

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 6 MARS 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 AVRIL 2007**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 6 mars 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Troisième état de suivi quadrimestriel au titre de l'exercice 2006.
- 2- Avis sur le projet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'année 2007.
- 3- Avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France.
- 4- Bilan des travaux du groupe consacré à l'activité ambulatoire.
- 5- Bilan des travaux du groupe consacré au cancer.
- 6- Bilan des travaux du groupe consacré à l'accueil des médecins étrangers.
- 7- Avis sur le projet de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'AP-HP et l'université Denis Diderot – Paris 7.
- 8- Information sur la création à l'AP-HP d'un correspondant informatique et libertés.
- 9- Avis sur la constitution d'un groupement de coopération sanitaire entre l'AP-HP (Pitié-Salpêtrière) et l'hôpital des gardiens de la paix.
- 10- Avis sur l'adhésion de l'AP-HP au groupement d'intérêt public : cancéropôle Île-de-France.
- 11- Avis sur les centres et réseaux thématiques de recherche et de soins.
- 12- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 13- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 14- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007.
- 15- Avis sur une demande de labellisation de centre de référence de prise en charge de maladies rares.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chef de service.
- Avis sur la nomination à titre permanent d'un praticien hospitalier associé.
- Avis sur le changement d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers.
- Avis sur le renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier.

Composition A

- Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - Mme le Dr THEVENIN-LEMOINNE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le Pr BAGLIN, doyen,
 - M. le Pr BERCHE, doyen,
 - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
 - M. GRISONI, conseiller du directeur général, direction 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 universitaire sud,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - Mme ARMANTERAS-de SAXCE, directrice du groupe hospitalier Pitié - Salpêtrière,
 - M. BEST, direction de la politique médicale,
 - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
 - M. DUPONT, direction des affaires juridiques et du droit des patients,
 - M. MARIAGE, direction économique et financière,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme SAUVAGNAC, direction de la politique médicale,
 - M. SAUVAT, direction de la politique médicale,
 - M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
 - 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 Mme FRANCES et de MM. GOËAU-BRISSONNIERE, KANIA, LEGRAND et LOISANCE, avant d'engager l'examen des sujets inscrits à l'ordre du jour.

I- Troisième état de suivi quadrimestriel au titre de l'exercice 2006.

La parole est donnée à **M. GUIN** pour procéder à la présentation de la situation quadrimestrielle de l'exécution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'année 2007 rendue obligatoire dans le cadre de la nouvelle procédure budgétaire et comptable (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'année 2006 se caractérise par le dynamisme de l'activité générant une progression des recettes. Les dépenses ont évolué de 2,4 %, niveau compatible avec la progression de 2,2 % des recettes. L'objectif d'équilibre est atteint pour la troisième année consécutive avec un résultat économique en léger excédent de 24 millions d'euros venant abonder le fonds de roulement et permettant de financer plus facilement les investissements.

L'activité progresse de 2,6 % en court séjour, de 2,5 % en hospitalisation complète, de 3,8 % en hospitalisation partielle, de 2,4 % en psychiatrie, de 4,4 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'activité de soins de longue durée (SLD) régresse du fait de la fermeture de lits.

M. GUIN mentionne une évolution des recettes d'assurance maladie supérieure aux prévisions, une sous-exécution de 61 millions d'euros des dépenses au titre I, notamment en raison de notifications de crédits en fin d'année qui n'ont pas pu être consommés, et signale que la consommation de l'intégralité des crédits de personnel aurait abouti à un résultat déficitaire.

En synthèse, il convient de se féliciter collectivement des bons résultats qui permettent de terminer l'année 2006 dans de bonnes conditions et de débiter celle de 2007 sur la base d'une situation restaurée. Si les résultats démontrent la capacité de l'institution à respecter les objectifs fixés dans le cadre de l'ERPD initial et la poursuite du plan équilibre (45 millions d'économie prévus en 2006), ils restent fragiles s'appuyant sur une sous-exécution des dépenses du titre I et devront être confirmés et même amplifiés dès 2007 pour faire face à la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) et résorber progressivement l'écart de convergence, évalué à 285 millions en 2005.

II- Avis sur le projet l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'année 2007.

Le **directeur général** introduit le dossier portant sur l'EPRD de l'année 2007 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) qui s'inscrit dans le cadre :

- du passage à 50 % de la T2A ;
- d'une croissance limitée de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Ce contexte impose de poursuivre les efforts afin de maintenir les grands équilibres financiers. La capacité de l'AP-HP à financer ses projets repose de plus en plus sur le développement de l'activité, aussi les prévisions d'activité pour 2007 doivent être entendues comme un seuil minimum.

L'activité engendrera les recettes qui permettront les futures dépenses, sa progression apportera des marges de manœuvres supplémentaires réduisant l'écart de convergence.

La construction de l'EPRD 2007 repose sur des prévisions réalistes et volontaristes élaborées au niveau local, consolidées au niveau central et débattues lors des conférences budgétaires. Cette construction s'appuie sur la volonté de tenir les engagements de l'AP-HP : une présentation équilibrée de l'EPRD ; une amélioration de l'efficacité dans le cadre de la montée en charge de la T2A ; une poursuite de la mise en œuvre des priorités du plan stratégique.

Ces priorités se déclinent dans différentes dimensions :

- l'amélioration de la prise en charge des patients (personnes âgées, patients atteints du cancer, personnes vulnérables...) ;
- les opérations de restructuration (maternités des hôpitaux Armand Trousseau, Louis Mourier...) ;
- les mises aux normes fonctionnelles et techniques (sécurité incendie...) ;
- le nouveau système d'information.

Enfin, une politique d'intéressement se mettra en place, déclinée du siège vers les hôpitaux et des hôpitaux vers les pôles, en fonction du résultat économique de l'AP-HP et de la réalisation des objectifs d'activité et de maîtrise des dépenses. Cette démarche sera initiée en 2007 au sein des quatre hôpitaux anticipateurs de la nouvelle gouvernance sur la base des résultats de 2006.

A son tour **M. GUIN** expose le cadre général.

1- Les éléments de contexte.

Le contexte national est marqué par :

- la poursuite de la progression de la T2A appliquée à 50 % contre 35 % en 2006 ;
- la progression moyenne de 1,26 % des tarifs de court séjour ;
- un ONDAM hospitalier contraint à plus 3,48 % ;
- le plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie (280 millions d'euros).

Le contexte de l'AP-HP correspond à la mise en œuvre du plan stratégique, fondé sur :

- une stratégie de développement de l'activité ;
- le plan équilibre prévoyant 45 millions d'économies en contrepartie de 35 millions de rebasage ;
- la poursuite du programme d'investissement ;
- les travaux de mise à plat budgétaire, de refondation de la politique tarifaire et la poursuite des fermetures de lits programmées pour les unités de soins de longue durée.

Les évolutions du dispositif de la T2A concernent notamment :

- le passage à 50 % pour le court séjour et à 100 % pour cinq groupes homogènes de séjour (GHS) de chirurgie ambulatoire ;
- la création de nouveaux forfaits « sécurité et environnement hospitalier » pour des actes figurant sur une liste limitative ;
- la revalorisation de 1,26 % des tarifs de certains GHS ;
- une majoration du forfait annuel des greffes par minoration de la dotation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- la remontée d'informations mensuelle et non plus trimestrielle ;
- la suppression du taux de conversion et le rapprochement des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) et administratives ;
- le financement des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables (DMI) remboursés rattaché à un séjour PMSI ;
- les contrôles externes réalisés par l'assurance maladie susceptibles d'une restitution de l'indu et d'une sanction financière en cas de mauvaise application des règles.

2- Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP).

L'EPRD traduit les ambitions et les engagements de l'institution vis-à-vis des patients, des hôpitaux et des personnels. Le CRPP, qui frôle 6 milliards d'euros, montre un résultat prévisionnel équilibré avec une progression des recettes de 1,5 % et des dépenses de 1,9 %.

Près de 80 % des recettes proviennent de l'assurance maladie. La part des recettes liées à l'activité représentera désormais 36 % de l'ensemble contre 29 % en 2006.

Le cadre général relatif aux dépenses est dicté par la mise en œuvre de la troisième tranche des priorités du plan stratégique et des plans de santé publique que l'orateur décline avant de détailler les dépenses de personnel et l'évolution des effectifs du personnel non médical et médical.

