

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 10 JUIN 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 JUILLET 2008**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 10 juin 2008

-----

#### ORDRE DU JOUR

##### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
- 2- Activité de l'AP-HP dans son contexte régional.
- 3- Chef de service et responsable de structure interne : procédure de nomination et définition des missions.
- 4- Actions prioritaires en matière de qualité et de gestion des risques pour la période 2008 –2009.
- 5- Troisième état quadrimestriel de l'exercice 2007.
- 6- Avis sur le compte financier unique 2007.
- 7- Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2008.
- 8- Premier état quadrimestriel de l'exercice 2008.
- 9- Avis sur des projets de ventes de biens immobiliers et de baux emphytéotiques.
- 10- Avis sur le projet de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'AP-HP et l'université Paris XII.
- 11- Avis sur la convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire pour la planification familiale entre l'AP-HP (groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon) et l'hôpital Pierre Rouquès – Les Bluets.
- 12- Avis sur des fiches de structures internes à des pôles d'activité.
- 13- Rapport de la commission centrale de l'activité libérale.
- 14- Avis sur le renouvellement des membres des commissions locales d'activité libérale et de la commission centrale d'activité libérale.
- 15- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 16- Avis sur la demande de création d'un poste d'assistant des hôpitaux, au 1<sup>er</sup> novembre 2008.
- 17- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 mai 2008.

## **SEANCE RESTREINTE**

### Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal d'un chef de service.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticien hospitalier (publication au Journal officiel du 13 avril 2008).
- Avis sur des candidatures à des postes de praticien des hôpitaux à temps partiel (publication au Journal officiel du 22 avril 2008).
- Avis sur des candidatures à des postes de praticien hospitalier, dans le cadre de la procédure de l'article R.6152-9 (transformation de postes de praticien hospitalier à temps partiel en praticien hospitalier à plein temps).
- Avis sur la demande de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.

### Composition B

- Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires en septembre 2007.

### Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.
- Avis sur les premières demandes et les renouvellements de consultants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> septembre 2008.

## Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
  - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M. le Pr BERCHE, doyen,
  - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
  - M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
  - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT, directrice du patrimoine foncier, de la logistique et du logement,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. GUIN, directeur économique et financier ;
  
  - Mme GUINGOUAIN, adjointe à la directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
  - M. le Pr KIEFFER, président de la commission centrale de l'activité libérale,
  - M. MEYOHAS, directeur du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon,
  - Mme RIVET, direction de la politique médicale,
  - M. SAUVAT, direction de la politique médicale ;
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Pr CHOUDAT, Mme le Dr DESOUCHES, M. le Pr GARABEDIAN, Mme HENRY, Mme le Dr SEGUIN.

\*

\*

\*

La séance est ouverte par le président **CORIAT** qui procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

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

Le **président** rend compte des sujets traités en séances du conseil exécutif.

### **- La relation entre les chefs de service et les responsables de pôle.**

Le dispositif actuel d'allocation des ressources engendre une solidarité entre les différents hôpitaux de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, notamment en terme d'investissement. Cependant, pour comprendre l'insuffisante activité de certains sites, on a mis en œuvre une véritable réflexion médicalisée.

Le contexte conduit à repenser le rôle et les fonctions des chefs de service. L'augmentation de l'activité ne repose pas uniquement sur les responsables de pôle car elle prend racine au niveau des services et de l'organisation médicale. A l'approche de la nomination de plus de quatre-vingt-cinq chefs de service, il a semblé nécessaire de stabiliser les fonctions respectives de chef de service et de responsable de pôle. Il convient de les responsabiliser en rappelant la complémentarité de ces fonctions non redondantes, élément mal appréhendé au sein des hôpitaux.

A dessein, une note conjointe du directeur général, du vice-président de la commission médicale d'établissement et de lui-même, rappellera à l'ensemble des chefs de service et des responsables de pôle les devoirs de chacun et les synergies entre ces deux fonctions, sans privilégier l'une ou l'autre. L'harmonie entre ces dernières constitue la condition d'une augmentation de l'activité adossée à une meilleure organisation.

**M. RICHARD** perçoit sur le terrain un ralentissement dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, notamment en matière de positionnement respectif des responsables de pôle et des chefs de service. Si certains parmi les premiers s'interrogeaient déjà sur la réalité de leur fonction, ils connaissent désormais des doutes sur la pérennité de celle-ci. En effet, dans certains hôpitaux, les responsables de pôles constatent que l'interface entre les différentes directions locales et les pôles évolue lentement et que le sujet relatif aux contrats d'objectifs et de moyens pour la période 2009 – 2010 n'est pas évoqué. Si la CME demeure dans une logique de soutien à l'organisation en pôle, elle doit, avise-t-il, envoyer un message aux responsables de pôle et aux chefs de service afin de rappeler à chacun ses missions et ses responsabilités, avant même d'envisager une évaluation du périmètre des pôles.

Les hôpitaux publics évoluent dans un contexte peu favorable, aux répercussions sur l'ensemble des fonctionnements dont le fonctionnement des pôles, observe le **directeur général**. Il convient de continuer à pérenniser celui-ci en intégrant une conjoncture moins aisée qu'il y a deux ou trois ans.

Ce cadre posé, il reste à traiter les questions techniques, par exemple la délégation de gestion. On doit donner aux pôles les moyens de jouer leur rôle tout en tenant compte des contraintes propres à l'AP-HP. A cette fin, il paraît essentiel à M. LECLERCQ de ne pas baisser la garde sur le fonctionnement des pôles. Le courrier proposé par le président **CORIAT**, visant à clarifier les fonctions du chef de service au sein d'un pôle, constitue un des moyens de stabiliser la bonne marche de l'ensemble des dispositifs.

En raison d'une situation différente selon les pôles et les hôpitaux, **M. VALLEUR** invite à éviter toute généralisation, d'autant que la dimension et la philosophie de chaque pôle constituent un élément susceptible de modifier la donne. De plus, la mise en œuvre de la délégation de gestion, semblant s'éloigner, pourrait poser un problème à moyen terme.

Une action destinée aux chefs de service et aux responsables de pôle ne suffira pas selon **M. CAPRON** considérant par expérience, que la fragilité des pôles trouve également son origine dans l'attitude du directeur d'hôpital et du président du comité consultatif médical.

#### **- La révision des effectifs hospitalo-universitaires.**

Conformément aux engagements pris, indique le **président**, la CME traite ce sujet plus en amont que les années passées. Des réunions hospitalo-universitaires permettent déjà de débattre des propositions formulées par les facultés et les hôpitaux. Le dossier pourra être examiné en CME dès la réunion du mois de septembre ou au plus tard du mois d'octobre. Ainsi, la CME émettra un avis réfléchi et étayé.

#### **- La restructuration de la chirurgie au sein du groupement hospitalier universitaire ouest.**

Pour sa part, le **vice-président** informe de la tenue d'une réunion, à laquelle ont participé l'ensemble des médecins du conseil exécutif, les présidents de CCM et les directeurs des hôpitaux du GHU ouest couvrant une activité chirurgicale et viscérale, pour examiner l'avenir d'activités aussi diverses que l'urologie, la chirurgie digestive oncologique, la chirurgie hépatobiliaire et de transplantation, la chirurgie de l'obésité et la chirurgie thoracique.

