

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 11 MARS 2008**

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

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 11 mars 2008

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
- 2- Dispositif de la formation médicale continue à l'AP-HP.
- 3- Nouvelles règles de gestion du personnel de recherche à l'AP-HP.
- 4- Plan efficience.
- 5- Plan Alzheimer.
- 6- Avis sur la candidature des centres de compétence maladies rares de l'AP-HP.
- 7- Avis sur des fiches de pôle d'activité.
- 8- Intégration des pharmaciens dans le CHU : les emplois proposés au titre de l'année 2008.
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 février 2008.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chef de service.
- Avis sur la validation de fin de période probatoire de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation d'un chef de service, hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur la demande de placement en position de recherche d'affectation d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la demande de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH en odontologie offert à la mutation au titre de l'année 2008.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
 - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***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,
 - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. PEURICHARD, directeur du développement des ressources humaines,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - Mme FOURRIER, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr GALANAUD, président du comité d'orientation de la formation médicale continue,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme le Dr PULVENIS, direction de la politique médicale,
 - Mme le Dr SAUVAGNAC, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***
 - Mme le Dr DEGOS, M. le Dr DOUARD, M. FRONTINO, M. le Pr HARDY, M. le Dr LOULERGUE, M. le Pr RUSZNIEWSKI, M. le Dr RYBOJAD, Mme le Dr SEGUIN.

*

*

*

La séance est ouverte par le président **CORIAT** qui engage l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif.

- La réflexion stratégique médicale.

Les membres du bureau de la commission médicale d'établissement, indique le **président**, ont poursuivi la discussion initiée par les médecins du conseil exécutif sur l'absence au sein de la CME, excepté dans le cadre de sa commission stratégie et prospective, d'une réflexion approfondie sur la stratégie médicale.

Désormais, l'instance doit s'impliquer dans une telle démarche, en lien avec la commission stratégie et prospective, en participant à la préparation au cours de l'année à venir du futur plan stratégique, mais aussi en veillant que chaque succession de chefferie de structure médicale n'engendre pas de remise en cause des évolutions stratégiques. A cette fin, à partir du mois de mai, un point de l'ordre du jour de la CME permettra de suivre la réflexion relative au plan stratégique.

De plus, M. CORIAT propose de réunir les médecins de l'instance, hors les représentants de l'administration, afin de choisir les pistes qui guideront leur pensée. Il invite les membres à communiquer leurs disponibilités pour organiser rapidement la réunion et à y apporter toutes les idées s'inscrivant dans le cadre d'une stratégie médicale. Si la commission de stratégie et prospective a déjà engagé cette réflexion sur certains dossiers, il convient à présent de porter officiellement cette démarche.

- Le temps médical.

Le président attire l'attention sur la gestion du temps médical, l'un des principaux enjeux médico-économiques. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) discute actuellement du financement des journées épargnées dans les comptes épargne temps (CET) et d'approvisionnement de ces comptes. Au regard des enjeux en termes financier et médical, la CME doit étudier la manière d'abonder ces CET avec rigueur et équité entre les hôpitaux et les spécialités.

Dans ce cadre, il remercie MM. CHERON et DRU ainsi que les membres de la commission de la permanence des soins qui évoqueront le 17 mars prochain le sujet du temps médical.

- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) au titre de l'année 2008.

En sa dernière séance, le conseil exécutif a examiné les premières orientations de l'EPRD 2008, notifiées aux hôpitaux, qui précisent la répartition interne entre les sites hospitaliers et le siège, informe le **directeur général**. Désormais s'engagent les négociations avec les autorités de tutelle afin d'arrêter l'EPRD 2008 qui sera définitivement accordé après la mise en place du conseil d'administration renouvelé suite aux élections municipales en cours.

Il rappelle les résultats médiocres obtenus par l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en 2007 en raison des objectifs d'activité fixés non atteints alors qu'a été consommée l'intégralité des ressources programmées. Cette situation génère un déficit de sous-activité de 40 millions d'euros, réduit à 15 ou 20 millions d'euros après la mise en œuvre d'un certain nombre d'opérations comptables.