3- Les comptes de résultat prévisionnel annexes (CRPA).

Le CRPA-B (les USLD), avec un montant des charges et des recettes équilibré à 290 millions d'euros, s'inscrit dans le cadre de la poursuite de la reconstruction budgétaire engagée depuis trois ans et de la politique des fermetures de lits prévues dans le plan stratégique (164 suppressions supplémentaires en 2007).

Le CRPA-C (les écoles) comprend 64 millions d'euros, cependant l'hypothèse retenue concernant le financement du conseil régional doit encore être validée par ce dernier.

Le CRPA-A (la dotation non affectée) fait apparaître un excédent important du fait d'une prévision de 18 millions d'euros de cessions d'actifs immobiliers.

4- La capacité d'autofinancement et le tableau de financement.

Le tableau de financement est alimenté par l'autofinancement dont la capacité pour 2007 est estimée à 298 millions par les ressources d'emprunt (262 millions d'euros) et un fonds de roulement stable.

Concernant les dépenses, il est prévu de procéder à 88 millions d'euros de remboursement des emprunts et de financer 500 millions d'euros (plus 3 %) au titre du programme d'investissement. Les autorisations de programme progressent de 41 % par rapport à 2006 (715 millions contre 500 millions), dont 492 millions pour les travaux, 115 millions pour l'équipement et 108 millions pour l'informatique.

5- Le plan global de financement pluriannuel (PFGP).

Le plan global de financement pluriannuel, annexe obligatoire à l'EPRD, correspond à la projection sur cinq ans des recettes et des dépenses d'exploitation et permet d'évaluer la capacité à soutenir l'ensemble des projets programmés sur la période.

Cette projection se fonde sur des hypothèses retenues dans le cadre de l'EPRD 2007, notamment une progression de 2,6 % par an des recettes d'activité, une montée en charge de la T2A de dix points par an à partir de 2008, la poursuite du plan équilibre en 2008. Dans ces conditions, la simulation fait apparaître la nécessité de poursuivre l'accompagnement de la montée en charge de la T2A sur la période 2008 – 2011 par un plan de convergence évalué à 105 millions. Cet objectif semble atteignable mais reste ambitieux et nécessitera des efforts partagés de l'ensemble de l'institution, impliquant une progression de l'activité, la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses par la recherche permanente de l'efficacité, l'obtention de financements complémentaires, notamment dans le cadre du projet Hôpital 2012.

6- Les enjeux de l'exercice.

L'EPRD, sincère, équilibré, fondé sur une progression réaliste des dépenses et des recettes, respecte les priorités du plan stratégique et repose sur une hypothèse minimale de progression de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et une recherche continue d'économies, conclut M. GUIN. Les enjeux majeurs de la gestion correspondront à la réalisation des objectifs d'activité et de recherche d'économies.

Au terme de ces exposés, le **président** ouvre la discussion.

M. CHAUSSADE aimerait savoir d'une part l'évolution de l'activité en 2006 des structures hospitalières privées et publiques d'Ile-de-France, d'autre part, dans le cadre d'une politique d'intéressement globale, si les hôpitaux ayant réalisé des efforts seront traités comme ceux moins investis dans cette démarche. Cette question lui paraît particulièrement importante alors que les index de performance d'activité utilisés dans le passé par spécialité et par service ont disparu.

En outre, il s'étonne du passage à 100 % de la T2A concernant cinq GHS de chirurgie ambulatoire tandis que son service n'avait pu bénéficier d'un tel dispositif au motif que GILDA ne traitait pas ce type de patients.

Enfin, il note un plan de convergence évalué à 105 millions sur la période 2008 – 2011, or à sa connaissance les estimations mentionnaient un effort plus important.

Mme DEGOS estime que l'effort pédagogique à destination des médecins à propos de leur rôle dans le nouveau cadre budgétaire doit se poursuivre, en particulier la diffusion du schéma qui met en exergue la part des recettes tributaires de l'activité.

Par ailleurs, elle voudrait des précisions sur le mode de financement des greffes.

L'activité de greffes, fondamentale pour l'AP-HP selon **M. DASSIER**, mérite la réalisation d'un bilan financier spécifique, c'est-à-dire d'apprécier le coût réel du poste de greffe par rapport au forfait financier prévu par la tarification.

S'il se réjouit de la progression de l'activité en 2006, **M. LACAU ST GUILY** tient à alerter l'administration sur les difficultés techniques rencontrées depuis quelques semaines pour l'enregistrer, dysfonctionnement d'autant plus désolant que les chirurgiens sont entrés dans la culture de la saisie de l'activité en temps réel. Ces problèmes récurrents apparaissent à chaque nouvelle version de logiciel.

M. LEVERGE constate que l'équilibre financier pour 2006 trouve son origine dans une minoration des dépenses de personnel de l'ordre de 60 millions d'euros. Ce contexte l'amène à évoquer une préoccupation des services médico-techniques. En effet, sur des emplois pérennes vacants de personnels médico-techniques, sont recrutées des personnes en contrat à durée déterminée (CDD) de trois mois non renouvelable, et opérationnelles après deux mois de formation. Cette situation crée un malaise profond dont l'administration doit être informée. Ces emplois temporaires représentent 30 % des effectifs dans certains services, induisant une inefficacité de ces derniers et un découragement des personnes compétentes recrutées en CDD.

M. RYMER voudrait des informations plus précises concernant l'intéressement dont bénéficieront les quatre hôpitaux anticipateurs de la nouvelle gouvernance et sur les modalités d'intéressement mises en œuvre à l'avenir, précisions sollicitées également par **M. AIGRAIN** lequel imagine que la possibilité de partager le bénéfice des résultats positifs suppose celle de sanctionner lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

Par ailleurs, il tient à évoquer la nécessaire solidarité au sein de l'institution envers les hôpitaux à forte composante pédiatrique lesquels disposent d'un financement en T2A inférieur de 30 % à la normale en raison d'une mauvaise prise en compte des co-morbidités. C'est pourquoi, au-delà d'un intéressement strictement basé sur des résultats économiques, il lui semble nécessaire d'observer également la progression de l'activité et les comparaisons basées sur l'indice de performance dans la mise en œuvre du dispositif d'intéressement. Ce commentaire s'applique à d'autres secteurs dont la gériatrie, ajoute-t-il.

M. DUSSAULE sollicite des précisions sur la répartition des futures recettes au titre des MIGAC et davantage de transparence à l'avenir sur le dispositif.

M. NORDLINGER demande des précisions sur l'annonce simultanée dans l'EPRD 2007 de suppressions d'emplois dans le cadre du plan équilibre et de créations d'emplois en nombre supérieur (171) dans le cadre du plan stratégique. S'agit-il d'un effet d'annonce ou d'une véritable orientation des emplois vers les secteurs stratégiques ?

Tandis que la tarification à l'activité tend à corriger les erreurs du budget global, intervient **M. BAGLIN**, dans les faits le système pousse chaque hôpital à augmenter son activité. La progression des dépenses de santé étant limitée par l'ONDAM, si chaque intervenant enregistre une augmentation de son activité, l'équilibre financier passera par une réduction du montant de financement de chaque prestation. De plus, l'incitation à augmenter l'activité risque d'induire la réalisation d'actes non nécessaires au détriment de ceux indispensables.

La prévision d'augmenter de 1,1 % les charges du personnel semble sous-évaluée à **M. DEBRE**. En effet, le glissement vieillesse technicité (GVT) approchera sans doute 0,5 % ou 0,6 % et il convient de prendre en compte le poids des recrutements sur des postes actuellement vacants notamment ceux d'infirmiers.

Suite à ces observations, **M. GUIN** apporte certaines précisions.

Il ne dispose pas des données de comparaison de la progression de l'activité de l'AP-HP à celle des autres intervenants publics et privés d'Ile-de-France, cependant il s'engage à les transmettre aux membres de la CME dès leur publication.

L'administration ne détient pas de données relatives à l'activité pour 2006 en Ile-de-France confirme **M. SUDREAU** qui rappelle qu'en 2005, la part de marché de l'AP-HP restait globalement stable en médecine et progressait en chirurgie après la diminution constatée entre 2000 et 2004.

