

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 10 JUILLET 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 11 SEPTEMBRE 2007**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 10 juillet 2007

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 19 juin et 4 juillet 2007.
- 2- Dispositif des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI).
- 3- Bilan des conférences activité-stratégie-performance (ASP) de l'année 2007.
- 4- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 5- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 juin 2007.
- 6- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition F**

- Avis sur les candidatures aux stages interrégions pour le semestre de novembre 2007 à mai 2008.

### **Composition C**

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la validation de la période probatoire de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de chefs de service, hors CHU.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de chefs de service.

### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux postes de MCU-PH au titre de l'année 2007.

### **Composition A**

- Avis sur la demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH.
- Avis sur des demandes d'intégration dans le corps des PU-PH de directeurs de recherche.
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PU-PH.
- Avis sur la candidature à un emploi de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2007 (1<sup>er</sup> tour).
- Avis sur les candidatures aux postes de PU-PH au titre de l'année 2007.

### Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- ***en qualité d'invité permanent :***
  - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. SUTTER, directeur adjoint de cabinet,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale ;
  
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale ;
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Pr BERCHE,
  - M. le Pr CHATELLIER,
  - Mme le Pr GAUSSEM,
  - Mme le Dr Laurence GIRARD,
  - Mme HENRY,
  - M. le Pr LEVERGE,
  - Mme le Dr VIDAL-TRECAN.

\*

\*

\*

**M. CORIAT** ouvre la séance en invitant l'assemblée à observer un moment de recueillement en mémoire de M. CUGNENC et de M. DIZIEN, récemment décédés.

Le président évoque avec émotion et tristesse la disparition de M. CUGNENC, figure emblématique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, connu de tous pour son dynamisme et ses qualités.

**M. AIGRAIN** s'associe à ce propos et à la peine exprimée par l'équipe médicale et l'équipe soignante du service de chirurgie digestive de l'hôpital européen Georges Pompidou. Président du syndicat des chirurgiens de l'AP-HP durant de nombreuses années, M. CUGNENC, à travers ses fonctions syndicales et politiques, a fait progresser des dossiers importants dans le sens de l'intérêt général, au-delà de l'intérêt de la seule communauté chirurgicale. Ses qualités humaines et d'extraordinaire chirurgien du cancer fondaient sa légitimité.

Les pensées émues de la commission médicale d'établissement, poursuit le **président** vont également à M. DIZIEN, PU-PH de rééducation fonctionnelle à l'hôpital Raymond Poincaré. Il a consacré beaucoup d'énergie et de passion à la rééducation des traumatisés, notamment des traumatisés médullaires.

Puis il procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

#### **I- Information sur les travaux du conseil exécutif réuni les 19 juin et 4 juillet 2007.**

La séance du 19 juin a été consacrée aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et aux missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI), dispositifs pour lesquels une meilleure valorisation des activités de recherche et d'intérêt général pourra engendrer des gains financiers importants pour l'AP-HP, et celle du 4 juillet aux conférences activité, stratégie, performance (ASP), informe **M. CORIAT**.

Par ailleurs, le conseil exécutif a mandaté le vice-président de la CME et lui-même pour intervenir dans deux dossiers problématiques. Le premier, qui porte sur la publication du poste de PU-PH de santé publique à l'hôpital Lariboisière, a trouvé une solution au cours d'une réunion animé par M. AIGRAIN. Le second regarde l'hépatologie de l'hôpital Henri Mondor. M. CORIAT a co-animé avec Mme QUESADA un groupe dont les travaux ont permis d'obtenir l'accord de l'ensemble des parties concernées afin que les activités d'hépatologie myéloïde et lymphoïde restent dynamiques et performantes.

S'agissant des conférences ASP, indique le **directeur général**, on se situe dans la période de transition entre deux mandatures de la CME. Ces conférences s'insèrent dans un cycle de gestion qui se poursuivra avec les conférences budgétaires à l'automne. Par ailleurs, la direction générale travaillera prochainement avec le conseil exécutif, la CME et son bureau sur le futur plan stratégique.

## **II- Dispositif des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI).**

En préambule, M. GUIN souligne l'enjeu considérable que constituent les MIGAC et les MERRI à la fois financier dans le cadre de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) et à la fois en termes de reconnaissance et de mobilisation interne des équipes. En effet, les MIGAC et les MERRI permettent de légitimer et de financer les activités distinguant l'AP-HP des autres hôpitaux, notamment des autres CHU. Ces crédits dépendent en très grande partie de l'action de l'institution en matière d'activité et de remontée d'informations vers la tutelle.

La présentation vise à rappeler le mode de fonctionnement des deux dispositifs et à faire le point sur les réformes engagées par le ministère (cf. document présenté lors de la séance).

### 1- Le rappel du dispositif.

La dotation MIGAC :

- constitue une modalité de financement forfaitaire pour des activités ne donnant pas lieu à une tarification ou non décrites par le programme médicalisé du système d'information (PMSI) ;
- s'inscrit dans un cadre juridique précisé progressivement au périmètre non figé ;
- couvre trois catégories :
  - les MIG concernent les activités de politique de santé publique ;
  - les MERRI disposent d'une part fixe et d'une part variable pour les activités : de recherche médicale et d'innovation ; d'enseignement, d'expertise, de référence et de recours ; innovantes et expérimentales ;
  - les AC correspondent à un solde portant sur des activités non couvertes par les deux premières catégories et faisant l'objet de discussions directes avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France ou avec le ministère.

La dotation MIGAC ne constitue pas :

- une variable d'ajustement budgétaire ou un complément de financement aux groupes homogènes de séjour (GHS) sous-valorisés ;
- un droit systématique et intégral à financement dès lors qu'une activité est recensée.

Mise en œuvre en 2003 dans le cadre de la T2A, la dotation a été calibrée sur la base des données déclaratives des hôpitaux et seules les activités nouvellement financées par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) viennent l'abonder.

### 2- La dotation MIGAC dans le budget de l'AP-HP.

*La structure des recettes*

La dotation MIGAC de l'AP-HP correspond à 909 millions d'euros en 2006 et atteindra 930 millions d'euros en 2007. Il s'agit d'une des trois principales ressources avec les produits de la T2A (930 millions d'euros) et la dotation annuelle complémentaire (1 930 millions d'euros). Elle représente 15 % du total des ressources de l'AP-HP et 17 % de la dotation nationale.