Le principal consensus dégagé concerne la pérennité de deux services d'urologie implantés à l'hôpital Cochin et à l'hôpital Necker. L'activité du haut appareil, notamment la transplantation rénale, serait concentrée sur Necker, l'activité du bas appareil et les urgences, sur Cochin. Une réflexion commune devra être menée sur un certain nombre de plateaux techniques lourds.

Les positions divergent sur l'avenir de l'activité de chirurgie thoracique et d'oncologie pulmonaire actuellement exercée à l'Hôtel Dieu, par une équipe comprenant un seul PU-PH, dans des locaux ne répondant plus aux normes de sécurité. Il convient de trouver rapidement une solution. Pour la succession de la chefferie du service de chirurgie digestive de l'hôpital européen Georges Pompidou, la candidature soutenue par l'hôpital porte sur une activité de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique. La réflexion doit être globalisée et se fonder sur des réalités d'exercice. Aussi, une lettre de mission est envoyée aux responsables des centres de transplantation hépatique des hôpitaux Paul Brousse et Beaujon leur demandant un rapport bref sur le volet médico-chirurgical de transplantation hépatique, lequel rapport préconisera sans doute de développer le caractère médico-chirurgical.

Après avoir remercié MM. AIGRAIN et VALLEUR de l'énergie déployée sur ce dossier qui nécessite de prendre en compte le futur plan stratégique et mérite des solutions correspondant à une réalité fonctionnelle, le **président** informe que suite à un protocole d'accord conclu entre la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la fédération de la permanence des soins, le financement médical de cette permanence des soins risque d'être sorti du dispositif des groupes homogènes de séjour (GHS). Dans ce cadre, l'AP-HP devra procéder à un regroupement de ses activités de transplantation hépatique et prouver sa capacité à réaliser des transplantations tous les jours dans ses centres labellisés. Or tel n'est pas le cas à l'heure actuelle.

**M. FAYE** salue la démarche proposée visant à préciser le cadre général des activités mises en œuvre au sein de l'institution avant de demander à des candidats de rédiger des projets brillants, la réponse apportée par un hôpital devant s'inscrire dans le cadre de l'intérêt général de l'AP-HP.

La chefferie du service de chirurgie viscérale de l'hôpital européen Georges Pompidou pose essentiellement un problème d'ordre stratégique, de même pour la transplantation hépatique, la chirurgie de l'obésité, ou la prise en charge des urgences, avise **M. VALLEUR** considérant pertinente la réflexion engagée.

A l'origine, note **M. DASSIER**, l'avenir du service de chirurgie de l'hôpital Européen Georges Pompidou était conditionné, soit par l'activité de transplantation, soit par la mise en place d'un pôle cancer. Il voudrait savoir si désormais la priorité reste l'activité de transplantation ou d'associer ces deux éléments.

L'activité du service de chirurgie digestive portera en grande partie sur le cancer répond le **vice-président**. Néanmoins, il faut aussi regarder si on doit augmenter l'activité de chirurgie oncologique du tube digestif à l'hôpital européen Georges Pompidou en procédant au recrutement d'un chirurgien, quelle que soit la décision relative à l'activité de transplantation hépatique, d'une part, ou si au contraire on décide de maintenir le niveau d'activité actuel comprenant une activité importante d'aval des urgences, mission dévolue aux hôpitaux publics, d'autre part.

L'approche retenue pour la succession de la chefferie de service sera comprise comme la volonté de résoudre rapidement ce problème, ou comme l'anticipation d'un effort général de l'institution afin de repenser le dispositif relatif aux greffes d'organes, s'interroge **M. FOURNIER**. Dans le second cas, il conviendrait de profiter de cette occasion pour accélérer la réflexion sur ce sujet.

Le président de CCM et la directrice de l'hôpital européen Georges Pompidou demandent la présence d'une activité de transplantation hépatique, signale **M. CORIAT** précisant qu'on pourra y répondre favorablement uniquement si :

- le transfert respecte l'environnement médico-chirurgical que les spécialistes considèrent comme un prérequis essentiel à la fonctionnalité ;
- l'hôpital dispose des capacités nécessaires en termes d'anesthésie et de réanimation postopératoire ;
- l'activité ainsi créée participe au regroupement des activités de transplantation hépatique, conformément aux orientations qui figureront dans le plan stratégique futur.

#### **- La redevance de l'activité libérale.**

Le décret du 15 mai 2008 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens exerçant une activité libérale a ému les médecins du conseil exécutif. Le directeur général interviendra, indique le **vice-président**, auprès de la ministre afin de traduire l'inquiétude des médecins à l'égard d'un texte qui semble injustifié et risque d'entacher l'attractivité de l'institution. L'activité de l'AP-HP, garante des investissements et de la pérennité des emplois médicaux, étant à préserver, les actions destinées à exprimer le ressentiment des médecins doivent être mûrement réfléchies. Des praticiens concernés ont déjà contacté le ministère pour une évolution rapide du décret, notamment sur sa date d'application et sur le niveau de redevance prévu.

Ce sujet s'inscrit, note M. AIGRAIN, dans le cadre général de la réflexion du ministère portant sur la rémunération des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires pour laquelle une mission de l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) doit présenter prochainement des propositions.

Le débat sur l'activité libérale exige d'évoquer la responsabilité médicale du point de vue de **M. LYON-CAEN** qui ignore les motifs peu évidents à l'origine de la décision prise par les instances ministérielles. S'il adopte l'idée de tenter de revenir à la situation antérieure, il rappelle qu'elle n'était pas idéale. A ce titre, il pense que la composition de la commission qu'il est prévu de créer, devrait s'ouvrir davantage. On doit mettre un terme à certaines dérives lesquelles certes ne concernent qu'une minorité de praticiens mais posent un problème.

La CME s'est engagée à veiller au respect de la pratique de l'activité libérale remarque le **président**. Après avoir relaté le dossier des sur-irradiations enregistrées à l'hôpital d'Epinal, il déclare que les compagnies d'assurance porteront désormais un regard particulier sur la réalité du temps consacré à l'activité libérale dès lors qu'elles interviendront dans la prise en charge des dommages résultant de la pratique de cette dernière.

Tandis que les systèmes d'information permettent de vérifier si l'activité libérale s'exécute conformément à la réglementation, on devra sans doute demander à la commission de l'activité libérale d'établir des référentiels en la matière.

L'activité libérale, intervient le **directeur général**, est soumise à l'examen des commissions d'activité libérale locales ou centrale et, environ tous les quatre ans, à la surveillance de la chambre régionale des comptes. Ces dernières ont estimé qu'il revenait au directeur d'établissement de vérifier et de faire vérifier par ses collaborateurs le respect des conditions d'exercice de l'activité libérale.

