

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 19 OCTOBRE 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 14 DECEMBRE 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 19 octobre 2004

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur la décision modificative n° 3 pour l'année 2004.
- 2- Point sur la démographie médicale.
- 3- Avis sur les fiches de missions et structure.
- 4- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 5- Point d'information sur les axes stratégiques et les lignes directrices pour le projet de plan 2005 – 2009 de l'AP-HP.
- 6- Avis sur la création d'un poste d'assistant des hôpitaux.
- 7- Avis sur l'additif à la révision des praticiens hospitaliers au titre de l'année 2004.
- 8- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2005.
- 9- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie au titre de l'année 2005.
- 10- Approbation du compte rendu de la séance du 21 septembre 2004.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PHU.
- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2004-2005.

Composition C

- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers à titre provisoire et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire hors CHU.
- Avis sur la validation de la période probatoire de 29 praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le changement d'affectation interne de 12 praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. GARNIER, directeur économique et financier,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Dr PONTONE, direction de la politique médicale,
 - M. SCHAJER, adjoint au directeur économique et financier,
 - 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 Mmes ANTIGNAC et BOILEAU et de MM. DASSIER, GOUTALLIER et LEGRAND. Avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour, il informe que sur sa demande un dispositif a été instauré pour éviter le paiement des frais de parking aux membres de l'instance qui viennent au siège pour participer aux réunions en liaison avec la CME.

I - Avis sur la décision modificative n° 3 pour l'année 2004.

M. SCHAJER résume les principales caractéristiques de la DM3 qui tendent à inclure dans le budget de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris l'impact de la tarification à l'activité (T2A).

Il précise que les données présentées et qui figurent dans le document remis sur table ne sont pas encore définitives.

L'institution bénéficie d'ajustements de crédits traduisant la forte progression de l'activité observée au premier semestre 2004 et estimée à près de 3 % par le ministère. Les crédits supplémentaires portent sur 7 à 10 millions d'euros en fonction de la prise en compte ou non du taux d'exhaustivité du codage des actes médicaux. L'ajustement étant en lien avec l'évolution de l'activité, le rapporteur insiste sur l'intérêt pour l'AP-HP de développer celle-ci.

L'augmentation des crédits concerne en particulier les médicaments coûteux et les dispositifs médicaux implantables (DMI) à hauteur de 20 % du budget initial et d'une part de l'augmentation des dépenses constatées au cours de l'exercice. Au cours du premier semestre, leur consommation a en effet progressé respectivement de 12 % et de 31 % pour un montant de 25 millions d'euros.

Le rapporteur fait remarquer la part modeste des enveloppes de crédits fléchés dans cette décision modificative. Le montant de l'enveloppe versée au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) s'élève à 5 millions d'euros dédiés à la promotion professionnelle.

La mise en oeuvre du volet d'investissement du plan « hôpital 2007 » permet de bénéficier d'une subvention en capital de 23 millions d'euros et d'un complément pour l'accompagnement des surcoûts.

Il signale l'augmentation évaluée à 10 % des crédits de paiement affectés à l'investissement, l'année 2004 se caractérisant par une hausse de l'effort d'investissement de l'AP-HP.

Enfin, **M. SCHAJER** indique que des moyens ont été dégagés en interne afin d'améliorer l'effort en matière de recherche clinique.

A la suite de la présentation, le **président** engage la discussion.

M. CHAUSSADE déclare avoir attiré par courrier l'attention de la direction générale sur le fait que les prothèses digestives ou bronchiques ne sont pas sorties du budget global. La proposition de Mme PANNIER de solliciter des crédits dans le cadre de l'innovation thérapeutique lui paraît opportune. Le coût d'une prothèse biliaire étant évaluée à 1 000 euros, il craint une hausse des dépenses en raison du développement de ce type d'activité. A son sens, il convient d'insister auprès de la tutelle pour extraire ces prothèses du budget global et pour obtenir leur remboursement à l'acte par la sécurité sociale à l'instar des structures privées, de manière à pouvoir être concurrentiel.

Mme PANNIER souligne qu'elle fait la même analyse. Le ministère a aussi été sollicité pour prendre en compte cette DMI parmi les appels d'offres dédiés aux innovations thérapeutiques. Par ailleurs, elle rappelle que la mise à jour de la liste des DMI fait également l'objet de discussions au sein du ministère mais que pour l'heure la liste est limitée essentiellement à des DMI relevant de la cardiologie quel que soit l'aboutissement des négociations avec le ministère, l'AP-HP se mettra en position de financer y compris sur sa substance les prothèses évoquées par M. CHAUSSADE.

Elle insiste par ailleurs sur l'importance de la démarche de bon usage des DMI au sein de l'AP-HP. Leur augmentation de plus de 30 % en 2004 conduit en effet le ministère vers l'hypothèse, très défavorable pour l'AP-HP, d'une réintégration de ces DMI dans les tarifs (groupes homogènes de séjours).

Ces prothèses concernent des malades cancéreux, observe **M. CHAUSSADE**. Leurs coûts et les effets indésirables sur les patients se révèlent très inférieurs à ceux d'une chimiothérapie pour un bénéfice équivalent pouvant justifier leur intégration dans la liste des DMI.

M. MADELENAT note parmi les mesures prévues, le transfert de l'unité oncologique pédiatrique de l'hôpital Avicenne vers l'hôpital Raymond Poincaré. Il demande si le groupe des structures et celui du personnel médical seront consultés sur les conditions de mise en oeuvre de cette opération. **M. HOUSSIN** rappelle les circonstances médiatiques et politiques qui entourent ce projet programmé pour 2007. La CME examinera le moment venu, les modalités de ce transfert.