Pour 2008, a été pris le pari d'une progression non négligeable de l'activité. Ainsi, les mesures nouvelles privilégiées permettront un gain d'activité clinique. Les mesures de santé publique, objet d'une notification particulière du ministère de la santé, seront attribuées en fonction des résultats des différents appels d'offres. Seules un certain nombre de mesures nouvelles internes à l'AP-HP, notamment des mises aux normes en matière de sécurité, ont définitivement été adoptées. Les autres actions seront confirmées ou non en fonction du résultat global de la négociation relative à l'EPRD 2008 avec le conseil de tutelle.

Au final, les trois éléments à retenir portent sur :

- un réel effort destiné à augmenter l'activité clinique malgré les contraintes résultant de la difficulté de recrutement de personnel spécialisé et d'organisation ;
- un objectif important de maîtrise des coûts qu'il conviendra de poursuivre avec la prise en compte des tarifs pour l'année 2008 ;
- le maintien de l'intégralité des investissements figurant au plan stratégique malgré quelques aménagements concernant le canevas de travail.

La première version de l'EPRD 2008 s'avère bâtie sur cet équilibre volontariste mais fragile, conclut M. LECLERCQ.

II- Dispositif de la formation médicale continue à l'AP-HP.

En propos liminaire, le **président** se félicite que la formation médicale continue (FMC) bénéficie des compétences de M. GALANAUD, président du comité d'orientation de la formation médicale continue (COFMC), lequel possède les qualités requises pour coordonner le dispositif de la FMC. La tâche s'avère difficile car il s'agit de concilier le financement des besoins en FMC, obligation légale de l'ensemble des praticiens de l'AP-HP, et des séjours de recherche à l'étranger notamment. Aussi, lui semble-t-il indispensable que la CME s'approprie la FMC, s'informe des possibilités offertes et encourage les collègues à en bénéficier.

Il convient d'améliorer la transparence en matière de FMC et la connaissance du dispositif par ses bénéficiaires, la commission vie hospitalière de la CME conservant sa place en tant qu'interface.

En charge depuis deux mois de cette mission, **M. GALANAUD** se propose de présenter les fruits des travaux réalisés en commun avec M. PEURICHARD et ses collaborateurs (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

- Les enjeux.

La FMC comprend :

- des enjeux de nature réglementaire :
 - assumer l'obligation de formation d'employeur de l'AP-HP,
 - faciliter la validation de la FMC pour les praticiens ;

- des enjeux d'acquisition de connaissances et de savoir-faire :
 - la mise à jour des connaissances professionnelles,
 - l'adaptation à l'évolution des pratiques médicales et de la gouvernance hospitalière ;
- une dimension stratégique :
 - la qualité de la prise en charge,
 - la fidélisation des personnels médicaux,
 - le renouvellement des élites.

- Le comité d'orientation de la formation médicale continue (COFMC).

Les missions de ce comité, créé pour succéder à la commission de la formation continue des médecins, consisteront à :

- définir la politique générale institutionnelle et les orientations de la FMC ;
- décider des attributions des aides financières personnalisées ;
- étudier à la demande de la CME ou du conseil exécutif toutes les questions relatives à la FMC.

Les objectifs du COFMC visent à :

- obtenir l'agrément de l'AP-HP pour la FMC ;
- proposer des formations d'excellence en s'appuyant sur les forces de l'institution ;
- répondre aux besoins des praticiens obligés de valider un certain nombre d'actions dans le cadre de la FMC, et de l'institution.

Après avoir décliné la composition et l'organisation en commissions du COFMC, l'orateur détaille les différents champs de la FMC :

- les situations professionnelles formatrices et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- les formations individuelles et à distance fondées sur les abonnements en ligne, un outil de travail précieux ;
- les formations présentielle réalisées au sein de l'AP-HP (environ 45 % des journées de formation) et en actions extérieures ; leur nombre de jours enregistre une progression de 20 % en 2007 et le plan de formation pour l'année 2009 mérite d'être redéfini ;
- les aides financières, d'un budget de 340 000 euros en 2007, couvrent d'une part les congrès, volet dont l'objectif consiste à donner une meilleure visibilité à l'appel d'offres, à revoir les règles d'attribution et à les faire connaître, d'autre part les études, essentiellement des DU, et enfin les séjours, ce volet contribuant à assurer la fidélisation des jeunes talents, l'avenir et le renouvellement des élites.