Ainsi, après avoir examiné dans les services les conditions d'affichage des informations relatives à cette activité, il poursuit les vérifications concernant différents éléments (le respect du temps consacré à l'activité libérale, l'équité en terme de délais de la prise de rendez-vous entre l'activité publique et privée...), afin d'éviter des dérives médiatisées non en l'honneur de l'institution, observe M. LECLERCQ.

## **II- Activité de l'AP-HP dans son contexte régional.**

La parole est donnée à **M. CHATELLIER** pour présenter le dossier portant sur l'activité de l'AP-HP dans le contexte régional de l'Ile-de-France (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

### **- Les chiffres relatifs à l'activité de l'AP-HP en 2007.**

Au cours de l'année 2007, l'AP-HP a enregistré 1,131 millions de séjours, soit 50 % d'activité d'hospitalisation complète et 50 % d'activité d'hospitalisation partielle.

#### *a) L'hospitalisation complète*

Sur les 562 626 séjours d'hospitalisation complète, on compte 433 288 séjours supérieurs à une nuit, représentant plus de 80 % des recettes de l'AP-HP laquelle doit donc concentrer ses efforts sur ces séjours dans les années à venir. L'activité des séjours de zéro et une nuit (87 876) progresse.



### *b) L'hospitalisation partielle*

Les 568 578 séjours se décomposent en 332 279 pour l'hôpital de jour et 236 299 pour les séances essentiellement de chimiothérapie, démontrant la position de premier centre anticancéreux de France de l'AP-HP.

### *c) L'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) adulte / enfant*

Pour les adultes, on enregistre un séjour de chirurgie pour trois séjours de médecine en hospitalisation complète, contre un séjour sur dix en hospitalisation de jour prouvant le retard de l'institution en chirurgie ambulatoire, difficile à combler malgré une croissance à deux chiffres depuis quelques années.

On compte un séjour d'hospitalisation complète en médecine pédiatrique pour quatre séjours d'hospitalisation complète adulte. La chirurgie pédiatrique en hospitalisation complète ne représente que 21 748 séjours.

### *d) L'évolution globale de l'activité*

La décroissance en 2007 de l'activité totale de l'AP-HP (- 0,5 %) s'explique essentiellement par la décroissance, inégale selon les secteurs, de l'hospitalisation partielle (- 1%) et de l'hospitalisation complète (- 0,1 %) malgré une progression (+ 0,2 %) du nombre de séjours de plus d'une nuit, traduisant le maintien de l'activité lourde.

## **- L'analyse de l'activité en Ile-de-France de 2004 à 2007.**

### *a) L'évolution des volumes de séjours en chirurgie adulte*

*Des sujets de seize à soixante-quatorze ans* : sur près de 400 000 séjours de plus d'une nuit enregistrés en Ile-de-France, la part de l'AP-HP a progressé de 22,3 % à 23,2 %, essentiellement au détriment du secteur privé et de 8,8 % à 10,4 % pour les séjours de moins de quarante-huit heures, la chirurgie ambulatoire de l'AP-HP représentant une très faible part du marché.

*Des sujets de plus de soixante-quinze ans* : moins importante que celle du secteur privé, la part de marché de l'AP-HP progresse de 18,4 % à 18,9 %, mais à un rythme moins rapide que les autres hôpitaux publics, tandis que le secteur privé domine pour les séjours inférieurs à quarante-huit heures, notamment en chirurgie de la prostate et de la cataracte. L'orateur précise que le nombre des séjours consacrés au traitement de la cataracte progresse fortement au premier quadrimestre 2008 au sein de l'AP-HP.

### *b) L'évolution des volumes de séjours en médecine adulte*

*Des sujets de seize à soixante-quatorze ans* : l'activité s'avère majoritairement assurée par le secteur public, à part égale entre l'AP-HP, avec une part de marché stable, et les autres établissements. Le secteur privé couvre 40 % du marché des séjours inférieurs à quarante-huit heures contre 35 % environ pour l'AP-HP qui enregistre 40 % des séjours de plus d'une nuit. Les séances constituent un secteur en croissance avec une progression du secteur privé de quatre points.

*Des sujets de plus de soixante-quinze ans* : le secteur privé y occupe une part non négligeable du marché globalement en progression, couvert à plus de 75 % par le secteur public. La part de marché de l'AP-HP croît légèrement pour les séjours de plus d'un jour et fortement en nombre de séances.

*c) L'évolution des volumes de séjours en obstétrique*

Le secteur privé enregistre une diminution de 1,5 point de part de marché des séjours de plus d'une nuit, la part de marché de l'AP-HP restant stable face au secteur public, hors l'AP-HP, en progression.

*d) L'évolution des volumes de séjours pédiatriques*

- *en chirurgie* : pour les séjours de plus d'une nuit, la part de marché progresse de 38,5 % à 42,4 % pour l'AP-HP et régresse de 31,7 % à 28,9 % pour le secteur privé qui assure les séjours de moins de quarante-huit heures ;
- *en médecine* : en diminution globale, la pédiatrie médicale est portée par le secteur public, l'AP-HP enregistrant une forte progression des séjours de moins de quarante-huit heures.

**- L'évolution de deux spécialités.**

*a) La chirurgie orthopédique adulte*

La part de marché de l'AP-HP des séjours supérieurs à une nuit passe de 18,5 % en 2004 à 17,5 % en 2007, alors que la part des autres hôpitaux publics gagne quatre points à 27,5 %. En revanche, celle des séjours de moins de quarante-huit heures progresse mais demeure très limitée (8,1 % en 2007), l'essentiel de l'activité étant assuré par le secteur privé.

Concernant les sujets de plus de soixante-quinze ans, la part de marché du secteur privé très présent, diminue légèrement à 46,5 % en 2007, alors que celle de l'AP-HP progresse à 18,7 %.

*b) La pneumologie adulte*

La part de l'AP-HP se révèle stable entre 2004 (36,3 %) et 2007 (36,9 %).

**- En conclusion.**

Si l'AP-HP n'a pas perdu de terrain en région Ile-de-France, les évolutions des parts de marché des différents intervenants s'avèrent faibles.

Spécialité par spécialité, capter des parts de marché appelle à :

- procéder à des évolutions organisationnelles (la chirurgie ambulatoire, l'hôpital de semaine, la masse critique...);
- profiter d'opportunités réglementaires (la fermeture d'activité...);
- cesser d'apporter de la clientèle au secteur privé, en privilégiant les transferts de patients vers les services de l'AP-HP ;
- utiliser l'attractivité des secteurs de pointe de l'institution.

Enfin, M. CHATELLIER insiste sur la nécessité d'intégrer ces données dans le cadre de la préparation du plan stratégique.

Au terme de l'exposé, le **président** observe que les évolutions organisationnelles conditionnent toutes les autres. Les hôpitaux doivent clairement les mettre en œuvre afin d'accroître l'offre de soins pour se montrer en capacité de prendre en charge l'ensemble des patients s'adressant à l'AP-HP.

La période couverte par l'analyse semble trop courte à **M. LYON-CAEN** pour apprécier les tendances de fond. Il voudrait connaître l'évolution des parts de marché de l'AP-HP depuis 2000 ou 1995.