Puis **M. GUIN** indique que le mécanisme d'intéressement mis en œuvre pour la première fois en 2008 sur la base des résultats de 2007 sera conditionné par la production d'un résultat économique positif de l'AP-HP. L'enveloppe sera ventilée en fonction de la réalisation des objectifs des hôpitaux sur la base de trois critères simples à mesurer : le respect de l'objectif en terme d'activité, la maîtrise des dépenses au regard des crédits alloués, le respect du plan équilibre. La seule condition imposée par le siège est que ce mécanisme décentralisé permette uniquement de financer des dépenses non reconductibles. L'engagement pris vis-à-vis des hôpitaux anticipateurs de la nouvelle gouvernance comprend l'attribution d'un intéressement calculé sur la base du résultat économique pour 2006.

Le précédent écart de convergence, d'un montant de 285 millions d'euros, s'appliquait sur une période et un périmètre différents. Aux 105 millions d'euros mentionnés s'ajoutent les engagements déjà pris, notamment les 45 millions prévus dans le cadre du plan équilibre, l'écart de convergence total pour la période 2008 – 2011 correspond donc à 150 millions d'euros.

La sous-estimation de 61 millions d'euros des dépenses de personnel s'applique aux personnels médicaux et non-médicaux. **M. GUIN** prend acte des remarques relatives aux remplacements des postes vacants dans les secteurs médico-techniques et vérifiera auprès de la direction du personnel et des relations sociales si des règles différentes s'appliquent pour le remplacement de ces personnels. La politique de l'institution, confirmée récemment par le directeur général, consiste à accentuer le recrutement de personnels titulaires, le recours à des personnels en CDD ou en intérim devant intervenir uniquement en l'absence d'autres solutions.

Le ministère envisage une plus grande transparence dès 2007 pour les MIGAC et dès 2008 pour les missions d'enseignement, d'expertise et d'innovation (MERRI). L'AP-HP s'attache à apporter de la clarté dans la ventilation des MIGAC entre les hôpitaux afin de garantir une meilleure traçabilité interne dès 2007.

Les suppressions de postes mentionnées dans l'EPRD ne sont pas fictives. Les conférences budgétaires ont fourni l'occasion d'évoquer les efforts de productivité à réaliser au sein des fonctions support et des plateaux médico-techniques, permettant de fixer l'objectif de 512 suppressions d'emplois. Par ailleurs, les créations d'emplois mentionnées découlent des discussions avec les établissements relatives à la mise en œuvre des priorités du plan stratégique. Le solde de 171 créations d'emplois résulte donc de deux processus menés de manière autonome.

Le dispositif T2A non encore pleinement équilibré, connaît chaque année des évolutions sensibles destinées à l'améliorer. Le risque d'une course à l'activité est combattu en premier lieu par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mis en place en 2007, en second lieu par la progression du nombre de contrôles de l'assurance maladie visant à détecter les pratiques erronées de codification de l'activité. Aussi l'AP-HP doit vérifier que ses processus de contrôle interne permettent d'éviter de telles pratiques, tout en développant l'activité dès que cela se justifie, y compris en gagnant des parts de marché sur les concurrents.

S'agissant de l'évolution des charges de personnel, le GVT solde prend notamment en compte l'effet de la progression à l'ancienneté et du remplacement des générations partant en retraite par les nouvelles recrues à la rémunération inférieure. En revanche, l'augmentation du nombre des effectifs rémunérés n'entre pas dans ces prévisions.

Le forfait annuel relatif aux greffes va progresser d'environ 25 millions d'euros dont 8 millions d'euros dédiés à l'AP-HP déclare **M. MARIAGE**. Ce financement ne correspond pas à une enveloppe supplémentaire mais à un transfert prélevé sur les MIGAC. Ce procédé tend uniquement à améliorer la visibilité du financement de cette activité.

Le montant de l'intéressement versé aux quatre hôpitaux anticipateurs de la nouvelle gouvernance sera annoncé lors de la prochaine réunion de la CME indique le **directeur général**. L'intéressement versé au titre des résultats 2007 suppose d'abord un résultat positif de gestion de l'AP-HP. Dans cette perspective, l'administration provisionne une enveloppe dédiée qui ne sera pas activée en cas de résultat négatif. Ce dispositif vise à récompenser les efforts de gestion propres à chaque hôpital, en évitant de rémunérer des effets d'aubaine. Le montant de l'enveloppe attribué à chaque pôle fera l'objet d'un débat contradictoire afin d'interpréter les résultats obtenus.

Concernant le recours aux personnels temporaires, les recrutements ont été réorientés vers les emplois statutaires. M. LECLERCQ s'intéresse désormais aux contrats temporaires afin de vérifier que l'administration n'adopte pas une vision trop restrictive des dispositifs en vigueur. Il rappelle que l'AP-HP doit respecter les règles du droit public et qu'elle est soumise au regard du contrôleur financier et du trésorier payeur général.

Puis il signale d'une part que l'AP-HP sera conduite à adopter pour les MIGAC un dispositif reposant sur des lignes déclaratives imposant de lister avec précision les missions relatives à cette rubrique, et d'autre part qu'elle dispose désormais pour les MERRI, d'outils permettant de mesurer l'effort de recherche de chaque service.

Enfin, concernant les risques induits par la T2A, le dispositif est encadré par la possibilité de diminuer les tarifs en cas de dérive, par les objectifs quantifiés d'offre de soins destinés à réguler l'activité au sein d'une région et par la concurrence. La progression de l'activité de l'AP-HP malgré ces multiples outils de régulation, signifiera qu'elle regagne des parts de marché ou qu'elle traite des patients qu'elle ne soignait pas auparavant.

Mis aux voix, le projet d'EPRD est approuvé à l'unanimité des votants.

Le **directeur général** remercie la communauté médicale de la confiance qu'elle accorde à l'administration avec ce vote.

III- Avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France.

En préambule, **M. SUDREAU** tient à associer à cette présentation Mme LALARDRIE, responsable de la mission région au sein de la DPM, qui a activement participé aux négociations avec l'ARH-IF (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Le cadre juridique du contrat.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) s'inscrit dans le cadre d'une réforme majeure de la planification sanitaire française. Il constitue la déclinaison opérationnelle des grandes lignes du troisième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3). Sa finalité consiste à décliner par hôpital et par territoire de santé les orientations tracées par la région sur chacune des grandes thématiques médicales. Le contrat entre l'AP-HP et l'ARH-IF doit être signé avant le 31 mars 2007.

La planification sanitaire se fonde désormais sur un dispositif d'autorisation d'activités de soins et d'équipements lourds. La région Ile-de-France comporte vingt-deux territoires de santé de 300 000 à 800 000 habitants chacun et l'AP-HP, concernée par quinze d'entre eux, représente jusqu'à 70 % de l'offre de soins.

Le CPOM constitue un enjeu financier majeur car la non-réalisation du contrat engendre des pénalités financières, jusqu'à 1 % des recettes allouées par l'assurance maladie.

La signature du contrat conditionne :

- les nouvelles autorisations d'activités de soins ;
- le déclenchement de financement des MIGAC (excepté pour l'AP-HP sous la tutelle budgétaire de l'Etat) ;
- le financement des suppléments T2A (les soins intensifs, la surveillance continue, les soins palliatifs) ;
- le conventionnement des cliniques.

Le CPOM couvre l'ensemble des activités hospitalières, les orientations stratégiques, les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), la qualité, le système d'information, les ressources humaines, la nouvelle gouvernance, les missions d'intérêt général.

2- La méthodologie de préparation du contrat.

Le postulat de base a consisté à ne pas réécrire le plan stratégique de l'AP-HP validé par l'ARH-IF et intégré dans le SROS 3 lequel prévoyait la mise en œuvre d'OQOS par territoire de santé.

L'ARH-IF a fixé des fourchettes d'évolution d'activité, comprises entre plus et moins 10 % de 2006 à 2010. La négociation entre l'ARH-IF et l'AP-HP a reposé sur six principes fondateurs :

- un contrat unique et global pour l'AP-HP ;

- une adaptation du contrat type proposé par l'ARH-IF rappelant les missions particulières de l'AP-HP ;
- les orientations du plan stratégique et du SROS 3 ;
- une déclinaison des OQOS par territoire de santé appréciés sur l'ensemble de l'AP-HP.
- la mise en œuvre d'objectifs qualitatifs concernant la prise en charge des patients ;
- un pilotage régional centralisé afin de conserver l'unicité de l'AP-HP dans les négociations.