Mise aux voix, la DM3 obtient l'approbation de la CME par 32 voix pour ; on note 1 abstention.

II - Point sur la démographie médicale.

Le **président** aborde le thème de la démographie médicale à l'AP-HP en soulignant le fait qu'au regard des prévisions de départ à la retraite des médecins au cours des dix prochaines années, le renouvellement de ces derniers touche toutes les catégories. Dans le droit fil de l'étude dont Mme PONTONE se propose de présenter les résultats, il souhaite instituer un groupe de travail dérivé du groupe du personnel médical et du groupe prospective et stratégie, lequel examinera les modalités de recrutement et les conséquences sur la courbe démographique actuelle et future des personnels médicaux.

Fondé sur les travaux menés par la direction de la politique médicale sur la démographie médicale (cf. document remis aux membres de la CME), l'exposé de **Mme PONTONE** porte sur la démographie descriptive, la démographie prévisionnelle et les propositions d'action. L'objectif vise la mise en oeuvre à l'AP-HP d'un plan d'actions pour atténuer les contraintes démographiques afin d'assurer les missions de soins de l'institution sans compromettre la sécurité des patients et la qualité des soins.

Elle explique que le nombre de postes ouverts au concours de l'internat entre 1985 et 2003 a baissé de 25 % en France et de 44 % en Ile-de-France et de façon inégale selon les filières.

Les taux, comparables en psychiatrie et en biologie entre l'Ile-de-France et la France, ont diminué de manière trois fois plus importante en médecine (- 43 %) au plan régional et deux fois plus importante en chirurgie (- 23 %) au plan régional.

A l'horizon 2020, la diminution des effectifs médicaux de quatre disciplines jugées en difficulté est estimée à - 45 % pour l'ophtalmologie, - 44 % pour la gynécologie-obstétrique, - 38 % pour l'anesthésie réanimation et - 17 % pour la radiologie.

Après avoir détaillé la pyramide des âges par spécialité, l'oratrice développe les projections par grades des départs à la retraite, analyse les flux des sorties autres que par départ en retraite et les flux des entrées par DES et DESC, mentionne l'adéquation des flux de formation aux flux de sorties et met en perspective des données pour les spécialités à risque.

Puis elle évoque la politique institutionnelle de l'adéquation des effectifs médicaux aux besoins de soins de la population vieillissante et en augmentation. Le plan d'actions s'articule autour de trois groupes de mesures :

- les actions à visée démographique en agissant sur le flux des entrées et des sorties par l'amélioration de la gestion prévisionnelle des effectifs (le recrutement après le clinicat...) et le maintien dans la profession ;
- les actions à visée organisationnelle en développant de nouveaux schémas d'organisation susceptibles d'optimiser l'utilisation des ressources médicales ;
- les actions capables d'ajuster l'adéquation entre les dotations en effectifs des services et leur activité.

En conclusion, la démographie médicale constitue un enjeu d'aujourd'hui et non de demain, déclare Mme PONTONE. Il convient donc de réussir la réorganisation, levier essentiel pour que la démographie ne se révèle pas, pour l'avoir ignorée, la plus forte des contraintes.

Au terme de l'exposé, le **président** incite l'assemblée à lire en détail le document aux conclusions excellentes ; il ouvre ensuite le débat.

M. BERNAUDIN note que le rapport mentionne des questions fondamentales évoquées au sein de la commission université. Il s'interroge sur une série d'éléments, par exemple le nombre de médecins formés hors AP-HP susceptibles d'être recrutés et la capacité de l'institution à les retenir ; la diminution ou non de la méfiance de certains collègues envers des recrutements de médecins extérieurs à l'AP-HP sur des postes hiérarchiquement supérieurs ; l'évolution de la délégation de compétences au profit de professionnels de santé de haut niveau (ingénieurs, paramédicaux...) ; le poids des fonctions universitaires, par exemple des biologistes, dans le cadre du rôle de centre hospitalier universitaire de l'AP-HP.

S'agissant du transfert des compétences dans certaines disciplines, **M. CHAUSSADE** constate l'absence d'effort dans ce domaine. Conscient des problèmes juridiques qu'un tel transfert soulève, il se demande néanmoins si l'AP-HP prend réellement position en faveur de cette démarche.

Certaines affirmations contenues dans le rapport inquiètent **Mme DEBRAY-MEIGNAN**. Elle souhaite connaître d'une part l'impact des départs prématurés des praticiens qui ouvrent un compte épargne temps, d'autre part, si les pôles permettront de diminuer le nombre de doublons d'activités sur un même site et de gagner en efficacité. En outre estime-t-elle, il importe d'alléger le poids des réunions.

Mme DEGOS demande si des dispositions ont été prises pour conserver les médecins qui souhaitent travailler au-delà de la limite de l'âge légal puisque l'une des solutions envisagées consiste à retarder le départ à la retraite, alors que des jeunes médecins non titulaires attendent des postes depuis plusieurs années.

Pour **M. MADELENAT**, la CME doit se montrer prudente sur les solutions qu'elle suggère. Il conçoit que certaines spécialités s'estiment plus nécessaires que d'autres mais il convient d'être attentif à la gestion de l'équilibre des ressources. Recruter à l'AP-HP des médecins de province contribuerait à déséquilibrer les effectifs médicaux dans certaines régions. Aussi, cette proposition ne lui paraît pas judicieuse.