L'orateur détaille ensuite la composition et la progression de la dotation des MIGAC et des MERRI ainsi que la procédure de sa détermination en 2003.

### 3- Les règles de répartition interne de la dotation MIGAC.

*L'enveloppe MERRI* « socle fixe » établie pour l'ensemble des CHU à 13,5 % du budget de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est répartie dans les hôpitaux de l'AP-HP en fonction du ratio entre le nombre de publications et le nombre de médecins affectés.

*L'enveloppe MIGAC*, répartie au prorata des déclarations de 2004 des hôpitaux validées par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF), fait l'objet d'une ventilation forfaitaire par défaut non satisfaisante et nécessite d'obtenir de la DHOS une normalisation des coûts standards pour les activités reconnues. Ainsi, il a été décidé de ventiler les mesures nouvelles obtenues en 2004, 2005, 2006 et 2007 sur la base de la nature réelle des activités.

*Améliorer les règles internes de répartition* passe par une clarification des règles externes de financement des MIG et par un dispositif plus fin de la répartition du socle fixe des MERRI.

Les enjeux visent :

- pour l'AP-HP, une meilleure reconnaissance de ses activités, notamment au niveau financier, en concentrant les efforts sur les sujets (SAMU – SMUR, actions de prévention, précarité...) aux enjeux les plus importants en termes d'organisation, de reconnaissance, de poids ;
- pour l'ARHIF et les tutelles, à rechercher une standardisation des coûts et à influencer l'organisation spatiale des activités relevant des missions d'intérêt général en Ile-de-France, y compris au sein de l'AP-HP.

Après avoir décliné les travaux de la DHOS sur les MIG et les MERRI et développé la position de l'AP-HP sur le futur dispositif de répartition des MERRI, l'institution s'attachant à faire prévaloir son point de vue auprès de la DHOS afin de préserver son intérêt, M. GUIN indique enfin que la DHOS a retenu le principe d'un financement par le biais d'enveloppes MIG spécifiques au titre du recours exceptionnel afin de prendre en compte les activités non financées dans le cadre des GHS ou des MIGAC.

Au terme de l'exposé, le **président** ouvre la discussion.

**M. LYON-CAEN** ne comprend pas pourquoi la sélection des étudiants hospitaliers entre dans la part modulable des MERRI alors qu'à ses yeux, il convient de prendre en compte l'ensemble des étudiants hospitaliers puisque certaines charges d'enseignement sont assurées par les structures médicales. En outre, il s'étonne de ne pas voir figurer l'implication des enseignants dans les masters, un élément révélateur de l'activité d'enseignement et de recherche au moins aussi important que le seul nombre d'étudiants hospitaliers affectés à un CHU.

En second lieu, il préférerait que la liste des pathologies et des traitements couverts par le dispositif du recours exceptionnel soit définie avec précision car ce n'est pas leur caractère dispersé et ponctuel qui doit être pris en compte mais leur coût et leur lourdeur.

**M. SCHLEMMER**, qui abonde dans le sens de ce propos, considère que le *numérus clausus* reflète davantage la charge de l'ensemble du cursus de formation des étudiants en médecine imputée aux hôpitaux. Par ailleurs, il ne comprend pas comment la pondération des différents indicateurs aboutit à ranger l'AP-HP en seconde position parmi les CHU pour le nombre d'étudiants.

Le **directeur général** précise que la présentation reflète, non une proposition portée par l'AP-HP, mais la dernière formulée par le ministère concernant l'évaluation des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation des CHU. En outre, certains CHU émettent des critiques sur la reconnaissance financière accordée à l'institution dans le cadre des projets envisagés.

L'AP-HP dispose du plus grand nombre d'étudiants, loin devant les autres CHU, affirme **M. GUIN** qui explique que cette seconde position correspond simplement à la part représentée par le volet étudiant dans le cadre de la nouvelle dotation MERRI.

S'agissant du périmètre des étudiants que le ministère souhaite prendre en compte pour le calcul de la dotation, il rappelle que le coût de formation supporté par l'hôpital s'avère difficile à mesurer. La solution envisagée par le ministère repose d'une part sur la nécessité de financer un coût pour les étudiants rémunérés par l'hôpital, d'autre part sur l'inclusion dans le socle fixe d'une partie du coût de la formation des étudiants.

Les réflexions de la CME devront s'inscrire dans la recherche de l'équilibre financier déclare **M. FAYE** qui considère que cet élément s'avèrera sans doute contraignant dans le cadre de l'élaboration du futur plan stratégique.

Concernant le recours exceptionnel, il appartiendra à la CME de lister les pathologies relevant de cette catégorie. D'une manière générale, toutes les questions suscitées par la communauté médicale pourront trouver leurs réponses grâce à une collaboration fructueuse avec la direction des finances. La commission activités et ressources souhaite travailler dans cet esprit, déclare l'intervenant qui voudrait savoir dans quelles rubriques figurent, d'une part les financements correspondant à l'activité d'urgence laquelle mobilise un nombre considérable de ressources avant qu'un diagnostic soit établi et permette de relever d'un codage de la T2A, d'autre part l'équilibre entre les dépenses et les recettes des activités de réanimation dont les coûts dépassent largement les recettes correspondantes.

Les urgences sont financées non par les MIGAC mais dans le cadre de forfaits annuels et de forfaits dépendants du nombre de passages, répond **M. GUIN**, tandis que les activités de réanimation sont financées par des suppléments calculés en fonction de l'activité et du nombre de lits dédiés à ces activités. Pour la continuité des soins, seules les activités SAMU et SMUR sont financées par les MIGAC.

**M. MUSSET** demande comment, d'une part souligner le fait que certains GHS s'avèrent plus coûteux que le financement prévu notamment pour certaines maladies rares qui bénéficient d'une cotation très limitée, d'autre part enregistrer les actions de formation médicale continue, consommatrices de temps.

**Mme Brigitte GIRARD**, qui s'associe à cette intervention, illustre par un exemple l'absence de prise en compte adaptée concernant certaines pathologies. Par ailleurs, alors que ces patients sont traités en consultation externe, il est demandé de les prendre en charge dans le cadre d'hospitalisation de jour. Or les caisses d'assurance maladie refusent de rembourser cette nouvelle orientation, induisant un coût pour les hôpitaux.



La définition des MIGAC ne semble pas claire à **M. CAPRON** car cette rubrique couvre les éléments spécifiques à l'AP-HP alors qu'elle inclut la précarité et les SMUR qui eux ne le sont pas.