Le contrat comporte dix-huit articles, prend en compte les spécificités de l'AP-HP, mentionne notamment la tutelle au plan stratégique et budgétaire, est accompagné d'annexes relatives : cinq aux orientations stratégiques ; vingt et une aux activités de soins ; cinq à la qualité et à la gestion des risques ; il ne contient pas d'annexe financière.

L'élaboration du contrat a nécessité une description fine des activités et une définition des engagements, en y associant un maximum d'intervenants avant la transmission des instructions aux négociateurs de l'ARH-IF.

3- La présentation des annexes.

L'annexe 1 contient une synthèse des orientations du plan stratégique de l'AP-HP 2005 – 2009 qui rappelle la place de l'institution au sein de la région en particulier, par ses missions d'enseignement et de recherche avec près du tiers de l'activité de médecine et de celle des urgences et 17 % de l'activité chirurgicale, par sa présence dans 63 % des réseaux de santé dont dix-neuf initiés par elle.

L'annexe 2 porte sur les vingt et une activités médicales présentées sur deux types de documents :

- des fiches déclinant les OQOS au sein de chaque territoire de santé où l'AP-HP est présente pour le domaine de l'activité concerné ;
- une fiche descriptive générale comportant les engagements qualitatifs et organisationnels de l'AP-HP.

Après avoir décrit, à titre d'exemple, la fiche relative à la chirurgie qui mentionne la présence de l'AP-HP au sein du territoire 75-1, M. SUDREAU évoque les engagements généraux définis pour chaque spécialité médicale et ceux spécifiques de l'AP-HP avant d'aborder les modalités de fixation en volume des OQOS en médecine et chirurgie, en SSR et psychiatrie.

Puis au travers de l'exemple des soins intensifs, il démontre l'utilité de la démarche pour l'AP-HP.

L'annexe 3 concerne le volet relatif à la qualité, aux ressources humaines et à la nouvelle gouvernance.

6- Le calendrier prévisionnel et les modalités de suivi du contrat pour 2007.

L'ARH-IF fixe un dispositif de suivi annuel du contrat. L'AP-HP envisage un plan d'accompagnement à la mise en œuvre du contrat au sein de chaque hôpital tandis que l'ARH-IF sensibilisera les directions départementales des affaires sanitaires et sociales. Enfin, le contrat prévoit de réviser les OQOS dès 2008 ; s'il apparaît que la progression de l'activité dépasse 10 %, ils seront revus à la hausse.

La négociation avec l'ARH-IF, précise **M. NAVARRO**, s'est achevée par l'évitement d'un dispositif reposant sur des contrats conclus avec chaque hôpital qui aurait entravé la poursuite de la restructuration de l'institution. La possibilité de revoir les OQOS dès 2008 permettra de dépasser la progression d'activité proposée, le développement de celle-ci devant constituer la priorité des équipes médicales.

Dans le domaine des soins intensifs, observe **M. CARLI**, seule l'AP-HP prend en charge certaines catégories de patients notamment ceux provenant de la très grande couronne. De plus, les patients de gravité intermédiaire s'avèrent en moyenne plus lourds à traiter que ceux pris en charge dans d'autres établissements. La reconnaissance de ce rôle de l'AP-HP, consommateur de personnels et de gardes, constitue un élément important.

Le travail réalisé en 2005 sur la reconnaissance des activités spécialisées et des soins intensifs n'avait pas mentionné un certain nombre de ces spécificités. Désormais l'AP-HP dispose d'une reconnaissance supérieure à ce que prévoit la réglementation restrictive relative à la réanimation et aux soins continus. L'intervenant demande si ce nouveau contexte permettra de revoir la carte de labellisation des lits de l'AP-HP, d'autre part, aura un impact au niveau des tarifs appliqués aux lits de soins intensifs.

Si le contrat global pour l'AP-HP offre un intérêt majeur, sa déclinaison au niveau local n'est pas évidente, considère **M. LAPANDRY**. Par ailleurs, les autorisations délivrées au niveau régional ne sont pas quantifiées alors que l'ARH-IF conservera le droit d'évaluer le nombre de lits. Dans ce cadre, il ne voit pas comment l'AP-HP pourra continuer de défendre certaines activités non encore l'objet d'un chiffrage.

Du point de vue de **M. FAGON**, un contrat scelle des engagements respectifs, or il ne distingue pas ceux pris par l'ARH-IF ; aussi il s'interroge aujourd'hui sur le contenu réel de la contractualisation.

Après avoir rappelé l'importante restructuration des activités médico-techniques dont la biologie, **Mme SCHLEGEL** demande sous quelle forme le contrat reconnaît ces activités au sein de l'AP-HP.

M. SUDREAU précise que le contrat permet la reconnaissance par l'ARH-IF d'une cartographie existe des lits affectés aux activités susceptibles de déclencher le versement de suppléments journaliers (réanimation, surveillance continue, soins intensifs) au plan de l'AP-HP et de chaque hôpital. Dès lors, le niveau de calibrage en lits ne sera pas remis en cause dans le cadre des procédures de dépôts d'autorisation.

Concernant la réalité des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, l'AP-HP disposant d'une tutelle spécifique s'avère moins assujettie que les autres structures de soins à cet exercice d'engagements réciproques avec l'ARH-IF. Néanmoins, l'annexe 4 au contrat portant sur les questions financières fera l'objet d'une négociation au cours de l'année 2007.

Les démarches réalisées sur les plateaux techniques ont été prises en compte dans le contrat pluriannuel qui consacre un chapitre spécifique aux activités de biologie, d'imagerie et d'équipements lourds. Une cartographie précise de ces derniers a été établie afin de faciliter le dépôt des dossiers ultérieurs. Par ailleurs, les prochaines conférences activité, stratégie, performance (ASP) fourniront l'occasion d'évoquer avec les directeurs exécutifs de GHU et le directeur économique et financier les bons résultats obtenus en 2006 en biologie.

Le **président** salue le travail réalisé et les résultats obtenus dans le cadre de cette négociation difficile avant de mettre aux voix le contrat.

La CME adopte à l'unanimité le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'AP-HP et l'ARH-IF.

IV- Bilan des travaux du groupe consacré à l'activité ambulatoire.

Le **président** annonce le report de ce point à la prochaine séance de la CME.

A cette occasion, ajoute **M. AIGRAIN**, seront présentés un bilan des incitations au développement des activités interventionnelles ambulatoires et un certain nombre d'informations et d'obligations importantes introduites par une circulaire, afin de permettre à l'AP-HP de continuer à développer son activité médicale et interventionnelle en ambulatoire.

Il signale aussi qu'il animera une table ronde relative à l'offre de soins ambulatoires organisée par le MEDEC le 10 mars prochain et que des cartons d'invitation à cette manifestation sont disponibles.

V- Bilan des travaux du groupe consacré au cancer.

En propos liminaire, **M. LACAU ST GUILY**, président du groupe de travail consacré au cancer, considère le sujet capital pour l'institution tant en termes de stratégie que d'activité. Le groupe a œuvré pour que l'AP-HP s'inscrive pleinement dans le dispositif relatif au plan cancer lequel s'achève en 2007 (cf. document présenté lors de la séance).

L'AP-HP joue un rôle majeur puisqu'elle traite près du tiers des patients atteints par ces pathologies en Ile-de-France, cependant la structuration de cette prise en charge s'avère peu formalisée.

S'il importe d'affirmer la place des spécialistes d'organe au sein de la communauté cancérologique, de nombreuses réflexions étaient en cours concernant les sites de cancérologie (de proximité, spécialisés, hautement spécialisés).

1- Les objectifs fixés en 2003.

Le groupe cancer de l'AP-HP s'est fixé pour missions :

- de faire reconnaître à l'AP-HP sa place d'acteur cancérologique majeur et exemplaire ;
- de structurer l'offre de soins en adéquation avec le plan cancer ;
- d'investir le domaine de la recherche clinique en répondant aux appels d'offres et en participant au cancéropôle ;
- de définir les modes de contractualisation avec les autres acteurs participant au plan cancer : les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les établissements privés, les réseaux de soins, les autres CHU.

Le groupe comprenait un représentant de chaque discipline intéressée par la démarche et MM. BERNAUDIN, CHAUSSADE, NORDLINGER et RICHARD, membres de la CME qu'il remercie.

2- Les axes de travail.

L'amélioration des pratiques à l'AP-HP.

