2008 à 14h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 5 novembre 2008 à 16h30.**

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

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