De même, constate **M. FOURNIER**, lors de la mise en œuvre des MIGAC, le budget consacré à ce volet a diminué de 200 millions à chaque étape de la démarche du fait notamment de l'absence d'indicateur permettant de quantifier la prise en charge de la précarité. Cette situation posant un véritable problème, il importe d'exercer une pression afin que cette inadéquation des indicateurs, qui pénalise une grande partie des hôpitaux, soit corrigée.

S'agissant des activités de recours, la solution serait selon le **vice-président** que les chirurgiens universitaires donnent à connaître les techniques chirurgicales innovantes lesquelles par définition n'intègrent pas encore les nomenclatures.

Par ailleurs, il lui semble important que la CME soit informée et puisse débattre des critères à retenir sur le classement des hôpitaux de l'AP-HP dans le domaine de la recherche.

Le classement interne à l'institution entre fort, moyen et faible chercheur, a vocation à disparaître rapidement dans le cadre de la réforme des MERRI indique **M. GUIN**. En effet, il apparaît logique de transposer dans les dispositifs de ventilation interne à l'AP-HP les règles définies au niveau national, fondées sur le maintien d'un socle fixe et d'une répartition du solde sur la base des indicateurs utilisés au niveau national pour fixer la dotation attribuée à l'AP-HP. Une telle démarche permettrait de respecter le principe d'équité.

La prise en charge des étudiants ayant vocation à être valorisée, le **président** craint une forte pression des structures hors AP-HP, y compris de celles privées, pour accueillir des étudiants hospitaliers.

De telles pressions existent déjà observe **M. SCHLEMMER**, cependant la démarche ne doit pas viser la seule satisfaction de certaines personnes mais la prise en compte du projet pédagogique et de l'encadrement offert par ces structures. Or dans la majorité des cas, la formation des étudiants de deuxième cycle n'est pas la priorité de ces dernières. Il s'avère désormais envisageable de conclure des conventions pédagogiques avec un certain nombre d'établissements, en raison de la progression du *numerus clausus* qui oblige à trouver de nouveaux terrains de stage.

A l'avenir, la CME devra également regarder la répartition des MERRI entre les différents hôpitaux afin de parvenir à une équité institutionnelle déclare le **président**. Les commissions de la CME devront réfléchir à la création d'indicateurs pertinents, notamment à la définition d'un équivalent temps plein (ETP) au sein d'un hôpital.

Il convient également d'évoquer la valorisation de la recherche et de mettre en perspective les travaux de la commission recherche et université de la CME et du département de la recherche clinique de la direction de la politique médicale. En effet, il existe un flou considérable concernant la manière de déclarer les activités de recherche dans le cadre du logiciel SIGAPS dont l'utilisation mérite une meilleure information ou une modification.

Du point de vue de **M. DELPECH**, en 2003 la DHOS a procédé à la répartition de l'enveloppe MIGAC sans se fonder sur des critères objectifs, de plus, le ministère n'a pas encore défini sa philosophie sur la manière de procéder à l'avenir dans ce domaine. Aussi, il pense que la commission stratégie et prospective et la commission recherche et université devront s'investir dans la définition des arguments sur lesquels l'administration pourra s'adosser pour défendre un dispositif permettant de mieux prendre en compte les spécificités de l'AP-HP. Il importera également d'être attentif aux critères utilisés pour évaluer les indicateurs car, s'il s'avère simple de dénombrer les publications, il l'est moins de mesurer le transfert et la valorisation de l'innovation. Le ministère semble en attente d'éclairage en la matière. Une fois les critères clairement définis, il s'agira de se montrer performant dans le recensement de l'information car l'enveloppe globale n'évoluera pas dans le temps. En concurrence avec les autres CHU, l'AP-HP devra démontrer qu'elle obtient de meilleurs résultats que ces derniers.

L'intervenant tient à préciser qu'une telle démarche sera profitable à l'AP-HP comme en témoigne son obtention entre 30 % et 50 % des financements prévus au niveau national concernant les réseaux de thématiques de recherche et de soins, les centres cliniques de maladies rares ou les réseaux génétiques. Il existe donc un potentiel positif pour l'AP-HP dont la concrétisation dépend uniquement de sa capacité à bien recenser l'information.

Dans le domaine de la recherche, le premier critère retenu correspondra probablement au nombre de publications. Certes, en raison d'un défaut de communication l'utilisation du logiciel SIGAPS s'est révélée déficiente puisque de nombreuses personnes n'ont pu enregistrer les informations les concernant. Aussi à l'avenir, au regard des enjeux financiers de plusieurs dizaines de milliers d'euros, les deux commissions sus-citées devront travailler à améliorer la réactivité des équipes dans le cadre de ce type d'enquête. Chacun devra participer à ce dispositif afin de prouver au ministère que les actions de l'AP-HP ne sont pas valorisées à leur juste valeur alors que ce dernier l'estime sur-dotée.

Une information rapide relative à SIGAPS doit être réalisée, avise le **président**, afin que le senior auteur de la publication puisse valider la participation de l'ensemble des signataires. Par ailleurs, il convient d'informer les collègues de la périodicité de mise à jour du recueil des publications.

Après avoir fait part qu'il a signé hier une lettre indiquant qu'il convient d'alimenter SIGAPS de manière régulière, le **directeur général** prend acte de la nécessité de travailler aux adaptations proposées.

Concernant la reconnaissance financière des activités de recherche, on doit démontrer par une documentation régulière et continue le paiement des efforts engagés. De plus, au regard de son rôle majeur dans la recherche médicale française, l'AP-HP doit exercer auprès du ministère un lobbying qui ne doit pas uniquement reposer sur l'administration déclare M. LECLERCQ, afin d'obtenir des modes de reconnaissance et de financement adaptés au fonctionnement de l'institution.

Par ailleurs, outre les thématiques de recherche, il convient de clarifier les modalités de la politique de recherche de l'AP-HP (rôle des centres de recherche, partenariat avec les grandes universités...) et rendre la recherche clinique plus visible au sein de l'AP-HP.

En conclusion, le **président** opine pour établir une coopération de longue durée entre la CME, la direction des finances et le département de la recherche clinique pour participer aux démarches évoquées.

### **III- Bilan des conférences activité, stratégie, performance (ASP) de l'année 2007.**

L'exposé du bilan des conférences activité, stratégie, performance (ASP) pour l'année 2007 est réalisé à deux voix, M. NAVARRO et M. SUDREAU (cf. document mis en ligne sur le site internet de la CME).