A cet effet, le groupe a mis en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) au sein de l'AP-HP et fait adhérer les collègues à ce concept. Un programme d'informatisation de ces réunions est en cours d'expérimentation et devrait se généraliser dans les mois à venir.

Les chantiers en cours portent sur :

- la diffusion du programme RCP ;
- le programme personnalisé de soins (à l'état d'objectif) ;
- le dispositif d'annonce (beaucoup reste à faire) ;
- l'accès aux soins de support (le rôle potentiel des réseaux de soins en cancérologie) ;
- le rôle des centres de coordination de cancérologie (3C) (à l'état de projet) ;
- la valorisation et l'impact des RCP sur la T2A.

L'organisation en Ile-de-France.

Les discussions avec l'ARH-IF portent notamment sur le concept de pôles régionaux de cancérologie (PRC) destinés à réunir les CHU et les CLCC afin d'offrir des ressources à l'ensemble des acteurs de soins (réseaux, établissements...). L'AP-HP créera un PRC par GHU ; ceux du GHU ouest et du GHU sud seraient constitués en collaboration avec des CLCC. Les quatre PRC ne sont pas encore opérationnels et le groupement de coopération sanitaire (CGS) constitue la structure retenue à l'est et vraisemblablement au sud.

S'agissant des structures en réseau, le réseau régional de cancérologie (ONCORIF) dont l'AP-HP est membre fondateur, émergera en 2007. Organisé en centre de ressources et d'échanges, il disposera d'un répertoire des compétences, diffusera les référentiels et mettra au point des outils.

Les réseaux de soins ville – hôpital, acteurs essentiels en cours de constitution depuis deux ans sur Paris, doivent faciliter l'accès aux soins de support et la continuité entre la médecine de ville et l'hôpital.

Le projet de régime d'autorisation en cancérologie.

Initié en 2005, ce projet stagne depuis dix-huit mois. Il prévoit notamment la mise en œuvre de critères applicables pour la validation des sites de cancérologie, en particulier en chirurgie, à savoir : l'appartenance à un réseau et le respect de critères quantitatifs et qualitatifs.

3- Les actions à poursuivre.

L'AP-HP doit renforcer son action dans le domaine de la recherche clinique, bien qu'elle dépose un nombre important de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) dont beaucoup sont retenus, en raison de la faible présence française au sein des essais internationaux et de celle de l'AP-HP dans les essais coopératifs nationaux.

Par ailleurs, l'AP-HP doit poursuivre son implication dans les réseaux de soins de Paris intra muros, accroître son offre de soins de radiothérapie, augmenter le nombre de médecins et de personnels non médicaux en anatomopathologie, continuer les efforts engagés relatifs aux tumorothèques et répondre au traceur des délais de prise en charge.

4- La conclusion provisoire.

Le bilan provisoire met en exergue différentes réflexions :

- les RCP constituent un progrès consistant ;
- le cancer devra demeurer un sujet d'investissement majeur pour l'AP-HP malgré l'arrêt du plan cancer en 2007 ;
- le rôle des spécialités d'organe en cancérologie ne doit pas être oublié ;
- les investissements indispensables concernent notamment l'information, les thumorothèques, la continuité ville – hôpital, la recherche et les réponses groupées aux appels d'offres ;
- l'avenir de certaines structures (3C, pôles régionaux, cancéropôle...) reste incertain ;
- la place de l'AP-HP en IDF et au sein des autres CHU doit être affirmée ;
- l'insuffisante réactivité de l'AP-HP sur certains sujets ;
- les incertitudes sur le rôle de l'institut national du cancer (INCa) et de l'ARH-IF ;
- la nécessité de faire passer les évolutions dans la culture de l'AP-HP ;
- la recherche de l'interaction adéquate entre la gouvernance et la stratégie médicalisée.

Au terme de l'exposé, la discussion s'engage.

M. PIETTE attire l'attention de la CME sur l'onco-gériatrie non mentionnée dans la présentation alors que le plan cancer visait notamment à mieux s'intéresser aux populations particulières, notamment les personnes âgées.

L'âge moyen de survenue des cancers continue de progresser, la part des plus de soixante-quinze ans sera sans doute majoritaire à l'avenir, or les études épidémiologiques et thérapeutiques visent les moins de soixante-quinze ans. Il rappelle aussi les problèmes éthiques engendrés par le traitement de patients âgés. Par ailleurs, de nombreux médecins n'ont pas intégré le fait que l'espérance de vie d'une personne de quatre-vingts ans atteinte d'un cancer guérissable est identique à celle d'une personne du même âge non concernée par cette pathologie. Les progrès thérapeutiques dans le domaine du cancer ne s'adressent pas aux populations les plus âgées du fait de diagnostics tardifs et de la mise en œuvre de traitements se limitant au volet palliatif.

Néanmoins, il convient de saluer l'action de l'INCa qui a labellisé un certain nombre d'équipes d'onco-gériatrie et d'onco-hématologie gériatrique : neuf équipes en 2005 dont son service, en liaison avec la collégiale d'hématologie et le service de cancérologie de M. KHAYAT, puis cinq équipes en 2006, dont une de l'hôpital Albert Chenevier et une équipe de l'hôpital Européen Georges Pompidou. L'intérêt porté à ce sujet constituera peut-être un axe de développement à l'avenir pour l'AP-HP.

Enfin, il cite l'existence d'un diplôme interuniversitaire d'onco-gériatrie, organisé conjointement par les hôpitaux Tenon, Georges Pompidou et la Pitié - Salpêtrière.

M. LACAU ST GUILY signale qu'il n'a pu être exhaustif dans la présentation et confirme que l'onco-gériatrie concerne un grand nombre de patients mais ne peut être réduite à une spécialité au sein de la gériatrie. Tous les services de cancérologie devront traiter des personnes âgées atteintes de cancer de manière adaptée.

Tandis que les RCP sont une réalité au sein de l'AP-HP malgré une nécessaire formalisation de la démarche dans certains secteurs, il semble à **Mme DEGOS** qu'un travail de réflexion majeur doit intervenir sur le rôle respectif des spécialistes et des oncologues, afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Le plan cancer prévoit la centralisation des produits cytotoxiques et leur dispensation aux patients ambulatoires, élément à l'impact majeur au niveau économique et sécuritaire car la moitié des médicaments hors GHS concerne le traitement du cancer et correspond à environ 100 millions d'euros, déclare **M. LEVERGE**. Dans le cadre des contrats de bon usage, la centralisation de ces produits cytotoxiques produit un effet positif de dix points, son absence un effet négatif de dix points. Un résultat total inférieur à quatre-vingts points engendre la perte de 10 % du budget alloué aux produits hors GHS, soit 20 millions d'euros.

L'achèvement du plan cancer en 2007 ne doit pas stopper l'effort des hôpitaux, aussi espère-t-il que la DPM continuera à soutenir les démarches engagées pour se conformer aux recommandations relatives à la centralisation. Il pense en particulier aux nouvelles techniques qui nécessitent une protection du personnel et exigent une réactivité incompatible avec une externalisation des préparations.

Le rôle des pôles régionaux de cancérologie n'est pas encore défini par l'ARH-IF confirme **M. NAVARRO**. C'est pourquoi les directeurs de GHU, la DPM et les communautés correspondantes souhaitent établir un cahier des charges fondé sur un langage commun à l'ensemble de l'institution et des centres anticancéreux.

Il existe en effet une incertitude dans la politique de l'INCa vis-à-vis du cancéropôle, mais aussi dans l'attitude que doit adopter l'AP-HP envers ce nouvel intervenant. Par ailleurs, il lui semble que le rôle de l'institution au sujet de certains organes, en particulier les cancers du côlon et les cancers des greffés, commence à être mieux reconnu.

De plus, l'activité de chirurgie et l'onco-gériatrie constitueront des facteurs de progrès sur lesquels l'AP-HP pourra s'appuyer à l'avenir. L'institution possède des atouts dans le domaine de la cancérologie, néanmoins elle doit améliorer sa participation aux essais internationaux par le biais de partenariats avec les centres anticancéreux dans le cadre de démarches au profit de chacun.

Le **président** remercie M. LACAU ST GUILY ainsi que M. BERNAUDIN qui a contribué aux travaux.

VI- Bilan des travaux du groupe consacré à l'accueil des médecins étrangers.