Les données « en ligne » disponibles partent de 2000 pour l'AP-HP et de 2002 pour les bases régionales, informe **M. CHATELLIER**. Cependant, on sait que la croissance de la chirurgie ambulatoire s'est produite essentiellement au sein du secteur privé qui choisit ses segments d'intervention (chirurgie orthopédique, angiographie coronaire non-invasive...). Il conviendra en effet d'examiner la situation et d'envisager des solutions par spécialité.

Après avoir mentionné l'intérêt de prendre en compte la lourdeur des pathologies traitées par les différents intervenants, **M. LACAU ST GUILY** considère que l'offre de l'AP-HP doit proposer un parcours adapté aux demandes des patients (la simplicité des procédures, la rapidité des prises de rendez-vous, la réactivité des blocs opératoires...). Par ailleurs, il se dit persuadé que l'activité libérale demeure un moyen important pour gagner des parts de marché et constate que les regroupements d'activités n'engendrent pas forcément un gain d'activité.

Le secteur privé prend en charge des patients porteurs de pathologies lourdes de domaines bien identifiés, indique **M. CHATELLIER** précisant que les deux-tiers au moins du pourcentage de l'activité d'un grand hôpital universitaire correspondent à son rôle d'hôpital de secteur.

**M. SEBBANE** constate que des patients de plus de soixante-quinze ans arrivés à l'origine dans un service d'urgence de l'AP-HP, puis transférés dans un établissement privé, reviennent à l'AP-HP en raison de leur profil de soins, impactant la durée moyenne de séjour, mise en évidence, intervient **M. CHATELLIER**, par les résumés anonymisés.

**M. FAYE** rappelle que la part de marché des CHU de France varie entre 18 % et 25 %. Celle de l'AP-HP, répondant au moins à un tiers de l'offre de soins, et qui progresse lorsque la demande augmente, révèle un CHU extrêmement performant. La meilleure performance de l'AP-HP par rapport aux autres CHU s'explique sans doute par son caractère multi-sites, alors que 80 % du recrutement d'un établissement correspond à un recrutement local. Il importe donc de prendre en compte cet élément lorsqu'on s'interroge sur les restructurations à mener dans le cadre du plan stratégique.

### **III- Chef de service et responsable de structure interne : procédure de nomination et définition des missions.**

A l'occasion des quatre-vingt-cinq chefferies de service à analyser, le **président** souhaite marquer le caractère solennel de la procédure et toute l'attention à porter à la nomination aux chefferies des services validés d'abord par le CCM et le conseil exécutif local, puis par la commission des structures de la CME. Une chefferie de service doit se fonder sur un projet de service clair, inscrit dans le cadre d'un pôle et validé par l'institution.

Pour sa part, **M. FAGON** informe qu'à chaque conférence activité, stratégie, performance (ASP) est rappelé au directeur d'hôpital et au président de CCM que la procédure implique désormais de transmettre à la direction de la politique médicale la fiche de structure, préalablement validée par l'hôpital, relative au service objet de leur souhait d'y nommer un chef. Le choix du candidat interviendra en fonction du projet médical porté par les prétendants à la chefferie, sur la base :

- d'une procédure classique : l'inscription sur la liste nationale d'habilitation à diriger un service, puis la nomination par le directeur général, le président de la CME et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale (UFR) ;
- d'une procédure relative aux structures nouvelles ou modifiées : la nomination par le chef de pôle et l'avis de la CME.

A la remarque de **M. VALLEUR** portant sur l'utilité de transmettre un calendrier prévisionnel aux hôpitaux afin d'éviter les demandes inquiètes de certains collègues, **M. FAGON** indique qu'au regard du nombre important des dossiers à examiner, les nominations ne pourront pas toutes intervenir avant le 1<sup>er</sup> septembre, nécessitant sans doute de maintenir quelques chefferies de service à titre provisoire durant une période transitoire.

Après avoir relaté l'étonnement de certains candidats à la chefferie de service, d'un nouveau codicille prévoyant le caractère provisoire de la première année du quadriennat d'une chefferie, **M. RICHARD** demande si une telle vague de nominations se produira chaque année. Après avoir évoqué une confusion avec la nécessité de maintenir la chefferie provisoire du fait du calendrier serré, **M. FAGON** déclare que les nominations interviendront au fil de l'eau, en fonction de la libération des postes.

#### **IV- Actions prioritaires en matière de qualité et de gestion des risques pour la période 2008 – 2009.**

**M. FAGON** rapporte le souhait du directeur général de rendre lisible la démarche propice à la qualité et à la gestion des risques qui se traduit par la définition d'un plan d'actions concret de projets partagés par plusieurs acteurs, intégrant les priorités visant à :

- renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge de tous les patients ;
- améliorer la satisfaction des patients et des personnels.

Ce programme (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) ne remet pas en cause un certain nombre d'actions incontournables pour l'AP-HP mais qui doivent encore faire l'objet de progrès significatifs :

- la prise en charge de la douleur ;
- la prise en charge de la fin de vie ;
- la prévention et le contrôle des infections nosocomiales ;
- la certification des hôpitaux,

l'objectif tendant à sensibiliser l'ensemble des acteurs à la démarche.

La première étape correspond à l'identification des domaines d'intervention assortis de vingt actions prioritaires à mener dans le cadre de la méthode de conduite de projet, consistant à produire des bilans ponctuels.

La deuxième étape procède à l'organisation du déploiement. Il s'agit de traduire les actions, effectuées avec la méthode de conduite de projet, et de porter ces projets fédérateurs au sein de l'institution devant tous les acteurs.

La troisième étape assurera le suivi qui prévoit d'adapter les projets aux contraintes et aux objectifs du plan stratégique, du plan efficacité et de l'EPRD 2008 ; d'effectuer des points d'étape réguliers ; de réaliser en 2009 un bilan final présenté devant l'ensemble des instances. Un premier point sera exposé devant la CME dans six mois.

Le **président** souligne l'importance de s'impliquer dans cette démarche, la haute autorité de santé (HAS) compte sur l'AP-HP pour donner l'exemple en matière de gestion des risques.

## **V- Troisième état quadrimestriel de l'exercice 2007.**

En propos liminaire **M. GUIN** avertit de la présence de quelques écarts entre le dernier état quadrimestriel 2007 arrêté au mois de mars de cette année (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) et le compte financier unique.

### **- L'activité de MCO.**

L'activité de MCO en 2007 accuse un recul de 0,5 % par rapport à 2006 avec une diminution de 0,1 % du nombre de séjours d'hospitalisation complète et de 1 % du nombre de séjours d'hospitalisation partielle.

### **- Les recettes d'activité.**

Les recettes d'activité liées aux séjours progressent de 3,4 % par rapport à 2006 grâce à la revalorisation des tarifs ; à la suppression du taux de conversion, à l'effet positif sur les recettes liées à l'hospitalisation complète ; à l'augmentation sensible du poids moyen des cas traités (PMCT) en 2007.