La FMC se situe au cœur de nombreux enjeux pour l'institution, conclut M. GALANAUD. Il importe de faciliter la validation de la FMC par ses praticiens en gardant à l'esprit le fait que l'AP-HP ne possède ni la capacité, ni la compétence, pour tout réaliser ; elle peut néanmoins s'appuyer sur un dispositif de qualité et sur un gisement de compétences exceptionnel. Il s'avère nécessaire d'adapter le dispositif et l'offre aux enjeux nouveaux et de mieux le partager avec la communauté médicale. De même, il importe de rapprocher le dispositif de la CME afin d'améliorer l'efficacité de la FMC et de permettre à cette dernière de jouer son rôle dans la stratégie de l'AP-HP en se positionnant au sein des priorités institutionnelles.

A l'issue de l'exposé, le débat s'engage.

M. DRU relève que l'institution consacre moins de 0,5 % de sa masse salariale à la FMC ce qui est très en dessous du pourcentage consacré à la formation continue du personnel non médical. Si, de plus, il est demandé au praticien une communication acceptée au congrès, pour y participer, il sera difficile aux médecins de certaines spécialités médicales en pénurie d'effectifs de participer aux enseignements post-universitaires. L'activité clinique importante ne permet pas toujours, dans ces conditions d'exercice, un temps consacré à la recherche clinique. Or, l'amélioration des pratiques médicales et donc de la qualité de la prise en charge des patients passent par une formation médicale continue correcte et donc nécessitent des moyens financiers.

Selon le **président**, l'un des problèmes de ce dispositif consiste à trouver un équilibre, qui pourra s'atteindre grâce au travail de la commission vie hospitalière, entre les actions de FMC permettant d'aider les praticiens dans leur pratique médicale et le financement de séjours de collègues à l'étranger.

La FMC constituant une obligation pour les praticiens hospitaliers, il apparaît impératif à **M. DASSIER** qu'ils puissent assister à des congrès reconnus au niveau scientifique. Participer à une démarche de FMC implique du temps et des moyens financiers. Ces derniers ne suivent pas, selon lui, tandis que la cotisation patronale en matière de FMC stagne entre 0,75 % et 1 % de la masse salariale des praticiens hospitaliers. Aussi insiste-t-il sur l'inquiétude des praticiens hospitaliers concernant l'acquisition dans les cinq ans des points nécessaires à l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles des médecins.

Par ailleurs, si l'AP-HP souhaite délivrer la FMC, la financer et la diriger, il existe, du point de vue de M. DASSIER, un mélange des genres.

En raisonnant sur la base d'une masse salariale constante, précise le **directeur général**, majorer le montant de la cotisation affectée à la formation afin d'en augmenter le budget, aboutirait à limiter le budget consacré aux rémunérations, et donc à diminuer les effectifs. Aussi, se dit-il favorable à la mise en œuvre d'une disposition réglementaire ou législative pour relever le montant de la cotisation patronale.

Par ailleurs, si l'AP-HP devait financer et fournir la FMC et plus généralement la formation professionnelle continue à ses personnels, il importe simplement de veiller au respect de deux principes : la formation doit servir à l'actualisation des connaissances des personnels concernés et permettre le développement personnel de ces derniers. Il s'agit de concilier ces deux approches dans le cadre d'un dispositif de FMC à l'efficacité et au fonctionnement à améliorer.

L'importance de la pépinière des jeunes médecins au sein de l'AP-HP dépendra notamment des aides que leur apportera cette dernière pour réaliser la mobilité d'une année désormais obligatoire, considère **M. GARABEDIAN**, suggérant que la CME réfléchisse à un tel dispositif : l'aide financière en contrepartie de l'engagement du médecin de demeurer à l'AP-HP à l'issue de sa titularisation.

La difficulté consiste, observe le **président**, à trouver un juste équilibre entre l'aide à apporter à la fois aux jeunes collègues en matière de recherche de pointe et de séjour à l'étranger, et aux collègues en besoin d'une remise à niveau de leurs connaissances médicales. Aussi, à travers sa commission vie hospitalière, la CME devra observer avec soin le dispositif de la FMC. A titre personnel, il pense que l'aide aux séjours à l'étranger doit bénéficier uniquement aux jeunes collègues, futurs PU-PH, pour réaliser leur mobilité.

Les instituts de formation initiale contribuent pour une large part à la formation continue des personnels paramédicaux déclare **Mme BRESSAND** qui s'étonne de la non-mise en valeur du rôle réservé aux facultés de médecine dans le dispositif présenté.