En introduction, **M. NORDLINGER** indique que le groupe de travail s'est formé en 2004 à la demande de la DPM et de la CME dans l'objectif de mieux sélectionner les médecins à diplôme étranger, rendre l'AP-HP plus attractive et améliorer les conditions d'accueil.

Il remercie les membres du groupe de travail, appartenant ou non à la CME, ainsi que Mme DEAL et M. DUVAL.

Bien accueillir ces médecins à diplôme étranger constitue un devoir pour un pays au système de santé développé et rejoint aussi son intérêt puisque la démarche favorise le rayonnement de la France et de l'institution, permet de pourvoir des postes vacants et de conserver éventuellement les élèves les plus brillants qui souhaiteraient demeurer dans les équipes (cf. document présenté lors de la séance).

Sur les 800 faisant fonction d'interne (FFI) présents en novembre 2006, la majeure partie a été recrutée de manière individuelle et l'autre partie dans le cadre de conventions ; la plupart proviennent de pays au système de santé moins développé que le système français.

1- Améliorer la sélection des FFI.

Pour améliorer le recrutement, poursuit **Mme DEAL**, le groupe a :

- élaboré une grille d'évaluation des candidatures transmise à l'ensemble des chefs de service de l'AP-HP ;
- conçu un dossier type de candidature adressé à l'ensemble des interlocuteurs intervenant dans le cadre des collaborations et à l'ensemble des chefs de service de l'AP-HP concernés ;
- incité à l'organisation de jury dans certains pays d'origine des candidats (Brésil, Chine, Maroc) ou de visioconférence entre Paris et le pays d'origine des candidats ;
- rédigé une fiche d'évaluation de stage à remplir par le chef de service et par le stagiaire ;
- créé un certificat de stage remis à l'occasion d'une cérémonie.

2- Rendre l'AP-HP plus attractive.

Jusqu'à présent, les FFI étaient dans la plupart des cas accueillis dans des services délaissés par les internes, induisant un effet négatif sur l'image de l'institution. Aussi, le groupe a tenté de développer les stages dans des services attractifs et d'élaborer un cursus permettant aux FFI de fréquenter plusieurs services, dont au moins un renommé.

Développer les partenariats.

Au-delà des partenariats traditionnels avec le Cambodge, le Vietnam ou la Chine, un partenariat a été développé avec un centre hospitalo-universitaire au Brésil à Sao Paulo. Depuis 2004, trente praticiens ont été formés en attestation de formation spécialisée (AFS) et en attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), un a été lauréat de la bourse de recherche clinique dite « Bourse Charcot ». Quatre autres ont posé leur candidature pour bénéficier de cette bourse en 2007 – 2008 et deux FFI ont déposé une demande de postes de chefs de clinique.

Un partenariat a été mis en œuvre à la demande du Maroc. L'AP-HP assure la formation :

- des gériatres sous la coordination du Pr VERNY ;
- des premières promotions de résidanat en médecine physique avec le Pr REVEL ;
- des oncologues et des radiothérapeutes.

Des partenariats ont été conclus avec des partenaires « financeurs » :

- avec la Chine, le mécénat Total vise la formation de trente médecins chinois à la médecine d'urgence et de catastrophe en vue des jeux olympiques de Pékin. La société Total vient de proposer la conclusion d'un nouveau partenariat ;
- avec l'Arabie Saoudite, une convention conclue avec l'AP-HP s'adosse à un protocole national : dix-huit Saoudiens et un Qatari en formation depuis le 2 novembre, vingt-trois Saoudiens à partir de mai 2007.

Si de telles coopérations étaient facilitées par le grand nombre de postes d'internes vacants, la tendance s'inverse avec l'augmentation du nombre d'internes.

Il convient de concilier devoir d'hospitalité et devoir de formation des internes de l'AP-HP, observe **M. NORDLINGER** qui reprend la parole.

Une nouvelle synergie entre le collège de médecine et l'AP-HP.

En 2004, le collège de médecine a connu le désengagement du ministère des affaires étrangères et la transformation des 35 bourses financées par l'AP-HP en autant de postes de FFI. Par ailleurs, suite à un rapport de la Cour régionale des comptes mentionnant la nécessité de préciser la place du collège dans l'institution, s'est créée une commission paritaire de neuf membres désignés, trois par la commission université de la CME, trois par le collège de médecine et trois par le groupe du personnel médical de la CME. Elle a pour mission de redéfinir le profil de résident des hôpitaux de Paris, de sélectionner les candidats par un jury mixte et de créer un tour extérieur.

Puis l'orateur évoque les bénéficiaires et les conditions de versement de la bourse Charcot.

La simplification des procédures administratives.

Cette simplification se traduit par :

- un dossier modélisé de recrutement des AFS et AFSA adressé aux directions hospitalières ;
- des accords avec les préfectures et les directions du travail ;
- la formation des agents du bureau du personnel médical des hôpitaux.

3- Améliorer les conditions d'hébergement.

Une enquête sur les salles de garde réalisée en 2004 démontrait que seules 9 % des deux cent neuf chambres étaient considérées en bon état et 24 % comme vétustes. Il serait préférable de proposer des loyers plus élevés mais des logements corrects.

Une actualisation de l'enquête a révélé que seuls trois hôpitaux sur les seize qui ont répondu, ont entrepris des travaux de rénovation.

Par ailleurs, un partenariat conclu avec la cité internationale universitaire de Paris en septembre 2005, accorde à l'AP-HP un droit de réservation sur cent cinquante chambres. En mars 2007, cent vingt-cinq médecins provenant de vingt-huit états sont logés et vingt-cinq chambres supplémentaires seront mises à disposition en novembre 2007.

4- Les objectifs du groupe de travail.

Le groupe souhaite qu'il perdure afin :

- de développer des partenariats avec des pays émergents et des pays de l'Union européenne, en associant les universités et favorisant les mécénats ;
- d'optimiser les moyens par une sélection et une évaluation des candidats, dans le respect des capacités formatrices des structures et des besoins de formation des internes de l'institution.

Après avoir salué la qualité du travail réalisé, le **président** fait part du souhait d'ouvrir l'institution à des intervenants étrangers même si le statut des AFS et AFSA ne favorise pas cette tendance. Par ailleurs, on doit prendre en compte les problèmes de démographie médicale en France mais aussi dans les pays qu'elle aide et rassembler dans une démarche cohérente les efforts menés de manière désordonnée par le ministère des affaires étrangères et le collège de médecine. Enfin, il importe d'accueillir de manière décente les étudiants étrangers. Des progrès ont été enregistrés mais les efforts doivent se poursuivre.

Mme PALAZZO pense qu'on ne peut pas se satisfaire des résultats modestes concernant la rénovation des chambres mises à disposition dans les hôpitaux. En outre, elle souligne la baisse du nombre de chefs de clinique résultant du faible nombre d'internes formés par le passé et la difficulté d'inciter les médecins étrangers ayant bénéficié d'une formation de FFI et en général plus âgés que les internes français, à revenir en France pour occuper ces postes.

Dans ce contexte, elle demande comment est envisagée l'amélioration du recrutement de chefs de clinique étrangers.

M. NORDLINGER répond que le message sur le mauvais état des chambres en salle de garde, a été transmis aux directeurs d'établissement.

Mme DEAL signale que les personnels évoqués relèvent d'une réglementation plus complexe que celle entourant les FFI qui jouissent d'un statut d'étudiant.

Le **président** rappelle que le dispositif présenté vise à former des médecins étrangers et non à recruter des chefs de clinique étrangers lesquels, ajoute **M. GUILLEVIN**, bénéficient d'un statut propre et d'un salaire équivalent à celui des chefs de clinique.

VII- Avis sur le projet de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'AP-HP et l'université Denis Diderot – Paris 7.

M. SAUVAT indique que cette seconde convention passée par l'AP-HP avec une université propose un dispositif comparable à celui de la première avec l'université Pierre et Marie Curie – Paris 6 présenté en juin 2006.

Ce dispositif s'avère plus elliptique sur le volet patrimonial mais plus développé sur celui relatif à la formation des étudiants. L'élément le plus important de la convention correspond à l'organisation d'une réunion annuelle entre les autorités hospitalières et universitaires, laquelle doit permettre de vivifier l'esprit de la convention (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Puis, il indique en réponse à une question de **M. PIETTE** qu'il n'a pas été prévu, dans un premier temps, d'intégrer dans la convention les hôpitaux Bretonneau et Charles Richet. Cependant cela n'exclut pas que ces sites deviennent des terrains de stage pour des étudiants, ajoute-t-il.