**M. NAVARRO** introduit le sujet en indiquant que ces conférences ont été menées dans le cadre d'une démarche partagée avec les représentants des hôpitaux, l'objectif des axes de travail consistant à :

- renforcer le pilotage quantitatif et qualitatif de l'activité des hôpitaux et pour la première fois, des pôles ;
- mesurer le degré de réalisation des projets inscrits au plan stratégique 2005 – 2009 ;
- intégrer la recherche clinique ;
- partager une gestion prospective des ressources médicales, cohérente avec le pilotage de l'activité et la mise en œuvre des projets.

Les rencontres préparatoires, organisées au sein des hôpitaux en présence du directeur exécutif, du directeur de l'hôpital et de son équipe, du président de CCM, des responsables de pôle et du directeur de l'information médicale (DIM) ont permis de partager les données et d'engager la discussion stratégique sur la base d'éléments acceptés par tous et d'indicateurs précis.

#### 1- Le pilotage de l'activité clinique et biologique.

**M. SUDREAU** développe le volet portant sur le pilotage de l'activité (activité clinique, activité biologique).

##### *Le pilotage de l'activité clinique*

##### a) Le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Le pilotage de l'activité, placé au cœur des conférences ASP, s'inscrit dans la continuité des critères d'analyse retenus depuis maintenant deux années :

- l'évolution du nombre de séjours ;
- les séjours très courts en hospitalisation complète ;
- l'index de performance ;
- le taux d'occupation des lits ;
- la qualité du codage PMSI ;
- les caractéristiques de la patientèle.

M. SUDREAU rappelle les modalités de la préparation des contrats d'activité pour l'année 2007, négociés avec chaque hôpital, pour un objectif de croissance de 1,6 % sur l'ensemble de l'AP-HP, avant d'indiquer qu'à fin mai 2007, l'institution enregistre une diminution de 1,1 % de son activité globale et de 2,9 % de l'activité d'hospitalisation partielle, ce dernier point traduisant notamment l'impact de la circulaire frontière.

La progression de l'activité en hospitalisation complète (+ 0,6 %) se révèle également inférieure aux prévisions. L'AP-HP doit impérativement redresser son activité, sous peine de difficultés financières importantes.

Une tendance identique apparaît à l'examen du nombre de séjours : 8 000 supplémentaires étaient attendus au cours des cinq premiers mois de 2007 alors qu'on compte 5 763 séjours en moins par rapport aux cinq premiers mois de 2006.

Les résultats de l'activité constatée par groupement hospitalier universitaire et par domaines d'activités démontrent que de nombreux hôpitaux se trouvent en difficulté par rapport aux objectifs fixés.

M. SUDREAU présente ensuite une comparaison entre l'activité de l'AP-HP et l'activité enregistrée sur l'ensemble de la région Ile-de-France entre 2005 et 2006 dont les chiffres validés par l'ARHIF révèlent une évolution positive de l'AP-HP par rapport à ses concurrents, avant de mentionner les deux axes d'optimisation de l'activité.

Le premier axe correspond :

- à l'aval des urgences et des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- à l'organisation des blocs opératoires ;
- au transfert du potentiel ambulatoire en hospitalisation partielle.

Le second axe porte sur l'optimisation des recettes liées à l'activité, qui consiste à transférer des séjours d'hospitalisation complète de zéro à une nuit vers l'hospitalisation partielle dès que ce mode de prise en charge est pertinent d'un point de vue médical, et l'orientation de certaines activités relevant actuellement des hospitalisations de jour vers les consultations.

b) Le secteur gériatrique.

En 2006, le nombre de séjours en hospitalisation complète de court séjour gériatrique progresse de 13,3 % et les recettes de 8,9 %. Ces résultats s'expliquent par la diminution de la durée moyenne de séjour de 16,1 jours en 2005 à 15,1 jours en 2006 et par une hausse du taux d'occupation des structures de gériatrie aiguë.

Les conférences ASP ont révélé le fort impact de la circulaire frontière sur l'hôpital de jour gériatrique, dont l'enjeu pour l'AP-HP porte sur une somme d'environ 20 millions d'euros.

Concernant les soins de suite et de réadaptation gériatriques, l'un des points de blocage de l'institution, on enregistre une progression de 8 % des admissions alors que le nombre de ses lits ouverts progresse uniquement de 6 %. Ces résultats traduisent une hausse du taux d'occupation à 93,8 % et une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS), néanmoins supérieure à celle enregistrée dans la région.

Il a été clairement demandé aux hôpitaux gériatriques de « prouver » la lourdeur des pathologies des patients, en améliorant la qualité du codage PMSI, en anticipation de l'application de la T2A aux activités de SSR (sans doute en 2009).

Enfin, depuis deux exercices, les hôpitaux gériatriques sont fortement incités à se recentrer sur la prise en charge des patients issus de l'AP-HP.

### *Le pilotage de l'activité biologique*

L'activité biologique s'observe sur la base de deux indicateurs :

- le nombre de B et de BHN par séjour MCO ; on note une diminution de 3 % de ce nombre entre 2003 et 2006 avec de fortes disparités entre les hôpitaux ;
- la comparaison entre la prescription constatée et la prescription attendue de l'AP-HP selon l'étude nationale des coûts, à *casemix* comparable ; le surcoût de l'AP-HP est passé de 46 % à 32 % entre 2003 et 2006.

Concernant les B, l'écart entre l'AP-HP et la moyenne nationale se limite à 12,9 % mais il atteint 246,4 % pour les BHN, objet de financement particulier dans le cadre des MERRI. Une réunion est programmée pour la mi-septembre avec l'ensemble des biologistes afin d'harmoniser les pratiques de cotation.

### 2- Les filières d'adressage des patients.

A son tour, **M. NAVARRO** souligne l'importance pour l'institution des filières d'adressage des patients. Il illustre par quelques exemples de thématiques médicales la situation et les actions à mettre en place pour la reprise de l'activité.

Il a été décidé de diffuser à l'ensemble des hôpitaux une cartographie des filières d'adressage des patients afin d'engager un complément d'analyse. Cette démarche fera l'objet d'un suivi précis pour identifier d'éventuelles difficultés.

### 3- Le suivi des projets du plan stratégique 2005 – 2009.

Le suivi des projets des hôpitaux porte sur 500 projets actés en conférence ASP 2005 et 2006 et sur 45 projets nouveaux présentés en conférence ASP 2007.