M. BAGLIN met en exergue deux paramètres qui peuvent modifier la prospective. Le premier concerne la féminisation des études de médecine ; on ignore la nature des postes sur lesquels se porteront candidats les futurs médecins de sexe féminin. Le second regarde la carence de médecins dans certaines disciplines, dans certains modes d'exercice et dans certaines régions. L'augmentation du « numerus clausus » risque de ne pas porter remède à cette situation préoccupante si les nouveaux étudiants s'orientent vers le secteur libéral, vers le sud de la France et vers les spécialités à faible nombre de gardes et de risques. A son sens, les pouvoirs publics institueront probablement dans l'avenir une limite à la liberté d'installation modifiant ainsi les flux actuels des hôpitaux publics.

Mme PALAZZO souhaite savoir si une évaluation de l'âge moyen des praticiens hospitaliers dans dix ans a été réalisée, car on ne peut prétendre des praticiens d'âge mûr le même niveau d'exigence que de ceux plus jeunes.

Selon **M. RYMER**, on ne peut projeter de transfert de compétences vers le personnel paramédical en raison de la crise démographique que ce dernier subit. L'AP-HP souffre d'une carence significative de manipulateurs de radiologie dont les départs vers le privé ou le semi-public s'accroissent depuis deux ans.

Procéder à une révision du système de rachat des postes de titulaire, avise **Mme MARCHAND**, profiterait à la fidélisation des praticiens en situation de précarité qui quittent le service public hospitalier pour rejoindre le secteur privé.

M. LACAU ST GUILY souligne les difficultés qui émergent dans le recrutement de candidats pour des postes hospitalo-universitaires dans certaines disciplines cliniques, notamment chirurgicales, compte tenu des qualifications académiques requises pour ces postes jointes aux contraintes d'exercice à l'hôpital, face à l'attractivité financière et professionnelle qu'exercent les structures privées les plus performantes.

M. GREGORY réagit sur les chiffres, difficiles à collecter même par la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS), relatifs au nombre d'internes formés par spécialités. Il sollicite une publication détaillée de ces données de manière à les comparer à celles réunies au niveau du syndicat des internes. Ces chiffres, se référant aux promotions de 1995 à 1998, permettront d'identifier les spécialités confrontées à une grande pénurie. Il convient, remarque-t-il, de poursuivre ce travail dans une démarche prospective. En outre en 1999 certaines spécialités ont été organisées en filières modifiant le nombre d'internes formés dans les autres spécialités. Il mentionne la situation préoccupante de la chirurgie viscérale et de l'orthopédie qui accusent depuis dix ans une perte respective de 46 % et de 42 % de leurs effectifs.

En réponse aux observations, **Mme PONTONE** apporte un certain nombre de précisions.

Tous les paramètres ne sont pas maîtrisés dans la délicate équation relative à l'adéquation des effectifs aux besoins de soins de la population. Il convient de mener des études parallèles pour adapter le système à la nouvelle situation.

Il est possible d'infléchir de façon efficace les évolutions démographique à venir. Elle cite en exemple l'effet positif sur les projections démographiques de la constitution d'une filière dédiée à l'anesthésie réanimation créée en 1993 et 1994, abolie en 1995 et rétablie en 1999.

Sur le plan éthique, on ne peut en effet accepter de déséquilibrer les effectifs tant entre les spécialités qu'entre les régions, mais une inévitable compétition générera des tensions sur les recrutements futurs.

Le thème de la féminisation a été peu traité en raison de sa représentation variable selon les spécialités. Un travail sur l'impact sociologique de la féminisation du corps médical est en cours.

Le débat sur le glissement des tâches s'avère prématuré car il dépend de la démographie d'autres métiers ; à l'horizon 2020, 58 % des infirmiers quitteront la profession.

A son tour **M. ANTONINI** donne un complément de réponses.

Il note une grande stabilité du pourcentage des personnels médicaux issus de facultés de province. L'analyse des nominations hospitalo-universitaires révèle que dans 95 % des cas, elles interviennent au sein de l'unité de formation et de recherche médicales que fréquentaient les praticiens lors de leurs études médicales.

Au cours des cinq dernières années, seul deux praticiens hospitalo-universitaires originaires de pays européens ont rejoint l'AP-HP. On constate donc la faible ouverture de l'institution à des praticiens issus d'autres régions ou UFR.

La progression de la féminisation doit inciter l'AP-HP à s'adapter à cette évolution sociologique notamment en ce qui concerne l'accès aux crèches ou la diminution des contraintes de garde qui dissuadent une partie de cette population à s'engager vers certaines spécialités. Il importe de s'adapter à une progressive féminisation des effectifs médicaux de l'AP-HP au cours des prochaines années.

Le **président** insiste sur la nécessité d'intégrer à la réflexion sur la démographie médicale, deux thèmes : l'évolution des internes et l'organisation du recrutement des praticiens universitaires.

D'ici à 2020, 67 % de la population des PU-PH quitteront l'institution. Aussi, eu égard à la faiblesse du nombre de recrutements ces trois dernières années de cette catégorie de médecins (venant de province : quatre en 2001, huit en 2002, aucun en 2003 ; un seul ressortissant européen), il convient de modifier la politique de recrutement de l'AP-HP.

De plus, M. de PROST livre son inquiétude face au récent départ de médecins de l'AP-HP, dont certains très brillants, vers d'autres établissements. Il a identifié pour raison majeure de cette fuite le statut (mauvaise couverture sociale et prise en charge de la retraite) et le niveau de rémunération des médecins hospitaliers en France. En effet, le salaire des PU-PH ne peut rivaliser avec celui offert par le secteur privé et certains pays européens ou occidentaux. Il faut analyser ce phénomène. Aussi souhaite-t-il que la CME mène une réflexion, déjà engagée par le groupe université, sur la démographie médicale à l'AP-HP.