Les recettes d'activité externe chutent de 25 % en 2007, soit une perte de 36 millions d'euros, en raison de la suppression du taux de conversion (- 3 millions d'euros) ; de la modification du mode de facturation auprès de l'assurance maladie (- 33 millions d'euros), élément marquant l'importance, insiste **M. GUIN**, de mieux associer les données administratives de facturation et les données relatives aux consultations afin de limiter les pertes au niveau des facturations.

### **- Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP).**

*En recettes*, le CRPP anticipe un montant de 6,002 milliards d'euros contre 6,01 milliards prévus.

*En dépenses*, le CRPP présente une clôture à 6,031 milliards d'euros contre 6,01 milliards d'euros prévus.

On enregistre des dépenses de titre 1 supérieures de 2 millions d'euros, les écarts se révélant plus importants pour les dépenses des titres 3 et 4. Les dépenses de personnel progressent de 3,3 % avec en particulier une croissance élevée des dépenses de remplacement, d'intérim et d'heures supplémentaires. Les dépenses de médicaments enregistrent une forte augmentation de 10,9 % des molécules onéreuses financées en sus des GHS et de 8,3 % des médicaments inclus dans les GHS.

*Le résultat économique* ressort en déficit de 28 millions d'euros avant les opérations de clôture comptable, résultat moins favorable que prévu, traduisant une dégradation par rapport à 2006 même si ce déficit reste modeste comparé aux autres CHU.

Après la prise en compte des opérations relatives aux provisions, le résultat comptable marquera un déficit de 40 millions d'euros, soit 0,16 % des recettes. Les résultats des comptes de résultat annexes permettent de compenser en partie ce déficit.

La dégradation du résultat économique en 2007, avise M. GUIN, doit constituer un point d'attention spécifique pour 2008. Ce résultat éloigne de l'objectif d'équilibre financier dans un cadre à 100 % de tarification à l'activité (T2A) à l'horizon 2012 car il imposera un effort supplémentaire en 2008 et au cours des exercices suivants. A périmètre constant, l'écart de convergence en 100 % T2A passe de 230 millions d'euros en 2006 à 300 millions d'euros en 2007.

## **VI- Avis sur le compte financier unique 2007.**

Le compte financier unique constate l'ensemble des résultats définitifs de l'exercice en intégrant toutes les opérations de clôture comptable, y compris celles relatives aux provisions, et offre une vision globale de la situation financière de l'AP-HP, indique M. GUIN (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il aborde le compte de résultat principal qui dégage un déficit de 40,8 millions d'euros, mentionne les montants des provisions et leur nature ainsi que les propositions d'affectation des excédants des comptes de résultats annexes, avant d'explicitier la capacité d'autofinancement à hauteur de 281 millions d'euros et enfin la progression de l'endettement suivi avec soin par la direction des finances.

La dette est passée de 1,004 milliard d'euros fin 2006, soit un ratio d'endettement de 16 %, à 1,166 milliard fin 2007, soit un ratio d'endettement de 18 %, très inférieur au seuil d'alerte de 30 %. La progression de l'endettement s'inscrit dans le cadre des prévisions figurant dans le plan stratégique et destinées à financer l'investissement.

A la demande d'explications de **M. SEBBANE** sur l'excédent du compte annexe relatif aux unités de soins de longue durée (USLD) et de **M. MUSSET** sur le dérapage des dépenses de titre 4, **M. GUIN** répond d'abord que l'excédent de 6 millions d'euros enregistré au sein du compte annexe CRPA-B résulte pour l'essentiel des postes vacants en raison des difficultés de recrutement, ensuite que les dépenses de titre 4 comprennent des éléments prévisibles, en particulier les charges financières résultant des emprunts et les charges d'amortissement, mais également des charges exceptionnelles au montant difficile à estimer et correspondant notamment aux ajustements d'un exercice à l'autre pour des crédits engagés non consommés. Des corrections, que la direction économique et financière ne peut anticiper, sont proposées par les hôpitaux. Le nouveau système d'information de gestion devrait progressivement corriger cette situation.

La CME approuve à l'unanimité des votants le compte financier unique 2007.

## **VII- Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2008.**

En préambule à l'exposé du directeur économique et financier, **M. LECLERCO** souhaite souligner que l'EPRD 2008 s'inscrit dans le cadre du plan stratégique 2005 – 2009 et de la mise en œuvre d'une politique d'efficacité déjà évoquée incluant notamment la réforme du siège qui sera présentée prochainement devant la CME.

Cet EPRD repose sur plusieurs éléments essentiels. Il convient de continuer à soutenir le développement quantitatif et qualitatif de l'activité afin de garantir un niveau de ressources adapté, de maîtriser la masse salariale tant des personnels médicaux que des personnels non médicaux de même que les dépenses de titre 2 couvrant notamment les fournitures à usage médical. Remplir ces conditions permettra de poursuivre une politique d'investissement ambitieuse.

Les grands axes de développement stratégiques se concrétisent par la poursuite des actions en faveur de l'amélioration de la qualité des soins, laquelle passe par celle de la prise en charge des personnes âgées (la création de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie), et par le développement des structures de prise en charge des personnes atteintes de cancer (les soins palliatifs, la création de lits d'hépatologie et d'onco-gériatrie...) et des personnes vulnérables.

On poursuit également une politique d'attractivité (le logement des personnels) et la mise en œuvre des projets structurants comme le nouveau système d'information dont le choix du partenaire chargé de développer le futur système d'information patient interviendra avant la fin de ce mois.

La mise en œuvre de ces objectifs stratégiques impose la maîtrise des équilibres économiques et financiers par la recherche d'une plus grande efficacité dans l'ensemble des activités, élément qui fonde la préparation de l'EPRD 2008 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

### **- Un contexte général.**

**M. GUIN** évoque d'abord les éléments contraignants du contexte général dans lequel se situe l'EPRD 2008 :

- le passage à 100 % T2A pour le secteur MCO, dans le cadre d'une évolution défavorable des tarifs ;
- la dernière année du plan équilibre avec une économie structurelle de 45 millions d'euros à réaliser ;
- le plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie ;
- une forte augmentation de la masse salariale hors les recrutements ;
- l'impact de la montée en charge du coût des investissements,

puis les éléments favorables de la négociation avec les autorités de tutelles, notamment :

- un accord global sur les prévisions de recettes d'activité MCO ;
- une mesure nouvelle de 5,4 millions d'euros sur la dotation annuelle de financement pour accompagner l'ouverture de cinquante-cinq lits de SSR ;
- des mesures nouvelles dans le cadre des missions d'intérêt général, d'un montant de 23 millions d'euros, correspondant à la reconnaissance du coût exact de certaines activités ;

- le financement d'une partie du coût de la monétisation des comptes épargne temps (CET) à hauteur de 38 millions d'euros ;
- la non-remise en cause des objectifs d'investissement du plan stratégique.

**- Un budget ambitieux mais réaliste en termes d'activité.**

L'objectif de l'évolution de l'activité prévoit une croissance de 2 % du nombre de séjours d'hospitalisation complète par rapport à 2007, soit une croissance de 2,7 % des séjours de plus d'un jour qui représentent à eux seuls plus de 85 % des recettes de séjour.