Sur les 500 projets :

- 20 % ont été réalisés ;
- 63 % sont engagés et ne présentent pas a priori de difficulté particulière ;
- 10 % sont engagés selon des modalités à préciser ;
- 6 % seront commencés en fin de plan stratégique ou reportés sur le plan suivant ;
- 1 % est abandonné.

Le suivi concerne également la poursuite de l'augmentation programmée du nombre de lits de SSR et de gériatrie aiguë et la structuration des filières spécialisées.

Les autres actions correspondent à :

- la potentialisation de la recherche en gérontologie ;
- le soutien de la psychiatrie dans le cadre du plan de santé mentale ;
- le renforcement des équipes d'addictologie ;
- l'aide à la restructuration des services d'urgence ;
- le renforcement des équipes et la titularisation du personnel médical ;

- le renforcement de la chirurgie ambulatoire, en particulier en orthopédie et en ophtalmologie.

Pour 10 % des projets des conditions préalables doivent être réunies en termes de ressources humaines, de travaux et de partenariats.

#### 4- La mise en place de la gouvernance et des pôles d'activité.

L'ensemble des hôpitaux a engagé la mise en place des conseils exécutifs locaux (CEL). Les modalités d'installation diffèrent selon les établissements, notamment dans les relations entre le CEL et le CCM.

Les objectifs des contrats de pôle de démarrage pour l'année 2007 pour chaque hôpital sont déjà fixés mais peuvent encore évoluer. La mise en œuvre de la délégation de gestion se révèle dynamique même si quelques sujets résiduels restent à régler.

#### 5- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Les conférences ASP ont permis de définir plusieurs indicateurs de qualité, dans trois axes principaux :

- renforcer les mesures de prévention des infections nosocomiales ;
- parfaire la tenue du dossier patient et l'envoi des comptes rendus d'hospitalisation aux médecins traitants ;
- améliorer la fluidité aux urgences.

#### 6- La recherche clinique.

Un échange a eu lieu avec les hôpitaux sur la recherche clinique afin de vérifier :

- les thématiques de recherche retenues ;
- la dynamique de la démarche de recherche ;
- l'exhaustivité de la validation manuelle des publications dans SIGAPS.

M. NAVARRO termine sur les perspectives pour les prochaines conférences ASP qui visent le renforcement du pilotage de l'activité médicalisée dans ses différentes spécificités tandis que 2008 constituera une année charnière pour le plan stratégique en cours et pour l'élaboration du plan stratégique 2010 – 2014.

Le renforcement des effectifs médicaux demandé par plusieurs établissements fournit l'occasion au **président** d'évoquer la révision des effectifs médicaux qui débutera en octobre 2007 et fonde traditionnellement une préoccupation majeure de la CME. A cet égard, il demande si la DPM envisage de rédiger une note de synthèse listant les structures hospitalières qui lui semblent prioritaires en terme de dotation en postes et précisant l'articulation entre sa réflexion et le travail de la CME.

Cette note de synthèse en cours de préparation, répond **M. NAVARRO**, traduit les choix issus des conférences ASP. Elle porte sur une vingtaine de postes identifiés comme essentiels, permettant de développer l'activité et donc de gagner des parts de marché mais aussi de répondre à certaines spécificités de l'institution, même si ces dernières n'ont pas toujours un impact positif dans le cadre de la T2A. L'élaboration de la liste, volontairement restreinte, a fait l'objet d'un débat ouvert avec la direction des finances. Les propositions seront prochainement transmises à l'instance.

Après avoir souligné les améliorations enregistrées au cours des dernières années concernant le second aval gériatrique soit les SSR, **M. CAPRON** évoque les patients encore jeunes mais atteints d'un handicap extrêmement lourd et qui bloquent un grand nombre de lits dans les services de premier aval pour une durée pouvant atteindre deux ou trois mois. Il met ensuite en exergue les manières actuelles, qui lui semblent scandaleuses, de faire avancer ces patients dans leur parcours hospitalier : soit obtenir une dérogation d'âge qui leur donnera accès aux SSR gériatriques, ce qui est une confusion des tâches pour les gériatres, et un manque d'égards pour les malades ; soit les faire admettre dans un service de réadaptation, mais en s'engageant par écrit à les reprendre en secteur de premier aval après un ou deux mois, et ce même au sein de l'AP-HP.

Si les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral précoce ou de maladies neuro-dégénératives constituent une difficulté pour les hôpitaux, faire comprendre qu'on doit apporter des réponses adaptées, en présente une autre déclare **M. NAVARRO**. En effet, il est parfois délicat de transférer ces patients dans les hôpitaux de l'AP-HP situés hors l'Ile-de-France, aussi on cherche à conclure un accord avec d'autres établissements situés en région francilienne.

**M. SEBBANE** note d'abord l'importance du secteur gériatrique qui a porté l'activité de l'ensemble de l'institution, puis il indique de ne pas oublier, à côté des courts séjours gériatriques dans les sites d'accueil des urgences, les courts séjours dans les hôpitaux gériatriques. On doit se placer dans le cadre d'une filière fluide du parcours des patients âgés : l'accueil des urgences, le court séjour au sein d'un hôpital gériatrique, le service de SSR et enfin le service de soins de longue durée (SLD). Désormais se profilent les alternatives aux SLD qui risquent de retentir sur l'ensemble du parcours du patient âgé. L'AP-HP, qui a défendu son point de vue dans le cadre de la distinction entre les patients relevant de soins médico-techniques et les patients relevant du secteur médico-social, devra anticiper ces évolutions.

Par ailleurs, l'exposé démontre que la collaboration entre les services de gériatrie et la DPM s'est avérée fructueuse remarque l'intervenant. Le secteur gériatrique a désormais intégré la notion de T2A qui imposera un transfert de charge des patients lourds.

En outre, il convient de prendre en compte, d'une part la notion de complexité sociale différente de celle de précarité, d'autre part les préoccupations humaines concernant la prise en charge des patients jeunes pour lesquels aucune structure adaptée n'est proposée et enfin, d'être attentif aux effectifs des personnels soignants, indispensables à la vie des services.