La CME approuve le projet de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'AP-HP et l'université Denis Diderot – Paris 7 à l'unanimité des votants, moins 2 abstentions.

VIII- Information sur la création à l'AP-HP d'un correspondant informatique et libertés.

Un correspondant informatique et libertés sera prochainement désigné au sein de l'AP-HP indique **M. DUPONT** (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'institution produit un nombre croissant de fichiers informatiques contenant des données à caractère personnel. La loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 cherche à encadrer le traitement de ces données et permet à toute personne concernée de contrôler les données la concernant.

Après avoir signalé que la commission nationale informatique et libertés (CNIL) joue un rôle essentiel pour assurer le respect de la loi, l'orateur relate les points essentiels du dispositif, mentionne les modifications apportées par la loi du 6 août 2004 pour le simplifier et détaille les nouvelles prérogatives de la CNIL visant la répression à l'égard des contrevenants.

Par ailleurs, la loi du 6 août 2004 prévoit la possibilité de désigner un correspondant informatique et libertés dont la présence dispensera le responsable du traitement de déclarer à la CNIL les fichiers correspondant aux traitements courants. Le correspondant se verra confier une mission de pédagogie et de contrôle au sein de l'institution et devra tenir un registre de l'ensemble des traitements en vigueur.

Le correspondant informatique et libertés permettra de simplifier mais aussi de sécuriser la gestion des fichiers, notamment en s'assurant de la manière dont les données sont conservées et protégées. Il devra préconiser des solutions organisationnelles et technologiques adéquates au sein de l'établissement, enjeu important dans la mise en œuvre du nouveau système d'information.

La désignation du correspondant informatique et libertés sera portée à la connaissance de la CNIL, qui l'agrèera. Il devra produire un compte rendu annuel de ses différentes activités et avoir connaissance de l'ensemble des traitements en cours. Sa désignation permettra en outre à l'AP-HP de disposer d'un interlocuteur unique sur ces questions.

IX- Avis sur la constitution d'un groupement de coopération sanitaire entre l'AP-HP (Pitié-Salpêtrière) et l'hôpital des gardiens de la paix.

Mme ARMANTERAS-de SAXCE expose que l'hôpital des gardiens de la paix est une fondation d'utilité publique exerçant des missions de santé et de prévention pour les fonctionnaires de la préfecture de police de Paris. Cet établissement de santé privé à but non lucratif comporte cinquante cinq lits de SSR et fonctionne sur la base d'effectifs limités, trois emplois médicaux à temps plein et une trentaine de personnels non médicaux (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

De crainte que l'application de la T2A aux services de SSR engendre un déficit, l'hôpital des gardiens de la paix a lancé un appel d'offres afin d'établir un partenariat médical et de gestion lui permettant :

- d'accroître ses recettes à travers une augmentation de son activité ;
- de mutualiser des activités administratives et économiques ;
- d'assurer des activités qu'il ne peut exercer à l'heure actuelle (préparation de la procédure de certification, recueil du PMSI, lutte contre les infections nosocomiales...).

Le groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière a répondu à cet appel d’offres car il a organisé depuis plusieurs années avec cet établissement une filière dédiée à la rééducation orthopédique et aux soins des diabétiques. Les deux entités cherchant à accentuer leur activité dans des créneaux particuliers et en raison de la concordance de leurs objectifs, l’hôpital des gardiens de la paix a retenu l’AP-HP pour établir ce groupement de coopération sanitaire.

Le projet médical, inséré au règlement intérieur de cet établissement, sera soumis pour avis à l’ARH-IF avant la mise en œuvre des filières de patients. Le comité consultatif médical du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière l’a adopté à l’unanimité.

Suite à une question de **M. FAGON, Mme ARMANTERAS-de SAXCE** précise que l’hôpital des gardiens de la paix devra toujours accueillir 7 % de patients provenant de l’hôpital du Val de Grâce ou de la filière des fonctionnaires de la préfecture de police. Ce groupement de coordination sanitaire induit des charges pour le groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière dont la contrepartie porte sur l’utilisation par ce dernier des lits de SSR à l’hôpital des gardiens de la paix. Les places restant éventuellement disponibles pourront bénéficier aux hôpitaux qui le souhaitent et qui en seront informés.

La CME émet un avis favorable à l’unanimité des votants.

X- Avis sur l’adhésion de l’AP-HP au groupement d’intérêt public : canceropôle Île-de-France.

M. BEST explique que le plan cancer a prévu la création de l’institut national du cancer et de sept canceropôles en inter-région. La structure du canceropôle d’Île-de-France, créée de manière provisoire en 2004 sous forme d’un groupement d’intérêt scientifique (GIS) évolue vers un groupement d’intérêt public (GIP) disposant d’une personnalité morale (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Les membres du futur GIP sont ceux ayant présidé à la création du GIS en 2004 : l’AP-HP, l’institut de cancérologie Gustave Roussy, l’institut Curie, l’institut Pasteur, l’institut universitaire d’hématologie représenté par l’université Paris 7, le centre René Huguenin. Des institutions importantes, dont l’INSERM et les autres universités, resteront considérées comme des partenaires associés.

Les thématiques mentionnées lors de la création du canceropôle Île-de-France en 2004 perdurent dans le cadre du GIP qui dispose d’un budget prévisionnel de 700 000 euros, incluant une dotation de l’INCa et une subvention du conseil régional, visant notamment à mettre en œuvre un guichet unique « essais précoces ». L’apport de chaque membre fondateur du GIP est fixé à 15 000 euros.

La CME approuve à l’unanimité l’adhésion de l’AP-HP à ce GIP.

XI- Avis sur les centres et réseaux thématiques de recherche et de soins.

La présentation de **M. GRISONI** portant sur les centres et les réseaux thématiques de recherche et de soins (CTRS – RTRS) s'attache à rappeler le dispositif, à réaliser un point d'étape et à demander l'avis de la CME sur la participation de l'AP-HP à différentes fondations en qualité de membre fondateur ainsi qu'à autoriser les apports en capital (cf. document présenté lors de la séance).

1- Le rappel du dispositif.

La loi de programme pour la recherche du 18 avril 2006 a créé les CTRS – RTRS dans l'objectif d'encourager les acteurs de la recherche à renforcer les potentiels et d'améliorer la visibilité internationale des projets.

Ces centres et réseaux tendent à organiser l'interaction entre la recherche fondamentale et la recherche clinique avec le concours d'acteurs économiques notamment des industriels, des collectivités territoriales et des représentants du monde associatif pour le respect de l'éthique et de la déontologie.

Le statut de fondation de coopération scientifique assure à ces structures plus de souplesse et de réactivité que celui de fondation d'utilité publique.

2- L'état des lieux.

Sur les douze projets déposés par l'AP-HP dans le cadre d'un appel d'offres lancé fin 2006 par le ministère de la recherche, quatre ont été retenus parmi les neuf sélectionnés par ce dernier.

La mise en œuvre des projets imposant la création de fondations de coopération scientifique, la CME et le conseil d'administration doivent se prononcer sur la participation de l'AP-HP à ces fondations, au titre de membre fondateur et d'apport en capital. Le ministère de la santé et celui de la recherche devraient allouer des crédits significatifs en avril. Pour sa part, l'AP-HP rétrocèdera des crédits alloués par les PHRC, complétera par des fonds structurels à la recherche et mettra des locaux à disposition.

3- Les CTRS et RTRS proposés.

Le RTRS en santé mentale.

Le RTRS en santé mentale couvre trois thématiques prioritaires dont l'autisme et les troubles bipolaires. Après avoir décrit l'organisation envisagée, mentionné les organismes fondateurs, l'orateur évoque la durée envisagée et les moyens demandés à l'AP-HP.

Le RTRS Premup.

Le projet Premup vise à suivre des bébés prématurés jusqu'à l'âge adulte afin d'examiner leur évolution et comprend une dimension internationale. Sont ensuite déclinés l'organisation proposée, les organismes fondateurs, la durée (cinq ans) et les moyens fournis par l'AP-HP et les autres acteurs.

Le RTRS Centaure sciences de la transplantation.

Ce projet, développé à Nantes, Lyon et Paris, s'attache à promouvoir la pluridisciplinarité, la complémentarité et la mutualisation des moyens dans le cadre d'une approche stratégique intégrée.