Il s'agit de mettre en oeuvre un plan de lutte pour gérer les sorties et améliorer les entrées des personnels médicaux, intervient **M. HOUSSIN**. Certains aspects relèvent uniquement de l'institution, d'autres appellent une articulation avec l'université. Les deux entités doivent ensemble déterminer la stratégie propice à l'identification des besoins et des potentialités et élaborer un programme d'actions pour les prochaines années.

M. DEBRE attire l'attention sur le besoin dans certains services de l'aide temporaire de praticiens hospitaliers ou de PU-PH étrangers alors que la loi interdit ce type de recrutement. Il faudrait selon lui, manifester une volonté commune pour faire modifier la loi.

Pour **M. NORDLINGER**, l'AP-HP doit améliorer son attractivité de manière à recruter les médecins qui sont susceptibles de la rejoindre afin de compenser les départs qu'elle ne peut empêcher. Jusqu'à présent, la tendance consistait à faire appel aux médecins à diplôme étranger pour résoudre les problèmes, il convient désormais d'instaurer une politique plus efficiente et active.

M. DESMONTS signale l'existence d'une part, d'un contingent national de postes de professeurs au sein du conseil national des universités et chaque année vingt quatre à vingt cinq emplois sont pourvus, d'autre part, d'autorisations temporaires d'exercice d'une durée maximale d'un an, renouvelable trois fois. Ces dispositions permettent à des médecins non-européens de travailler à l'AP-HP sur des postes fléchés.

Par ailleurs, en raison du nombre élevé de postes de chefs de clinique-assistants sur Paris, il convient de ne pas sous-estimer ce potentiel d'attractivité pour les internes provinciaux. Paris compte un nombre de chefs de clinique-assistants largement supérieur à celui de province, patrimoine qu'il faut préserver.

Enfin, concernant les propos de M. GREGORY, il déclare que grâce aux services de scolarité des facultés, on peut connaître le nombre d'internes inscrits au sein de chaque DES. La difficulté pour obtenir des chiffres précis réside dans le nombre d'unités de formation et de recherche médicales à Paris et dans le fait que les internes des spécialités chirurgicales et médicales établissent leur choix définitif à la fin du quatrième semestre de leurs études.

M. GOËAU-BRISSONNIERE rappelle que les postes de professeurs associés sont uniquement universitaires et **M. DEBRE** ajoute qu'ils sont souvent attribués à des médecins français qui n'ont pu obtenir un poste de professeur titulaire.

III - Avis sur les fiches de missions et structure.

M. MADELENAT procède à l'examen des fiches de missions et structure validées par le groupe des structures.

A) Fiches de missions et structure avec débat.

GHU nord

Beaujon :

- *Modification du service d'anatomie et cytologie pathologiques, vacant au départ à la retraite du Pr DEGOTT le 1^{er} septembre 2004.*

L'hôpital a satisfait les trois demandes de précisions qui conditionnaient l'accord du groupe des structures pour cette fiche. Elles concernaient l'intégration du service dans le projet médical, le niveau de collaboration avec les services de même nature au sein du GHU et l'adaptation des missions du service et de son organisation aux futures orientations stratégiques.

GHU ouest

Cochin – Saint Vincent de Paul – Necker-Enfants Malades :

- *Création d'une fédération de gestion commune inter hospitalière d'urologie intitulée « Institut d'urologie » entre le groupe hospitalier Cochin Saint Vincent de Paul et Necker Enfants Malades.*

La discussion du groupe des structures a porté sur le choix de l'intitulé de la structure, FGC ou FAMA. L'apport d'informations complémentaires relatives à la répartition des activités sur les sites a permis d'opter pour l'appellation FGC, bien qu'elle ne paraisse pas pleinement satisfaisante. Le rapprochement à terme des effectifs des deux services conduira vers une structure départementale, voire un seul service. En parallèle M. MADELENAT s'est renseigné sur le sort réservé à la consultation d'urologie de l'hôpital Ambroise Paré et sur son éventuel rattachement au service de chirurgie générale digestive et oncologique du site.

Ce projet de longue date s'inscrit dans la continuité de la création des groupements hospitaliers universitaires, explique M. DEBRE. Les deux sites s'efforceront de rationaliser leurs activités chirurgicales et de consultations. L'objectif poursuivi vise d'une part l'augmentation de l'activité estimée à 15 %, sans accroître les dépenses, d'autre part, la constitution d'un département sur un seul site à définir. Le caractère gestionnaire de la fédération devrait garantir la rationalisation des interventions, conclut-il.

Cette opération doit aboutir à la création non d'un département mais d'un pôle, conformément au plan stratégique, rectifie le **président** ; en outre, il assurera l'activité de transplantation au sein du GHU ouest.

GHU sud

Henri Mondor – Bicêtre :

- *Modification du rattachement et de l'intitulé de l'unité fonctionnelle de parasitologie du site Bicêtre en unité fonctionnelle de parasitologie-mycologie, rattachée au*
- *service de parasitologie-mycologie de l'hôpital Henri Mondor.*

Les remarques du groupe des structures concernaient la répartition des activités entre les deux sites, précise M. MADELENAT.

B) Fiches de missions et structure sans débat.

GHU nord

Jean Verdier :

- *Création d'une unité fonctionnelle de planning familial rattachée au service de gynécologie obstétrique.*

GHU ouest

Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Création d'une unité fonctionnelle de réanimation chirurgicale rattachée au service d'anesthésie réanimation.*

- *Création d'une unité fonctionnelle de consultations de pédiatrie et d'endocrinologie pédiatrique rattachée au service d'endocrinologie pédiatrique avec suppression du service de consultations pédiatriques au départ à la retraite du Pr TOUBLANC le 1^{er} septembre 2004.*

Georges Pompidou :

- *Création d'une unité fonctionnelle chirurgie de la main et des nerfs périphériques au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologique.*

La CME entérine à l'unanimité des 33 membres votants les fiches de missions et structure présentées.