Si **M. NAVARRO** se réjouit des résultats positifs obtenus par les efforts engagés, la réflexion de la CME doit néanmoins se poursuivre pour assurer la qualité de la prise en charge des patients. Le plan stratégique en cours prévoyait la réorganisation et le développement des services de SSR, compensé par une diminution des lits de SLD. Désormais, on se trouve confronté au noyau de malades difficiles et plus nombreux qu'envisagé. Il convient en effet de ne pas confondre les situations médicales lourdes et la dépendance liée à l'âge. De plus, il sera nécessaire de prendre en compte la démographie des professionnels concernés ainsi que l'intérêt pour ces disciplines en communiquant sur les actions de recherche dans ce secteur.

**M. MUSSET** s'interroge sur la raison de l'absence dans l'exposé de la situation de l'imagerie. En outre il voudrait, concernant le suivi des projets du plan stratégique actuel, que les causes aboutissant à un retard des projets notamment des travaux soient recherchées et fassent l'objet d'une communication, et s'agissant de la recherche, que le nombre de publications par emploi à temps plein (ETP) soit ajouté au document présenté.

**M. SUDREAU** précise que l'imagerie a été évoquée lors de chaque conférence ASP. Un comité de pilotage dédié a été mis en œuvre et a permis de définir des axes d'actions qui seront exposés en CME d'ici à la fin de l'année.

Sur les difficultés liées à la concrétisation des travaux, **M. NAVARRO** signale que l'AP-HP ne maîtrise pas par exemple les délais de réponses aux appels d'offres ni le dépôt de bilan de sociétés.

Le **directeur général** ajoute que la gestion des appels d'offres et le caractère tendu du marché du bâtiment, pèsent sur le respect des délais des programmes mais aussi sur les prix. En revanche, les difficultés relatives aux rocade sont imputables à l'AP-HP. Aussi la communauté médicale, la direction et les cadres doivent faire preuve de fermeté afin de s'assurer de la gestion et de la qualité de ces rocade qui conditionnent en grande partie le respect des délais.

De même, l'administration ne maîtrise pas les délais d'obtention des permis de construire, excepté le temps de la préparation des dossiers. On doit améliorer la programmation des différents travaux en laissant une plus grande souplesse aux constructeurs mais aussi en réduisant les délais dévolus à la programmation technique, en étant notamment attentif aux délais consacrés à la concertation.

**M. RICHARD** demande si la diminution de 2,6 % de l'activité pédiatrique en hospitalisation complète au cours des cinq premiers mois de l'année 2007 correspond à un phénomène conjoncturel ou à une tendance de fond.

Au sujet des services identifiés par la DPM en difficulté, il aimerait que la CME bénéficie d'une approche globale de ces services afin de vérifier s'ils sont confrontés à des difficultés identiques ou spécifiques. Il convient dans un souci d'équité de mettre en œuvre les actions de résolution des problèmes.

Il demande enfin, s'agissant des séjours d'hospitalisation complète de zéro nuit représentant 25 % des séjours de pédiatrie contre 2 % des séjours adultes, si cette situation résulte d'éléments ponctuels ou d'une tendance lourde et si les transferts d'activité de la chirurgie conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire s'accompagnent d'une progression de l'activité de chirurgie conventionnelle.

Selon **M. NAVARRO**, la diminution de l'activité des hôpitaux pédiatriques résulte probablement d'un phénomène conjoncturel, trouvant notamment son origine dans l'absence d'épidémie de bronchiolite au cours de l'hiver dernier. Le suivi de l'activité de ce secteur permet d'opérer d'éventuelles adaptations. Par ailleurs, le pourcentage important de séjours d'hospitalisation complète de zéro nuit en pédiatrie s'explique par un certain nombre d'obligations concernant les nourrissons en néonatalogie, situation non reconnue par les tutelles.

Une présentation globale en CME des services en difficulté ne permettrait sans doute pas la mise en exergue de celles rencontrées par chaque service et qui pourront être réglées uniquement par les hôpitaux concernés. Bien évidemment, ces derniers bénéficieront d'une aide qui peut être apportée par les commissions compétentes de la CME.



**M. SUDREAU** ajoute que l'objectif vise à établir un diagnostic précis des difficultés rencontrées (durée de séjour supérieur à la moyenne dans la spécialité concernée, taux d'occupation insuffisant...) dans le cadre d'un véritable dialogue avec chaque hôpital. Un premier bilan réalisé afin de vérifier les progrès enregistrés dans les 117 services identifiés, démontre que la réflexion menée par service a permis d'obtenir une amélioration dans un grand nombre de services. Des hôpitaux ont diminué la capacité en lits de certains services sous-utilisés afin de les redéployer vers des secteurs surchargés.

Dans la continuité du travail réalisé par **M. AIGRAIN** sur la chirurgie ambulatoire, la DPM suit l'évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire et de chirurgie traditionnelle. Dans certains établissements, les deux catégories enregistrent une évolution positive, conformément aux objectifs de la démarche engagée.

Cependant, précise **M. NAVARRO**, dans certains hôpitaux le développement de l'activité ambulatoire s'accompagne d'une diminution des hospitalisations complètes. Il importe d'alerter ces établissements afin que la tendance ne perdure pas. Il rappelle que l'étude menée avec **M. AIGRAIN** avait démontré que dans certains services, le transfert d'une partie importante de l'activité chirurgicale traditionnelle vers l'ambulatoire ne se traduisait pas obligatoirement par une progression des hospitalisations complètes au sein de la même discipline. Dans un tel cas, les ressources dégagées doivent être réorientées vers d'autres disciplines.

**M. VALLEUR** s'interroge sur une possible corrélation entre la faible augmentation d'activité enregistrée en chirurgie mais aussi en médecine et la diminution du nombre de postes de personnel non médical (PNM) non pourvus dans l'institution.

Tandis que le développement de l'activité chirurgicale passe par la mise en œuvre d'une organisation du bloc opératoire centrée sur l'activité chirurgicale, intervient **M. LACAU ST GUILY**, on se trouve confronté au redoutable problème de l'insuffisance du nombre d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE) à résoudre, tout en prenant en compte certains problèmes structurels et certains aspects culturels. Ainsi, il convient parfois de concevoir des regroupements d'activités chirurgicales susceptibles d'augmenter la productivité de certains services de chirurgie et de mentionner les sites implantables en cancérologie dans le cadre des filières d'adressage des patients à mettre en œuvre afin de récupérer une activité aujourd'hui transférée hors AP-HP.