Avec un fort rebond de l'activité, le début d'exercice 2008 s'avère conforme aux prévisions. La part des recettes liées à l'activité passera de 34 % en 2007 à 64 % en 2008 des ressources versées par l'assurance maladie.

**- Une prévision de dépenses à maîtriser.**

On doit réaliser un effort considérable afin de maîtriser les dépenses par un suivi affiné par hôpital des dépenses de personnel.

L'EPRD 2008 est conçu sur la base de la poursuite de la progression des effectifs permanents médicaux (+ 209) et non médicaux (+ 300), mais il prévoit une diminution conséquente des dépenses de remplacement et d'intérim qui avaient fortement progressé en 2007. L'effort devra également porter sur les autres dépenses d'exploitation, notamment les dépenses de médicament.

Au global, l'EPRD est présenté avec un déficit de 10 millions d'euros du compte de résultat prévisionnel principal, en diminution sensible par rapport au déficit enregistré en 2007. Cet objectif de quasi-équilibre correspond à la feuille de route demandée par les autorités de tutelles.

L'EPRD 2008 a fait l'objet d'une déclinaison dans chaque hôpital et se traduit pour la première fois par la notification d'un compte de résultat prévisionnel, à respecter.

**- Des tutelles très attentives au respect des prévisions inscrites à l'EPRD 2008 et à l'amélioration structurelle de l'efficiencia de l'AP-HP.**

Les améliorations obtenues conditionnent de rendre compte mois par mois des résultats en termes d'activité, de recettes et de dépenses, et de prendre des mesures de régulation infra-annuelle. La stratégie doit s'inscrire à la fois sur la maîtrise des coûts, le développement maximal de l'activité et la poursuite de l'effort d'investissement programmé dans le cadre du plan stratégique.

M. GUIN achève la présentation de l'EPRD en détaillant les comptes de résultats prévisionnels annexes et le tableau de financement prévisionnel.

*Le vote de l'EPRD 2008, mis aux voix à l'issue des différents exposés budgétaires, figure en page 19.*



### **VIII- Premier état quadrimestriel de l'exercice 2008.**

Ce premier état quadrimestriel permet de vérifier les prévisions inscrites dans l'EPRD (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

*L'analyse de l'activité* révèle une progression du nombre de séjours en hospitalisation complète (+ 3,1 %) supérieure aux prévisions (+ 2 %) et légèrement inférieure pour les séjours d'hospitalisation complète de plus d'un jour (+ 2,6 % contre une prévision de + 2,7 %). Les premiers indicateurs relatifs au mois de mai semblent confirmer cette tendance favorable.

*L'analyse des recettes* laisse apparaître une évolution globalement conforme aux prévisions :

- les produits T2A en légère sous-exécution (- 3,8 millions d'euros) ;
- les recettes d'activité proches des prévisions (- 1,1 million d'euros) ;
- les recettes de titre 2 (+ 3 millions d'euros) en cohérence avec l'évolution de l'activité ;
- les recettes de titre 3 en léger retrait par rapport aux prévisions (- 2,3 millions d'euros).

*L'analyse des dépenses* révèle des dépenses des titres 1 et 3 en ligne avec les prévisions. En revanche, les dépenses des titres 2 et 4 dépassent les prévisions : celles à caractère médical s'écartent à hauteur de (17 millions d'euros) et les charges exceptionnelles à hauteur de 8,7 millions d'euros.

*Le résultat d'exploitation* constaté à l'issue du premier quadrimestre s'établit, après la prise en compte des données définitives de facturation, à - 19,7 millions d'euros dont environ 9 millions d'euros pour des raisons conjoncturelles qui devraient s'annuler au cours des prochains mois.

*En conclusion*, le premier état quadrimestriel non contraire aux objectifs figurant dans l'EPRD, confirme néanmoins l'extrême vigilance à déployer pour une exécution conforme aux prévisions, notamment concernant les dépenses de personnel, les dépenses de médicament et les charges exceptionnelles.

A l'issue des exposés le **président** ouvre le débat.

Selon **M. CAPRON**, il importe de pouvoir compter sur des moyens constants pour atteindre l'objectif fixé de croissance de l'activité. Or dans son service, dix des cinquante-sept lits sont fermés en raison d'un manque de personnel non médical. Cette situation, non isolée, engendre une perte de 17 % de l'activité du service, soit l'équivalent de 3,5 millions d'euros sur un an. Aussi, il requiert la mise en œuvre d'une politique centrale, mais bien distribuée dans les hôpitaux, pour affecter le personnel dans les services les plus « rentables » et les plus directement utiles aux malades porteurs de pathologies les plus lourdes, les services de MCO.

Pour sa part, **M. SEBBANE** s'interroge sur la manière de concilier les objectifs fixés en terme de progression d'activité et la nécessité de se montrer très vigilant sur les dépenses en personnels de remplacement et d'intérim, dans un contexte de difficultés de recrutement des personnels permanents.

**M. LEVERGE** évoque une note de la directrice du personnel et des relations sociales reçue le 29 mai par tous les hôpitaux, les invitant à se séparer des personnes en contrat à durée déterminée (CDD) au cours de l'été en raison du dépassement des quotas afférents. Or certains salariés en CDD occupent des postes vacants de préparateurs en pharmacie. La filière professionnelle de l'AP-HP forme entre vingt et trente préparateurs en pharmacie chaque année lesquels rejoignent la province dès leur formation achevée. Il serait donc indispensable, selon l'orateur, de conserver les salariés en CDD.

De plus, il constate que si certains hôpitaux suivent à la lettre les recommandations de Mme RICHES, d'autres examinent les dossiers au cas par cas. Aussi, demande-t-il avec solennité au directeur général une aide pour que les directions hospitalières traitent les dossiers non de manière aveugle mais au cas par cas. En réalité, la situation rapportée par M. CAPRON touche l'ensemble des services cliniques et médico-techniques. C'est pourquoi, si la CME s'apprête à suivre les conseils donnés, M. LEVERGE invite à ne pas désespérer les agents qui travaillent et qui participent à la progression de l'activité.

Par ailleurs, il précise que l'augmentation des dépenses de médicaments résulte de la progression de l'activité mais aussi des stocks constitués par précaution alors que l'industrie du médicament fonctionne à flux tendu. Ces achats devraient se stabiliser dans les prochains mois.

A son tour, **M. VALLEUR** attire l'attention sur l'extrême difficulté à maintenir le sursaut d'activité enregistré si on ne dispose pas des moyens médicaux et paramédicaux correspondants.

Il peut effectivement paraître paradoxal de demander une augmentation de l'activité dans un contexte de gestion restrictive des moyens, intervient le **directeur général** rappelant que l'AP-HP consomme entre 250 et 300 millions d'euros de trop dans le cadre de la T2A. Réduire cet écart implique d'augmenter l'activité mais aussi de gérer les ressources. Des efforts restent à réaliser dans le domaine de la gestion des emplois, des fournitures médicales et des fournitures hôtelières et administratives, toutes les unités de travail ne se situant pas à un niveau optimum d'activité.