IV - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les nouveaux contrats d'activité libérale sont adoptés par 18 voix pour, 2 voix contre ; on note 1 abstention.

V - Point d'information sur les axes stratégiques et les lignes directrices pour le projet de plan 2005 – 2009 de l'AP-HP.

Quatre axes et vingt et une lignes directrices pourraient définir les contours du futur plan stratégique de l'AP-HP et font l'objet d'une présentation détaillée par la **directrice générale** (document transmis aux membres de la commission médicale d'établissement).

En préambule, elle annonce qu'un projet de document exhaustif relatif au plan stratégique 2005 – 2009 sera prochainement transmis aux membres du conseil d'administration. Les lignes directrices constituent des orientations tant pour le projet de plan stratégique en préparation que pour l'élaboration des projets d'établissements des hôpitaux. Ces lignes directrices visent à donner du sens et à constituer une référence pour l'action de chacun dans le cadre d'un projet collectif.

Ces éléments sont le fruit d'un premier travail d'évaluation et de prospective des besoins à long terme qui a débouché dans un deuxième temps sur une élaboration partagée sur la base de réflexions menées au niveau global de l'AP-HP et de chaque GHU.

Les quatre axes dessinent les objectifs globaux pour rendre l'AP-HP :

- active et réactive,
- attractive pour les malades et pour les personnels et les étudiants,
- efficiente,
- ouverte sur l'extérieur.

Les vingt et une lignes directrices proposées tendent à :

- mieux satisfaire la demande de soins ;
- assurer la sécurité des malades et des personnels ;
- contribuer à préserver l'emploi ;

- recréer une dynamique au sein de l'AP-HP ;
- assurer à l'institution son avenir à long terme, sa place de CHU de l'Ile-de-France et sa contribution au progrès médical.

Après avoir expliqué la teneur du projet de plan, la directrice générale insiste sur la nécessité pour l'AP-HP de se mobiliser pour accroître son activité et sa réactivité, pour améliorer son attractivité et tirer parti de son potentiel de CHU de l'Ile-de-France, pour s'adapter en répondant aux exigences de qualité et de sécurité tout en retrouvant un équilibre financier durable et enfin pour s'ouvrir sur l'extérieur pour mieux assurer ses missions de service public.

Pour conclure, elle précise qu'un chiffrage financier du futur plan stratégique a été réalisé par la direction économique et financière. Prenant la parole, **M. GARNIER** souligne l'importance de cette réflexion qui permet de tester le réalisme des hypothèses envisagées et constitue un outil d'aide à la décision.

En premier lieu, il convient de regarder les éléments incontournables en recettes et en dépenses. Le rapporteur cite à cet égard le déficit cumulé de l'AP-HP s'élevant à 224 millions d'euros à la fin de l'année 2003 ; en raison de la prise en compte de l'impact de la tarification à l'activité avec une montée en puissance prévue de 10 % par an, le gap à financer sur cinq ans en termes de perte de recettes serait de l'ordre de 250 à 280 millions d'euros. L'impact du plan équilibre de même que l'impact en fonctionnement des opérations engagées de l'actuelle période de programmation sont également à considérer.

Puis il annonce l'effet positif du plan de retour à l'équilibre qui permet de compenser les pertes de recettes par des gains de productivité dans le cadre de la T2A au moins jusqu'en 2007.

Les incidences en coûts des priorités stratégiques qui se dégagent : gérontologie, cancer, handicap, réanimation, recherche clinique sont évaluées à 103 millions d'euros en année pleine après une montée en charge progressive. M. GARNIER signale la possibilité d'un financement fléché de la part du ministère de l'ordre de 35 millions d'euros.

Les projets d'investissement recensés sur la période 2005 –2009 sont évalués à 1,5 milliard d'euros en travaux, (dont quinze opérations déjà actées au cours du plan stratégique actuel et 1 milliard d'euros dédié à la rénovation des hôpitaux), 535 millions d'euros en équipement et 450 millions d'euros en informatique, soit environ 2,5 milliards d'euros. Ce montant représente un budget d'investissement annuel de 500 millions d'euros par an sur cinq ans, soit un investissement supérieur de 50 % à celui des quatre dernières années.

Des moyens de financement doivent être recherchés, dont le recours à l'endettement qui apparaît comme une solution envisageable sous réserve de l'accord du conseil d'administration. Des marges de manœuvre apparaissent possibles mais des arbitrages seront nécessaires sur les niveaux de dépenses et de recettes. Parmi celles-ci, M. GARNIER relève l'incidence en recettes T2A de trois hypothèses d'évolution d'activité sur cinq ans faisant varier les recettes de 40 millions d'euros à 123 millions d'euros. A ceci s'ajoute le niveau d'ambition sur les restructurations génératrices de moyens pour financer des projets nouveaux, dans une fourchette de 8 à 67 millions d'euros. Parallèlement, les variables de dépenses, selon le niveau d'ambition arrêté, sont de l'ordre de 35 à 103 millions d'euros pour ce qui concerne la réalisation des priorités stratégiques et de 80 à 114 millions d'euros pour le coût d'exploitation des investissements (amortissements et frais financiers).

Le **président** relève deux éléments essentiels différenciant ce projet de plan stratégique du précédent. Le premier porte sur l'étroite participation des médecins à sa préparation notamment à travers le conseil stratégique et la CME, le second concerne la réflexion engagée sur le volet financier qui permet d'asseoir le plan stratégique sur des bases.