La concurrence se présente parfois sous la forme d'établissements mono-thématiques, au sein desquels les modalités de prise de rendez-vous et l'accueil se révèlent parfaits. On doit donc accompagner l'amélioration des structures chirurgicales de l'AP-HP d'une modification des comportements dans certains domaines.

Enfin, les difficultés persistantes rencontrées dans le domaine du codage de l'activité pour lesquelles les solutions techniques tardent, le préoccupent.

**M. NAVARRO** fait siennes ces remarques relatives à des sujets évoqués à plusieurs reprises en CME. Outre la rénovation des blocs opératoires, le recrutement des médecins ou encore le déploiement d'IBODE, on devra également se montrer capable de s'inspirer des modes de fonctionnement mis en œuvre dans d'autres structures (prise de rendez-vous, accueil, prise en charge des patients...).

Le recrutement d'IBODE constitue effectivement un enjeu majeur affirme le **directeur général**. Aussi, à l'initiative du président **CORIAT**, on s'emploie à élaborer différentes mesures administratives et financières permettant d'enregistrer des améliorations dans ce dom

Le basculement de séjours d'hospitalisation traditionnelle vers l'ambulatoire et les consultations en application de la circulaire frontière, induit parfois des conséquences négatives au niveau de la tarification selon **Mme Brigitte GIRARD** qui illustre son propos par différents cas de figure. Ainsi, on doit réaliser des actes techniques traduisant l'innovation thérapeutique dans le cadre d'une codification engendrant une tarification misérable, sans avoir accès facilement aux blocs opératoires et dans des conditions d'hébergement des patients très éloignées de celles offertes par le secteur privé. On ne doit pas sous-estimer l'impact des capacités hôtelières et d'accessibilité offertes par ce dernier et que l'AP-HP, remarquable machine technologique, n'est absolument pas en mesure de proposer. L'origine se trouve notamment dans les problèmes de recrutement d'IBODE qui imposent de fermer les blocs opératoires à quinze heures contre dix-neuf heures dans le secteur privé.

Les difficultés d'accessibilité rencontrées par les patients viennent également de la capacité insuffisante du parc de stationnement dédié aux visiteurs et aux ambulanciers. Cette situation inacceptable traduit l'absence de considération pour les patients, estime l'intervenante.

S'il s'accorde à considérer que l'accueil constitue un ensemble et à ce titre la démarche de qualité mise en œuvre couvre évidemment les conditions d'accès des patients, **M. NAVARRO** avise qu'il ne s'avère pas simple de concrétiser cette démarche.

Après avoir salué la qualité des documents transmis par l'administration sur l'évolution des parts de marché de l'institution et l'analyse de l'offre et la demande, **M. FAYE** rappelle qu'un hôpital ne doit pas privilégier des activités rentables si la démarche aboutit à négliger d'autres modes de prise en charge. Par ailleurs, sur l'ensemble de la région, le secteur privé augmente son activité ambulatoire et confie à l'AP-HP les patients non éligibles à ce mode de prise en charge. C'est pourquoi, si on s'interroge sur la rentabilité de la prise en charge en hospitalisation complète, on doit militer pour une meilleure valorisation des procédures de recours et de prise en charge de la précarité.

L'institution éprouve des difficultés à adapter les équipes en fonction du volume d'activité remarque **M. GARABEDIAN** qui note la stabilité de l'activité de chirurgie pédiatrique. Aussi, dans le cadre de la préparation du prochain plan stratégique, il serait utile d'engager une réflexion globale sur la pédiatrie, dépassant le cadre des GHU. Il lui semble en effet important de disposer d'une vision stratégique et d'ensemble de ce secteur pour les sept ou huit prochaines années.

**M. NAVARRO** adhère à ce point de vue et suggère de constituer un groupe de travail spécifique consacré à ce secteur.

**M. PETIT** aimerait que dans le cadre des conférences ASP soit menée une réflexion sur l'activité de consultation. Tandis que cette vitrine de l'AP-HP mobilise de nombreux moyens, il lui semble qu'une approche fondée sur l'activité, la stratégie et la performance permettrait de décider s'il convient de développer, de maintenir ou de réduire cette activité.

Le **président** annonce qu'il sollicitera la présentation en CME d'un audit relatif aux consultations demandé par la direction générale. Puis il signale le malaise des cadres paramédicaux de pôle, engagés avec enthousiasme dans une démarche de décloisonnement des structures mais qui ne se sentent pas suffisamment valorisés, notamment au niveau financier.

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

**Mme PORTENGUEN** donne lecture du renouvellement de six contrats d'activité libérale adoptés par 22 voix pour, 4 voix contre et 13 abstentions.

#### **V- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 juin 2007.**

Le compte-rendu de la séance du 12 juin 2007 est approuvé à l'unanimité des votants.

#### **VI- Questions diverses.**

##### L'année de recherche des internes.

**M. SCHLEMMER** livre une information relative à l'année de recherche financée par l'Etat dont une partie des internes en fonction peut bénéficier. Un décret du mois d'octobre 2006 en précise les modalités d'octroi par une sélection des candidatures sur la base des épreuves classantes nationales, mais également sur la base d'une évaluation du dossier relatif au projet de recherche des internes candidats.

Une circulaire du ministère de l'enseignement supérieur datée du 5 juillet détermine la procédure à mettre en œuvre pour l'année de recherche 2007 – 2008. Une note de la direction des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France aux doyens indique la clôture du dépôt des candidatures : le 28 août 2007 pour les internes de médecine et le 5 septembre 2007 pour les internes de pharmacie. Le correspondant pour les internes de médecine, de chirurgie et de biologie est le doyen de l'UFR de Bobigny le Pr BLADIER (Paris XIII), qui mettra en place une commission chargée de rendre ses résultats le 11 septembre 2007. Le correspondant pour les internes de pharmacie, auprès de l'UFR de Paris V est le Pr DURAND.

L'intervenant ne dispose pas des données concernant l'odontologie ni du nombre de places prévues. Par le passé, 10 % des effectifs d'internes bénéficiaient d'une année de recherche. Le budget relatif à cette opération est resté stable alors que le nombre d'internes a fortement augmenté. Le dispositif ne concernera sans doute pas plus de 5 % à 6 % de la promotion.

##### La réforme des universités.

L'examen par le Parlement du projet de loi portant réforme de l'université va débiter, indique le **président** qui s'interroge sur l'impact de ce texte sur les CHU, une fois adopté.