Aussi, confirme-t-il que la priorité doit être accordée aux services cliniques et aux services supports contribuant à l'activité clinique. Il précise que la diminution des crédits de remplacement s'apprécie au regard de l'enveloppe globale de ces crédits versée en 2007, en forte progression par rapport à 2006 niveau auquel il s'agit de revenir. On prévoit en parallèle de cette diminution, d'augmenter de trois cents le nombre d'emplois à temps plein (ETP) permanents, notamment afin de permettre de développer l'activité.

Certes, on éprouve des difficultés à recruter des préparateurs en pharmacie mais aussi des manipulateurs en radiologie, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE) ou des infirmiers aide-anesthésistes diplômés d'Etat (IADE). Cependant, le directeur général reste persuadé que tous les intervenants (la direction générale, les directions hospitalières, les équipes, les cadres...) devront réaliser au quotidien des efforts d'organisation. La démarche piétinera sans doute des habitudes, des préjugés, voire des sédimentations organisationnelles fort coûteuses mais il faut avoir le courage d'ordonner certaines unités. L'efficacité commence par une telle démarche permettant de développer l'activité sur la base de moyens dont on dispose, quitte à redéployer ces moyens, toutes les unités d'hospitalisation classique et tous les équipements n'offrant pas un taux d'occupation maximum. A cet égard, il existe dans certaines unités des moyens permettant de rouvrir les lits fermés au sein du service de M. CAPRON.

M. LECLERCQ rappelle enfin le travail engagé frontalement sur la réforme du siège et sur la formation de groupes hospitaliers afin de simplifier et de rapprocher un certain nombre d'administrations et de fonctions supports. Les ressources dégagées seront redistribuées aux hôpitaux favorisant ainsi le respect des objectifs en terme de convergence.

Augmenter l'activité tout en maîtrisant les dépenses, insiste-t-il, permettra de maintenir un effort d'investissement de 500 millions d'euros par an et de poursuivre l'ambitieuse politique d'investissement de l'AP-HP. L'EPRD 2008 présenté s'avère donc rigoureux mais également prospectif.

Les membres de la CME ont clairement compris que la progression de l'activité se fonde sur une organisation différente, aussi portent-ils ce discours dans les hôpitaux, déclare le **président**. A ce titre, il importe de savoir si l'activité soutenue depuis le 1<sup>er</sup> janvier n'est pas de nature conjoncturelle mais résulte des efforts structurels des hôpitaux destinés à améliorer l'organisation.

Par ailleurs, s'il souscrit au principe de solidarité entre les établissements de l'AP-HP, il considère néanmoins que chaque hôpital en déficit doit réaliser les efforts nécessaires afin de limiter celui-ci. Les hôpitaux fournissant des efforts pour atteindre l'équilibre n'accepteraient pas que d'autres s'y soustraient. Il confirme donc la nécessité de transférer l'activité de chirurgie thoracique de l'Hôtel Dieu, actuellement en équilibre budgétaire, afin de participer à l'équilibre d'un autre site, avant d'inviter l'assemblée à s'exprimer sur l'EPRD 2008.

La CME approuve à l'unanimité des votants l'EPRD 2008.

Le **directeur général** remercie la CME, donc la communauté médicale, de la confiance exprimée par ce vote à la direction générale et plus globalement à la gouvernance médico-administrative. L'administration se tiendra aux côtés de la CME pour continuer à développer l'AP-HP.

En raison de son départ à ce stade de la séance, **M. CORIAT** cède la présidence à M. AIGRAIN.

#### **IX- Avis sur des projets de ventes de biens immobiliers et de baux emphytéotiques.**

**Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT** donne lecture des différents projets proposés à l'examen de l'instance (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) :

- la vente par adjudication publique d'un immeuble situé à Fontainebleau (Seine et Marne) ;
- le déclassement du domaine public et la cession de l'ensemble immobilier « hôpital Debrousse » à Lyon (Rhône) ;
- le déclassement du domaine public et le projet de bail à construction avec la SA HLM France habitation en vue de la construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur le site de l'hôpital Paul Brousse (Val de Marne) ;

- la vente par adjudication publique de plusieurs lots de copropriété dépendant d'un immeuble situé à Paris 15<sup>ème</sup>.

La CME entérine à l'unanimité ces dossiers.

**X- Avis sur le projet de convention constitutive de centre hospitalier et universitaire entre l'AP-HP et l'université Paris XII.**

M. SAUVAT expose brièvement le contexte dans lequel s'inscrit le projet de convention constitutive de centre hospitalier universitaire entre l'AP-HP et l'université Paris XII ainsi que les grandes lignes de la convention (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

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

**XI- Avis sur la convention constitutive d'un groupement de coopération pour la planification familiale entre l'AP-HP (groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon) et l'hôpital Pierre Rouquès – Les Bluets.**

Après l'exposé par M. MEYOHAS de l'objet de la constitution du groupement de coopération sanitaire entre le groupe hospitalier Armand Trousseau et l'hôpital Pierre Rouquès – Les Bluets (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME), la CME se prononce favorablement à l'unanimité des votants.

**XII- Avis sur des fiches de structures internes à des pôles d'activité.**

M. HARDY procède à la présentation du dossier portant sur des modifications de structures internes à des pôles d'activité.

***GHU est***

***Hôpital Saint Antoine***

- *Pôle 7 : biologie – imagerie :*

- *Création d'une unité fonctionnelle immunoanalyse au sein du service de biochimie A.*

***GHU nord***

***Groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal***

- *Pôle 7 : addictologie – toxicologie – psychiatrie :*

- *Création d'une unité fonctionnelle centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) au sein du service de médecine interne à orientation toxicologique et alcoologique.*

## **Hôpital Avicenne**

### - Pôle 1 : urgences – ville – hôpital :

- *Création de trois unités cliniques (UC de réanimation médico-chirurgicale, UC de surveillance continue-réanimation, UC SAMU) rattachées au pôle.*
- *Création d'une unité fonctionnelle SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle) rattachée au service d'anesthésie-réanimation.*
- *Création d'une unité fonctionnelle « SMUR adultes » rattachée au service d'accueil des urgences.*
- *Création d'une unité fonctionnelle « SMUR pédiatrique » rattachée au service d'accueil des urgences.*
- *Modification de l'intitulé de l'unité fonctionnelle accueil des urgences médicochirurgicales en « unité fonctionnelle urgences ».*
- *Modification de l'intitulé de l'unité fonctionnelle urgences médicales en « unité fonctionnelle ZHTCD ».*
- *Rattachement du département de santé publique et de ses 3 unités fonctionnelles (UF PMSI, UF médecine sociale et santé publique et UF biostatistique et santé publique, informatique médicale), rattachées initialement au CEL.*

### - Pôle 2 : hématologie – oncologie – thorax :

- *Modification de l'intitulé du service de cancérologie en « service d'oncologie médicale ».*
- *Modification de l'intitulé du service de chirurgie thoracique en « service de chirurgie thoracique et vasculaire ».*

### - Pôle 3 : imagerie et produits de santé :

- *Création d'une unité fonctionnelle « équipe opérationnelle d'hygiène ».*

### - Pôle 4 : spécialités médicales :

- *Demande de modification de rattachement de l'unité fonctionnelle de médecine physique et de réadaptation, rattachée directement au pôle (initialement rattachée au service de neurologie et rééducation neurologique).*
- *Création d'une unité fonctionnelle consultation mémoire, rattachée au service de neurologie et rééducation neurologique.*
- *Rattachement de l'unité fonctionnelle de gériatrie aiguë et gériatrie de liaison directement au pôle des spécialités médicales et non au service de médecine interne.*

**M. SEBBANE** précise que cette dernière unité fonctionnelle située au sein de l'hôpital Avicenne est une unité de son service de gériatrie de l'hôpital René Muret.