M. PIETTE intervient sur la question des fermetures de lits de soins de longue durée envisagées dans ce projet de plan, citant le nombre important de lits déjà fermés dans le cadre du précédent plan stratégique. Tout en rappelant son soutien à une telle orientation du fait que les soins de longue durée ne constituent pas la première mission de l'AP-HP en tant que CHU, il s'inquiète des conséquences dans un contexte général de forte évolution des besoins et attire l'attention sur la nécessité de bien en mesurer les risques. Selon l'intervenant ces risques sont d'ordre institutionnel, du fait de la non-ouverture de lits liée à la faible volonté des autres opérateurs publics ou privés ; des difficultés à faire sortir des patients des structures SSR de l'AP-HP sont à craindre.

Un risque social est également soulevé en raison de la reprise de moyens correspondant aux fermetures de lits, faisant redouter à **M. PIETTE** un alourdissement de la charge en soins dans un contexte de difficultés pour recruter du personnel infirmier. Un troisième risque, d'ordre judiciaire est mis en évidence par l'orateur dans l'hypothèse de fermetures non compensées par des ouvertures. Il évoque à cet égard l'éventualité de plaintes judiciaires si des personnes âgées se retrouvent sans possibilité de prise en charge.

M. FAGON, rejoint dans ses propos par **M. CORIAT**, souligne l'intérêt des éléments présentés par la directrice générale ; de son point de vue de président de CCM, la difficulté consiste à mettre en oeuvre concomitamment, mais sans confusion des genres, le plan équilibre, la création des pôles et le plan stratégique. Un système d'information opérationnel lui apparaît comme une condition de réussite.

M. CARLI voit la nécessité de dissocier plan équilibre et plan stratégique qui s'avèrent en synergie mais ne répondent pas aux mêmes objectifs. Un travail de pédagogie est à réaliser à cet égard.

M. SCHLEMMER confirme l'association des médecins à la préparation de ce plan stratégique et l'approche non misérabiliste retenue pour sa préparation le satisfait. Il souligne la nécessité absolue de bâtir un système d'information performant pour accompagner la mise en oeuvre des nouvelles organisations qui doivent répondre à une logique tant médicale qu'administrative. Il s'interroge par ailleurs sur la capacité du plan stratégique à mobiliser les acteurs de terrain et estime qu'il convient d'oeuvrer pour garantir auprès de tous la crédibilité de l'ensemble des actions proposées.

L'intérêt de la communication pour une bonne appropriation du plan constitue un point mis en avant également par **M. NORDLINGER** qui demande parallèlement quels éléments peuvent lui conférer plus de chances de réussite qu'au précédent plan.

Se référant à la ligne directrice numéro six : renforcer la compétitivité de l'AP-HP sur le plan régional, national et international, **M. LE HEUZEY** considère que dans le prolongement de la campagne engagée pour le recrutement d'infirmiers dont il se félicite, le moment serait venu d'engager une campagne destinée aux étudiants, eu égard au rapport sur la démographie médicale présenté précédemment.

M. FAYE s'associe à la politique volontariste exposée par la directrice générale. Pour débattre du plan stratégique, il sera nécessaire d'en préciser préalablement les objectifs et les actions de même que les coûts et les délais de mise en œuvre et de disposer de ces éléments au moment où la communauté médicale aura à effectuer des choix et à définir des priorités. Il regrette néanmoins de ne pas avoir de données sur les objectifs autres que les priorités fléchées, en particulier sur le projet social et professionnel. Il souhaiterait en effet le déploiement d'un plan spécifique aux chirurgiens et aux médecins et pouvoir en débattre en profondeur.

Quant à l'attractivité de l'AP-HP, l'intervenant attire l'attention sur la prise en charge des malades ressortissants hors de l'union européenne. Lorsque ces derniers viennent aux urgences des hôpitaux de l'AP-HP, ils sont quasi systématiquement orientés vers l'hôpital américain, seul établissement qui accepte les assurances privées anglo-saxonnes. Une solution doit être trouvée afin d'éviter à ces patients une avance de frais lorsqu'ils souhaitent bénéficier de soins au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

Pour **M. GREGORY**, les internes se reconnaissent dans ce projet de plan 2005 – 2009 en particulier dans la valorisation des carrières et dans son volet social. Les internes se sont par ailleurs exprimés sur la réduction du nombre de postes ouverts dans certaines disciplines et ses conséquences notamment en termes de choix de spécialités ; ils espèrent une diminution significative de cette orientation.

M. RICHARD note dans l'exposé de la directrice générale un changement évident de mentalité par rapport au passé, avec une volonté claire de promouvoir un projet stratégique en collaboration avec les médecins. Il insiste sur certains points.

La prise en compte de l'évolution des modalités d'organisation de l'hospitalisation lui paraît importante. A côté de l'hospitalisation conventionnelle et de la prise en charge ambulatoire, l'activité de réanimation et de soins continus mérite une attention particulière tant au plan architectural qu'organisationnel.

L'intervenant s'inquiète de la proposition faite d'augmentation d'activité afin de répondre à l'ensemble de la demande de soins. Il craint la dispersion des moyens sans la poursuite d'une approche qualitative reposant en particulier sur les restructurations et la mise en commun des compétences.

Il se dit également sensible à la thématique de l'hôpital propre et plus accueillant, sujet central en terme de communication. Il est aussi d'accord avec la volonté de moderniser les structures existantes plutôt que de construire de nouveaux bâtiments.

Quant à la notion de pôle de référence, selon **M. RICHARD**, les éléments qui le caractérisent ne sont pas l'apanage de la seule activité programmée. Par ailleurs cette notion de référence ne doit pas être opposée à la notion de proximité.

Enfin il s'inquiète des craintes de la directrice générale à propos du développement du système d'information patient qui constitue pour les médecins un enjeu majeur du futur plan stratégique.