L'impact sera important répond **M. SCHLEMMER**. A cet égard plusieurs organisations, dont la conférence des doyens des facultés de santé, celle des présidents de CME de CHU et celle des directeurs généraux de CHU, le syndicat des chefs de clinique, l'association nationale des étudiants en médecine de France, l'académie de médecine et celle des sciences, se sont mobilisés pour convaincre les politiques du caractère spécifique des facultés de santé, malmené par le projet de loi. En effet, ce dernier pourrait remettre en cause les conditions d'application des ordonnances de 1958 instituant les CHU.

Les articles du projet relatifs aux UFR de santé maintiennent par exemple la signature des conventions hospitalo-universitaires entre les UFR et les centres hospitaliers, mais sans en préciser les modalités de mise en œuvre, et éludent des éléments déterminants pour la vie des CHU notamment l'affectation directe des emplois hospitalo-universitaires aux UFR de médecine. Il en résulte que ces emplois seraient affectés à l'université ; aussi les organisations précédemment citées ont mis en garde les politiques sur la nécessité de préserver le fonctionnement des CHU dans ce contexte.

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche ne s'opposerait pas au dépôt de l'amendement parlementaire suivant : *« les ministres compétents affectent directement et conjointement aux unités de formation et de recherche et aux centres hospitaliers universitaires les emplois hospitalo-universitaires attribués à l'université »*. Il signale que les doyens ont entrepris d'adresser un dossier d'information à chaque parlementaire.

D'une manière générale, les facultés de médecine ont été accusées de maintenir des privilèges injustifiés dans une université moderne poursuit M. SCHLEMMER. Il appartient aux UFR et aux CHU de rappeler leurs problématiques d'enseignement et de recherche et aussi d'organisation des soins et de santé publique, supposant des actions de formation et de recherche à concevoir non par la seule université mais en interface avec les communautés hospitalières.

A titre personnel, il pense qu'on doit veiller à ne pas laisser entendre qu'en défendant cette spécificité, les UFR de santé souhaitent s'écarter de l'université. Au contraire, on doit s'appuyer sur elle, tant pour certains aspects d'enseignement que pour le développement de la recherche.

Si les universitaires médicaux ne doivent pas être dissociés de l'université, opine **M. MUSSET**, il importe que les effectifs médicaux soient gérés de manière parallèle à ceux de l'université car dans le cas contraire, les jeunes collègues se retrouveraient en compétition avec de purs chercheurs aboutissant ainsi à supprimer la bivalence. Il demande ensuite au président si la CME soutient la motion proposée par les doyens de faculté.

La collégiale des présidents de CME et la collégiale des doyens travaillent en totale synergie afin de faire adopter l'amendement présenté, avise le **président**. On doit obtenir le maintien de la bivalence qui fait la richesse des CHU depuis cinquante ans.

#### La rémunération des responsables de pôle et la retraite additionnelle des hospitalo-universitaires.

**M. RYMER** requiert des informations sur le dossier relatif à l'attribution de deux cents euros aux responsables de pôle et sur celui de la retraite additionnelle des hospitalo-universitaires. Il insiste sur le fait que cette retraite est opérationnelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, le dossier est donc urgent.

**Mme PORTENGUEN** précise qu'elle attend le texte réglementaire concernant le versement de deux cents euros aux responsables de pôle prévu par les pouvoirs publics.

Quant à la retraite additionnelle, le ministère a confirmé que les personnels hospitalo-universitaires auront toute liberté pour s'affilier à l'organisme de leur choix.

Le **directeur général** confirme ne pas disposer de texte pour attribuer cette rémunération aux responsables de pôle. Il a rappelé cet élément au ministère de la santé. Une décision serait prochainement prise. Puis il prend note de la proposition de **M. FAYE** suggérant que l'AP-HP négocie un contrat de groupe auprès d'un assureur.

### Le départ du directeur de la politique médicale.

Le **président** fait connaître que M. NAVARRO assiste pour la dernière fois à une séance de la CME laquelle bénéficiait depuis dix-huit ans de sa sagesse et de sa réflexion. Véritable autorité morale, il a toujours su défendre tant les valeurs auxquelles l'institution est attachée, qu'une pensée médicale d'une grande hauteur étayée par une vision stratégique, par des considérations éthiques et par la prise en compte constante du progrès médical et des innovations thérapeutiques. Ce souci permanent de l'impact du progrès médical l'a conduit à diriger le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques, devenu une référence au niveau de l'AP-HP mais aussi au niveau national. Enfin, au poste difficile et exposé de directeur de la politique médicale, il a réussi à remplir parfaitement son rôle tout en gardant la confiance de l'ensemble des collègues.

M. CORIAT tient à lui témoigner le profond respect et l'affection de l'ensemble de la CME.

Pour sa part **M. AIGRAIN** souligne l'exemplarité au quotidien de M. NAVARRO pour la communauté médicale. Depuis vingt-cinq ans, il a œuvré au partenariat médico-chirurgical d'abord à l'hôpital Bretonneau, puis à l'hôpital Armand Trousseau et enfin à l'hôpital Robert Debré. Il constitue un modèle par la qualité de sa réflexion mais aussi par sa méthode fondée sur une vision claire et une volonté de recherche du consensus. Tant dans le cadre de ses dernières fonctions que de celles précédentes de président de CCM de l'hôpital Robert Debré ou au sein des associations de lutte contre la mucoviscidose, il a mis en œuvre cette démarche à de nombreuses occasions dans le sens de l'intérêt général. C'est avec une profonde émotion qu'il s'associe à l'hommage rendu par le président.

Le **directeur général**, qui a connu M. NAVARRO avant son arrivée à l'AP-HP à l'occasion des rencontres Paris-Lyon-Marseille, a apprécié l'homme et ce sentiment s'est renforcé depuis qu'ils travaillent ensemble. L'homme est attachant, constant et ferme dans ses convictions et ses missions. Le directeur se révèle fiable, efficace, attentif à apporter une aide précieuse au directeur général, à la direction générale, aux différentes directions, à la gouvernance médicale, et surtout à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Enfin, le médecin impressionne par ses connaissances et ses raisonnements, fondés sur une expérience exemplaire. M. NAVARRO a fortement marqué la DPM en montrant l'apport d'un médecin clinicien et universitaire dans le pilotage et la gestion de l'institution. En son nom et au nom des collaborateurs de la direction générale, M. LECLERCQ lui exprime reconnaissance et amitié.

\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 20.

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

**Mardi 11 septembre 2007 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 29 août 2007 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.