Les membres fondateurs du projet explicité sur sept ans sont les CHU, les universités des trois villes concernées et l'INSERM. L'AP-HP fournira des locaux et une subvention de 0,2 million d'euros.

Le CTRS Imagine.

Le projet tend à constituer un pôle d'excellence, ainsi qu'à soutenir, coordonner et développer des activités de recherche, à obtenir un niveau d'excellence au plan international, sur la base de cohortes nationales de patients. Le dossier mentionne la composition et les compétences du conseil d'administration, du conseil médical et scientifique international et du conseil de la déontologie à caractère consultatif. Enfin, un commissaire du gouvernement veillera au respect des statuts de la fondation.

L'AP-HP apportera une subvention de 0,6 million d'euros issue des crédits PHRC et rendra disponible le bâtiment Lavoisier à l'hôpital Necker – Enfants Malades. Le ministère de la santé consacrera 20 millions d'euros à la rénovation dans le cadre du plan Hôpital 2012 et la ville de Paris et l'AFM dédieront trois millions d'euros.

M. NORDLINGER donne lecture d'un texte émanant de M. BERNAUDIN concernant le projet sur la santé mentale :

« La définition de la santé mentale n'est pas réservée aux seuls médecins spécialistes. Elle doit faire intervenir d'autres approches, en particulier en sciences humaines. Par ailleurs, le poids de l'industrie pharmaceutique dans ce domaine est de notoriété publique. De ce fait, la structuration de ce réseau paraît incomplète et nécessite de parfaire le dossier ».

Pour sa part, poursuit M. NORDLINGER la commission université de la CME estime utile de prévoir un encadrement réglementaire rigoureux dès lors que l'industrie pharmaceutique intégrera ces réseaux. Dans ce contexte, la commission prend une position favorable au projet.

Le **président** souligne que ces réseaux thématiques constituent une opportunité majeure pour l'AP-HP qui a tiré son épingle du jeu lors de la sélection des dossiers. Il note que les quatre projets proposés se révèlent extrêmement intéressants et bénéficient de financements complémentaires.

La CME se prononce à l'unanimité des votants en faveur des centres et réseaux thématiques de recherche et de soins.

XII- Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. CORIAT procède à la présentation des fiches examinées par le groupe des structures (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Les structures internes aux pôles d'activité.

Hôpital Européen Georges Pompidou

- *Pôle 1 : urgences – réseaux ;*
- *Pôles 2 : oncologie – spécialités ;*
- *Pôles 3 : cardio-vasculaire ;*

L'hôpital propose de créer quatre unités cliniques, répondant au cahier des charges relatif à ce type de structure ; elles seront soumises à la CME au mois d'avril.

- *Pôle 4 : biologie – produits de santé ;*
- *Pôle 5 : imagerie – explorations fonctionnelles ;*
- *Pôle 6 : prévention – réadaptation.*

Le découpage des structures internes des six pôles de l'hôpital Européen Georges Pompidou a été validé sans débat majeur et à l'unanimité par le groupe des structures.

Groupe hospitalier Pitié - Salpêtrière

- *Pôle 4 : maladies du système nerveux ;*
- *Pôle 7 : biologie médicale ;*
- *Pôle 8 : infections immunité inflammation ;*
- *Pôle 10 : santé publique – évaluation – produits de santé.*

Il est apparu nécessaire de modifier la répartition de certaines unités fonctionnelles au sein des pôles constitués.

2- L'affectation des activités rattachées au CEL à des pôles d'activité.

Le transfert vers des pôles d'activité de structures initialement rattachées aux comités exécutifs locaux (CEL) se justifie par la publication de postes vacants de praticiens hospitaliers. Or l'affectation de ceux-ci ne peut se produire qu'auprès de structures rattachées à un pôle d'activité. Le groupe des structures a pointé les risques afférents au maintien de structures au sein du CEL.

GHU sud

Groupe hospitalier Albert Chenevier - Henri Mondor

- *Pôle 8 : fonction image thérapeutique :*
 - *création du département d'information hospitalière.*

GHU nord

Groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard

- *Pôle 9 : santé publique et recherche clinique :*
 - *création du pôle 9 : « santé publique et recherche clinique ».*

Hôpital René Muret - Bigottini

- *Pôle : gériatrie :*
 - *modification de rattachement de l'UF santé publique et médecine sociale.*
 - *création de deux UF : UF équipe opérationnelle d'hygiène et UF CIMI.*

Hôpital Beaujon

- *Pôle 2 : médecine :*
 - *création du département épidémiologie – recherche clinique / information médicale.*

GHU est

Groupe hospitalier Armand Trousseau – la Roche Guyon

- *Pôle 4 : investigations biocliniques – pharmacie :*
 - *modification de rattachement du DIM.*
 - *modification de l'intitulé du pôle 4 «Investigations biocliniques – pharmacie» en « Investigations biocliniques – pharmacie – DIM » .*

GHU ouest

Groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul

- *Pôle 2 : biologie – pharmacie – pathologie :*
 - *modification de rattachement de l'unité de recherche clinique (URC).*
 - *création d'une UF unité de recherche clinique (URC).*

3- Le projet de fédération inter-hospitalière de recherche clinique du GHU nord.

Le groupe des structures a validé la création de la fédération inter-hospitalière de recherche clinique du GHU nord qui présente une véritable pertinence médicale et de recherche.

4- Les travaux du groupe des structures.

Le groupe des structures tient à faire part de deux sujets de réflexion. Celui portant sur les unités cliniques sera débattu lors de la réunion du mois d'avril de la CME, quant à celui traitant de l'évaluation des pôles d'activité, M. CORIAT considère indispensable que les médecins maîtrisent les référentiels définis au sein de l'AP-HP afin d'accéder à une discussion fructueuse avec la direction générale.

Cependant, il convient de ne pas se limiter à cette seule démarche mais aussi de développer en parallèle une approche qualitative et médicale de l'évaluation et d'encourager chaque pôle et chaque service à définir ses propres référentiels. Ce travail devra se mener en collaboration avec les collégiales et la CME.

Au regard de la complexité des unités fonctionnelles, intégrées à des services situés au sein de pôles ou d'unités cliniques, M. CARLI s'interroge sur la pertinence d'une délégation de ce débat aux CCM une fois le contexte général fixé par la CME et son groupe des structures, d'autant que la nomination des responsables d'unités fonctionnelles intervient au sein des CCM.

Le **président** précisant que la nomination des responsables d'unités fonctionnelles sera déléguée aux responsables des pôles, M. CORIAT déclare que si les débats relatifs aux unités fonctionnelles relèvent de la compétence des CCM, certains hôpitaux ont sollicité des conseils du groupe des structures.

La CME approuve à l'unanimité les fiches de pôles d'activité.

XIII- Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les deux nouveaux contrats d'activité libérale et le renouvellement reçoivent un avis favorable par 10 voix pour, 4 voix contre ; on enregistre 12 abstentions.

XIV- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007.

L'additif à la révision des effectifs au titre de l'année 2007, informe M. AIGRAIN concerne la création d'un poste de PH à l'hôpital Raymond Poincaré pour un futur responsable du département de l'information médicale, du fait de la démission du titulaire actuel de cette fonction.

L'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007 est approuvé à l'unanimité des votants.

XV- Avis sur une demande de labellisation de centre de référence de prise en charge de maladies rares.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) demande à l'AP-HP, déclare **Mme SAUVAGNAC**, d'inclure un dossier complémentaire dans l'appel d'offres relatif aux centres de maladies rares en cours. Ce dossier, refusé comme hors-champ par l'INCa, vise à inclure le Pr DELATRE au dossier du centre de référence de diagnostic et traitement des syndromes paranéoplasiques et neurologiques, coordonné par le Pr HONORAT à Lyon.

M. GUILLEVIN trouve choquant d'inclure un dossier qui n'a pas fait l'objet d'une évaluation identique à celle des dossiers précédemment traités. De plus, il s'étonne que l'INCa ne s'intéresse pas à une pathologie liée au cancer.

La CME approuve l'intégration du dossier à la liste soumise à l'appel d'offres par 11 voix pour, 2 voix contre et 6 abstentions.

*

*

*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 12 heures 45.

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

Mardi 10 avril 2007 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mardi 27 mars 2007 à 18h00.

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.