M. DESMONTS souligne la mise en avant de la dimension universitaire dans ce projet de plan stratégique qui concourt à l'attractivité de l'AP-HP. Il se réfère aux réorganisations que vont connaître les universités et espère que les restructurations hospitalières en tiendront compte, de même qu'au niveau des pôles, la constitution d'associations de services permettra les choix de formation dans les services par les internes.

M. GOËAU-BRISSONNIERE considère comme un enjeu l'organisation de l'AP-HP axée sur une préférence institutionnelle tandis que **M. BERNAUDIN** juge cette notion acceptable vis-à-vis des établissements à but lucratif mais se garde d'une telle attitude pour les établissements à but non lucratif du fait des partenariats existants et de la nécessaire ouverture de l'AP-HP sur l'extérieur. A cet égard, il interroge la directrice générale sur l'existence d'une réflexion relative à la création de maisons des urgences ou de maisons de soins de proximité.

Selon le **vice-président** la structuration en pôles, lorsqu'elle bénéficie d'une cohérence médicale, organisationnelle et géographique s'avère de nature à remplir sa mission. Sa lisibilité doit être assurée et elle suppose une véritable rationalisation des moyens. Quant à l'évolution de l'activité, les contraintes que connaissent les hôpitaux limitent son augmentation. Il observe que la compétition s'instaure entre les structures de l'AP-HP plutôt qu'avec le secteur privé. L'orateur déclare que les chirurgiens aspirent à accroître leur activité de chirurgie de jour mais se montrent réticents à l'exercer dans un centre géographiquement distant des hôpitaux où ils travaillent. Lui-même plaide par contre pour des structures dédiées à la chirurgie de jour au sein des hôpitaux à activité chirurgicale ayant effectué ce choix stratégique.

La **directrice générale** remercie les intervenants de leurs contributions. Elle souligne l'intérêt majeur pour elle de croiser les approches administrative et médicale. Elle convient de l'inquiétude que peut susciter l'opération relative aux soins de longue durée tout en rappelant que dans le cadre du plan stratégique actuel, près de 1 000 lits de ce type ont été fermés sans que cette suppression ait fait l'objet d'une communication. L'annonce de la perspective d'une réduction de 500 lits doit conduire les autres acteurs de santé à préparer et à anticiper ces mouvements. L'AP-HP ne doit pas hésiter à se tourner vers ses partenaires ou les autres acteurs de santé. **M. HOUSSIN** précise qu'il est nécessaire d'engager un travail de coopération avec les collectivités territoriales afin que ces opérations soient conduites dans de bonnes conditions. Bien que consciente des difficultés, la **directrice générale** rappelle que tout plan stratégique suppose par construction la définition de choix et de priorités.

S'agissant de la liaison entre le plan stratégique et le plan équilibre, elle reconnaît la complexité du contexte. Elle rappelle que le plan stratégique est fondé sur une augmentation réelle de l'activité, facilitée par les recrutements prévus de personnels. Il ne peut donc être question de supprimer les postes vacants. La T2A conduit également à réfléchir sur les coûts car elle s'avère défavorable à l'AP-HP dont les structures de coûts dépassent largement celles des autres CHU. Le plan équilibre se base sur la comparaison entre les performances des services au sein de l'AP-HP et s'appuie sur la mise en œuvre d'organisations efficaces. Des économies d'achats et de logistique ont été engagées sans retentissement sur les patients ou le personnel. Il s'agit de repenser les organisations pour atteindre une meilleure efficacité ; cela ne suppose pas une politique d'externalisation bien au contraire, elle signale à cet égard l'internalisation de certaines activités au titre du plan équilibre. Elle se déclare confiante en la matière au regard des expériences intéressantes déjà menées et rappelle que les services du siège se tiennent à la disposition des hôpitaux pour les aider à lancer des chantiers visant à optimiser les ressources.

Mme VAN LERBERGHE souscrit au caractère essentiel d'une communication adaptée pour une appropriation du sujet par les professionnels. Elle évoque le projet de réunions spécifiques, le rôle décisif à jouer par les cadres soignants et se déclare ouverte à toutes propositions d'actions à mettre en place. Parmi les chances de réussite de ce nouveau plan stratégique, elle mentionne la démarche d'écoute des personnels engagée, la réalisation d'un chiffrage financier et la réflexion envisagée sur la recherche d'indicateurs simples et précis de suivi de la réalisation du plan.

Quant au projet social et professionnel, les discussions ouvertes avec les organisations syndicales se poursuivent. Elle a proposé à ces dernières de recourir à des experts pour enrichir les débats. **M. HOUSSIN** rappelle que des séances de travail ont été organisées autour de ce thème par les représentants des organisations de médecins de l'AP-HP et du président du groupe du personnel médical. Ceci constitue un élément totalement novateur.

La **directrice générale** intervient ensuite sur l'apparente contradiction observée entre la nécessaire présence de l'AP-HP dans tous les secteurs d'activité et la création de pôles de référence ; la réponse à cette contradiction ne peut s'envisager que sur un plan global, estime-t-elle. La question de la préférence institutionnelle ne remet pas en cause les partenariats établis mais présume une mobilisation sur la qualité.

La notion de concurrence évoquée au cours des débats est l'occasion pour Mme VAN LERBERGHE d'insister sur la nécessité d'une prise de conscience des enjeux de celle-ci qui se situe, non à l'intérieur de l'AP-HP mais à l'extérieur, voire bientôt à l'échelon européen ; cela suppose de développer l'esprit d'émulation au sein de l'institution et de compétition avec les concurrents potentiels.