Un doyen participera au COFMC informe **M. SCHLEMMER**. L'université devra effectivement jouer un rôle significatif en matière de FMC – AP-HP dont un certain nombre d'actions sont déjà labellisées par l'université Paris VII. Disposé à s'investir dans la mise en place de ce nouveau dispositif relatif à la FMC de l'AP-HP, il pense toutefois que les doyens d'Ile-de-France se concerteront pour une représentation effective de leur collectivité au sein du COFMC.

Au niveau politique et stratégique, il apparaît naturel que l'université joue pleinement son rôle dans le CHU pour les catégories de personnel concernées.

La démarche sur la FMC s'engagera avec les doyens, confirme le **président**, comme en témoigne le fait de l'avoir confiée à M. GALANAUD qui a dirigé une unité INSERM et constitue le lien entre la FMC, la recherche et l'université. Par ailleurs, M. AIGRAIN et lui-même assisteront à la conférence des doyens parisiens du mois d'avril afin d'évoquer entre autres sujets, l'implication de l'université dans le dispositif de FMC.

Le **vice-président** constate pour s'en étonner que l'école de chirurgie, un formidable outil de formation initiale et continue, ne soit jamais incluse dans les dispositifs de FMC bien qu'il l'évoque régulièrement en CME. Près de 5 000 personnes suivent les enseignements dispensés par cette école qui s'insère clairement dans le dispositif de formation et qui devrait encore se développer à l'avenir sous la responsabilité de son nouveau directeur.

Le **président** invite M. PEURICHARD à prendre en compte cet élément.

III- Nouvelles règles de gestion du personnel de recherche à l'AP-HP.

A titre introductif, **M. FAGON** justifie l'inscription de ce thème à l'ordre du jour par la transformation considérable des métiers de la recherche depuis une dizaine d'années et de la nécessité de professionnaliser ces métiers, notamment les attachés de recherche clinique (ARC) et les techniciens d'études cliniques (TEC). Face à une concurrence extérieure, il convient de reconnaître ces métiers afin de fidéliser les personnels à l'AP-HP et étoffer les équipes intervenant dans le domaine de la recherche en support des investigateurs.

Mme FOURRIER indique que la réforme des emplois de la recherche initiée en avril 2007 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) fait suite à la circulaire ministérielle du 26 mai 2005 laquelle précise « Le développement de la recherche à l'hôpital constitue un impératif dont dépend la poursuite des avancées diagnostiques et thérapeutiques. Il implique la professionnalisation de la recherche ainsi que la mise en place d'une organisation renouvelée ».

L'AP-HP s'est inscrite dans cette démarche avec dynamisme. Les responsables des unités de recherche clinique (URC), créées en 2002 au sein de l'AP-HP, avaient mené une réflexion sur les métiers d'appui à la recherche et aidé à la définition d'un nouveau cadre de recrutement et de gestion des personnels concernés. L'objectif consistait à pérenniser un certain nombre de postes afin de disposer d'équipes durables sur lesquelles les investigateurs de l'AP-HP peuvent s'appuyer.

- La structure pérenne.

Mme FOURRIER décrit les étapes successives engagées par le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) pour instaurer la structure pérenne :

- le recensement des fonds pérennes attribués à l'AP-HP pour la recherche clinique ;
- l'identification d'un tableau des emplois concernés destiné à supporter les emplois des structures de recherche et la ventilation des personnels dans ces structures ;
- la définition de règles de gestion pour l'ensemble de ces personnels pérennes pour répondre à l'exigence :
 - de la professionnalisation de la recherche,
 - de la pérennisation des personnels,
 - de l'harmonisation entre l'ensemble des personnels fondée sur la reconnaissance des différents métiers de la recherche,
 - de la revalorisation des personnels ;
- la validation des règles de gestion le 2 avril 2007 par le département du statut de la direction du personnel et des relations sociales, ainsi que par le contrôleur financier sur la base de :
 - six niveaux d'embauche,
 - la possibilité d'un contrat à durée indéterminée (CDI) au bout de trois ans,
 - l'application d'une grille de rémunération en référence aux grilles de rémunération de la fonction publique hospitalière ;
- la mise en œuvre de la démarche avec :
 - le reclassement des personnes déjà en poste,
 - le recrutement de nouveaux personnels en application des nouvelles règles de gestion.

Au final, les bénéfices de cette nouvelle structure pérenne s'observent dans la structuration de la recherche à l'AP-HP qui a permis de fidéliser un certain nombre d'ARC et de TEC, de renforcer le soutien aux innovations thérapeutiques coûteuses et les tumorothèques et les centres d'investigation biologique.