## ***GHU sud***

### ***Groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor***

- *Pôle 6 : oncologie – transplantation et immunité :*

- *Création d'une unité fonctionnelle de gastro-entérologie et d'une unité fonctionnelle d'hépatologie, rattachées au service d'hépto-gastro-entérologie.*

La CME approuve à l'unanimité des votants les différentes fiches de structures.

### **XIII- Rapport de la commission centrale d'activité libérale.**

La présentation tardive du rapport 2006 de la commission centrale d'activité libérale s'explique, indique en introduction **M. KIEFFER**, par les difficultés rencontrées pour obtenir les rapports des différents hôpitaux (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il décline d'abord la composition de la commission, puis mentionne ses rôles et ses missions consistant à veiller :

- au bon déroulement de l'activité libérale ;
- au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ;
- aux stipulations des contrats de praticiens,

et rappelle les conditions :

- un exercice personnel et à titre principal d'une activité de même nature assurée dans le secteur public ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués personnellement au titre de l'activité publique ;
- l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien.

Le contrôle s'exerce sur :

- le respect du rapport entre l'activité publique et l'activité privée ;
- les déclarations d'activité privée au regard des listes du système national d'information interrégime (SNIR) ;
- le respect de l'affichage des tarifs et des honoraires.

Le nombre de contrats en cours augmente régulièrement pour atteindre une progression de 5 % en 2006 tandis que la proportion de praticiens exerçant une activité libérale reste inférieure à la moyenne nationale avec 6 % des ayants droits contre 14 % sur l'ensemble des hôpitaux publics.

L'orateur détaille ensuite la répartition des contrats par statuts des praticiens, par discipline et la quotité du temps de travail choisie, avant de livrer les données financières et le bilan des contrôles.

Les contrôles réalisés ont fait progresser la transparence et la diffusion des règles applicables par le biais de :

- la publication d'un guide de l'activité libérale à l'usage des professionnels (trois mille exemplaires distribués) ;
- la formation aux règles de l'activité libérale (cent cinq personnes en 2007) ;
- l'audit du pôle audit, veille, évaluation, conseil (AVEC) sur le respect des règles d'affichage.

Enfin, les axes d'amélioration sous-tendent de demander aux directions des établissements de contrôler régulièrement l'affichage, de contraindre le calendrier d'élaboration des rapports pour l'année 2007 et de réaliser une plaquette d'information destinée aux patients.

**M. FAYE** s'attache à souligner que si des imperfections demeurent, un travail considérable a été accompli par la commission centrale, tant en destination des commissions locales qu'au niveau central, avant d'attirer l'attention du directeur général sur le manque de moyens dévolus à cette commission, malgré le soutien du pôle AVEC.

**M. LECLERCQ** confirme le nécessaire travail effectif de contrôle réalisé par cette commission et se dit prêt à examiner les moyens nécessaires à son bon fonctionnement avec le directeur de la politique médicale et le directeur économique et financier.

Se montrer en capacité d'évaluer l'activité des praticiens titulaires de l'AP-HP, en tenant compte des activités non-cliniques exercées par certains (les activités transversales hospitalières, d'enseignement, de recherche) constitue l'un des enjeux majeurs des années à venir, considère **M. AIGRAIN**.

**M. LACAU ST GUILY** note que seuls 6 % des ayant-droits pratiquent une activité libérale au sein de l'AP-HP. Cependant, il convient d'analyser ce taux en rappelant qu'aucun chef de clinique-assistant ne l'exerce aujourd'hui contrairement au passé.

#### **XIV- Avis sur le renouvellement des membres des commissions locales d'activité libérale et de la commission centrale d'activité libérale.**

La liste des personnes proposées pour siéger dans les commissions locales d'activité libérale transmise aux membres de la CME s'avère incomplète, informe **Mme RIVET** attendant des réponses de présidents de CCM.

Le **vice-président** propose de repousser l'examen de ce point à la séance prochaine.

La proposition de renouveler le mandat de M. KIEFFER, Mme FRANCES et M. FAYE à la commission centrale d'activité libérale est adoptée à l'unanimité par la CME.

#### **XV- Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Mme RIVET donne lecture d'un nouveau contrat d'activité libérale et du renouvellement d'un autre contrat (cf. document transmis aux membres de la CME).

S'agissant du nouveau contrat, M. HINGLAIS s'interroge sur la compatibilité d'une telle activité avec un emploi financé par des crédits fléchés relatifs à l'addictologie, sur lequel est recruté le praticien.

Il convient de distinguer, répond le **directeur général**, le recrutement d'un praticien dans le cadre de crédits fléchés et les droits et obligations de ce dernier. Cependant, on devra vérifier si le temps de travail consacré à la mission d'addictologie et financé par les crédits fléchés n'est pas remis en cause par l'activité libérale de ce médecin.

Le **vice-président** organise un vote séparé des deux contrats d'activité libérale.

La CME approuve par 21 voix pour, 6 voix contre et 8 abstentions le renouvellement de contrat d'activité libérale. Elle émet un avis négatif par 11 voix contre, 10 voix pour et 14 abstentions concernant le nouveau contrat d'activité libérale.

Il sera nécessaire de motiver cet avis négatif, observe le vice-président.

#### **XVI- Avis sur la demande de création d'un poste d'assistant des hôpitaux, au 1<sup>er</sup> novembre 2008.**

Mme RIVET fait part de la demande de création d'un poste d'assistant des hôpitaux dans le service de pharmacie de l'hôpital Saint Louis. La collégiale a émis un avis favorable à la candidature proposée.

La CME entérine la demande de création de poste d'assistant des hôpitaux.

#### **XVII- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 mai 2008.**

Le compte-rendu de la séance du 13 mai 2008 est approuvé à l'unanimité des votants, après avoir, à la demande de :

- M. LEVERGE, substitué page 10, paragraphe 2, alinéa 5 : « *contrat* » à « *constat* » ;
- M. VALLEUR, ajouté page 11, chapitre « Les malades atteints du cancer », aliéna 2 « ...les tumeurs *plus rares* ».



\*

\*

\*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 12 heures 15.

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

**Mardi 8 juillet 2008 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 25 juin 2008 à 16h30.**

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

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