Pour répondre à **Mme PALAZZO** qui s'interroge sur les mesures envisagées au plan financier pour attirer et conserver le personnel médical et soignant, la **directrice générale** se dit en faveur d'un intéressement collectif plutôt qu'individuel dont la mise en œuvre, après des évolutions réglementaires, pourrait être facilitée par la création des pôles.

Enfin, à propos de la chirurgie ambulatoire, une mission sera chargée d'identifier les carences du fonctionnement actuel de cette activité et d'y apporter des solutions. La CME sera amenée à participer.

VI - Avis sur la création d'un poste d'assistant des hôpitaux.

M. ANTONINI fait connaître que cette demande concerne la création d'un poste d'assistant des hôpitaux situé à l'hôpital Raymond Poincaré et entièrement financé par ce dernier.

L'instance approuve cette création par 27 voix pour ; on compte 1 abstention.

VII - Avis sur l'additif à la révision des praticiens hospitaliers au titre de l'année 2004.

L'additif à cette révision porte sur la création de deux postes à l'hôpital Henri Mondor au SAMU – SMUR du Val de Marne, par la transformation d'emplois au titre de l'article 15 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 relatif au statut des praticiens hospitaliers.

La CME émet un avis favorable par 27 voix pour et 1 abstention.

VIII - Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2005.

En propos liminaire **M. ANTONINI** signale l'influence de deux éléments nouveaux dans la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2005. D'une part, la réforme des retraites offre la possibilité aux personnels hospitalo-universitaires ne réunissant pas le nombre d'annuités exigées pour percevoir une pension à taux plein, de retarder leur départ en retraite. Cette disposition touche environ 10 % des départs programmés. Cette proportion est appelée à grandir au fil des années, en raison de l'augmentation progressive du nombre d'annuités exigées. D'autre part, le protocole « sauvons la recherche » dédie au secteur hospitalo-universitaire une quarantaine d'emplois au plan national. Ainsi, les emplois fléchés par les ministères comportent une forte composante en matière de recherche.

Puis il précise que par souci de transparence, les candidatures attendues sur les emplois figurent dans le dossier dont il donne ensuite lecture (cf. document remis sur table).

Quelques propositions suscitent un certain nombre de remarques.

GHU ouest

UFR Paris V

La demande de l'UFR de créer un poste de PU-PH de recherche en oncologie-pédiatrie à l'institut Curie a soulevé en groupe du personnel médical, indique **M. AIGRAIN**, la question de la localisation des demandes des postes universitaires de cet établissement.

M. CHAUSSADE s'étonne de la création de ce poste à l'institut Curie car le pôle de recherche de ce dernier est sur Paris VI et son investissement universitaire dans l'enseignement n'a pas pesé dans le passé tandis que **M. LACAU ST GUILY** déclare que la création de postes liés à la cancérologie clinique (que ce soit dans les disciplines de cancérologie ou de spécialités d'organe) doit constituer un enjeu de négociations avec les tutelles dans le cadre du plan cancer. **M. HOUSSIN** ajoute que l'AP-HP doit clarifier la situation sur ce sujet notamment en matière de partenariat.

GHU sud

UFR Kremlin-Bicêtre

M. CHAUSSADE souhaite la confirmation de l'attribution effective à l'hôpital Paul Brousse et donc à l'AP-HP du poste créé dans le cadre du plan cancer. Ceci est un gage pour renforcer le pôle hépato-biliaire et d'oncologie de cet hôpital.

GHU est

UFR Saint Antoine

M. de PROST souhaite soumettre à l'avis de l'instance les différentes propositions concernant l'emploi de chirurgie générale digestive de l'hôpital Saint-Antoine vacant au départ à la retraite, le 1^{er} septembre 2005 de l'actuel chef de service. Ces propositions s'articulent autour de la publication ou non de cette prochaine vacance et du choix du successeur à la fonction de chef de service parmi les candidatures exprimées.

M. HOUSSIN fait part des préoccupations de l'administration. Ce service représente un enjeu majeur pour l'AP-HP de par sa taille. Celle-ci justifie la mise au recrutement de ce poste. L'administration, garante du respect des règles et des procédures, porte toutefois une attention vigilante à la mise au recrutement de ce poste compte tenu d'éléments constitutifs d'une situation de népotisme. Dans la mesure où le principe de l'égal accès et de l'appréciation du seul mérite pourra être respecté, elle ne s'oppose pas à la mise au recrutement de cet emploi.

Il s'ensuit un large débat à l'issue duquel la CME est invitée à se prononcer par un vote à bulletins secrets sur la mise au recrutement de l'emploi dans le service de chirurgie générale et digestive à l'hôpital Saint Antoine ou sur l'affectation d'un emploi dans le service de cancérologie de l'hôpital Tenon, conformément aux propositions inscrites dans le dossier de la révision des effectifs.

Le service de chirurgie générale et digestive obtient 26 voix et le service de cancérologie 7 voix ; on enregistre 1 abstention et 1 vote nul.

La CME adopte ensuite à l'unanimité les autres propositions relatives à la révision des effectifs hospitalo-universitaires (cf. annexe n° 1 du compte rendu).

IX - Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie au titre de l'année 2005.

L'exposé du dossier par **M. ANTONINI** ne suscite aucune remarque. La révision des effectifs hospitalo-universitaires en odontologie est approuvée à l'unanimité par les membres de la CME (cf. annexe n° 2 du compte rendu).

X - Approbation du compte rendu de la séance du 21 septembre 2004.

Ce compte rendu est adopté sans observation.

Le **président** souligne la qualité des comptes rendus qui restituent fidèlement les débats de l'instance. Mis sur le net et bientôt sur le futur site de la CME, il invite l'assemblée à en prendre connaissance.

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 13 heures 40.

*

*

*

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

Mardi 9 novembre 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 octobre 2004 à 16h30.

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

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