- La structure non pérenne.

Une part importante des personnels restera recrutée sur la base de fonds non pérennes alloués à la recherche clinique sur appels à projet. Le financement des emplois non pérennes vient principalement des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) et des soutiens thérapeutiques aux innovations cliniques (STIC). En 2007, leurs montants respectifs s'élevaient à 16,843 millions d'euros et à 5,677 millions d'euros, ils progresseront à l'avenir car le ministère compte augmenter la part variable des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) correspondant aux appels d'offres, au détriment du socle fixe.

Au 31 janvier 2008, environ 500 personnels non médicaux et 50 personnels médicaux étaient rémunérés sur les crédits alloués aux projets, recrutés sur contrats à durée déterminée (CDD) selon les mêmes règles que celles appliquées aux personnels pérennes et répartis de manière relativement équilibrée sur les quatre groupements hospitaliers universitaires.

Le **président** engage le débat en soulignant l'ampleur du travail réalisé par le DRCD concernant ce sujet majeur.

Selon **M. FOURNIER** la mise en place et le développement des structures de recherche clinique constituent un succès, renforcent le poids de l'AP-HP et permettent de dégager une vision au-delà du court terme caractérisant les crédits non pérennes. Le lien réalisé entre le volet hospitalier et le volet universitaire contribue à améliorer la recherche clinique au sein de l'institution. Tandis qu'il se félicite de cet effort de structuration à poursuivre, notamment dans le cadre de la réforme des MERRI, il se demande si les 272 emplois pérennes suffisent au regard des besoins de l'AP-HP.

Ce chiffre résulte d'une négociation répond **Mme FOURRIER**, le contrôleur financier et la direction des finances ayant considéré impossible de procéder à des recrutements non couverts par des crédits pérennes. A l'avenir, on peut envisager d'augmenter le nombre de ces postes pérennes, notamment ceux au sein des services d'appui à la recherche (plateaux médico-techniques en biologie, imagerie, exploration fonctionnelle et pharmacie).

Au regard des rémunérations proposées, le **vice-président** fait valoir la pertinence de s'assurer de la réalité de la fidélisation des personnes concernées, aussi il requiert une information régulière devant la CME sur le taux de maintien dans leur poste de ces agents.

De même, au-delà du soutien apporté par ces personnels aux URC, il convient d'aider désormais dans un cadre pérenne les centres d'investigation clinique (CIC) et les centres d'investigation biologique (CIB). Le DRCD doit procéder à un véritable rééquilibrage des URC vers les CIC et les CIB.

M. FAGON précise que 800 personnes participent à l'activité de recherche clinique. On peut continuer à en recruter. Cependant, il devient désormais nécessaire de trouver sur les sites des locaux disponibles pour les accueillir, au risque de bloquer la progression de la recherche clinique à l'AP-HP.

Il faut en effet, déclare **Mme FOURRIER**, régler la question des locaux pour les URC dont les personnels sont confrontés à un véritable problème identitaire car ils dépendent du tableau des emplois du DRCD, sont physiquement déconcentrés sans pour autant être des personnels hospitaliers.

M. LEVERGE rappelle ses deux interventions devant la CME en 2003 sur l'allocation des ressources et les contrats conclus entre la fédération hospitalière de France (FHF), les entreprises du médicament (LEEM) et les directeurs généraux de CHU.

Le code de la santé publique prévoyant un dispositif particulier sur les médicaments et les produits de santé relatifs aux essais cliniques, on avait dénombré à cette période, 2 266 essais cliniques promus par l'industrie pharmaceutique.

La législation obligeant à détenir, dispenser et tracer les produits utilisés dans les unités cliniques, ce contexte engendre un surcoût très important non mentionné aujourd'hui, tandis que les vingt trois pharmacies à usage interne (PUI) n'ont obtenu aucune aide pour mener cette activité. Depuis trois ans, tous les organismes de contrôle des essais cliniques vérifient dans les PUI la qualité des essais réalisés. Or, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), les pharmaciens décideront prochainement de ne plus s'impliquer sans disposer des moyens correspondants. Il conviendrait de financer environ un TEC par PUI car dans le cas contraire, la démarche de recherche clinique au sein de l'AP-HP s'arrêterait. A l'heure actuelle, les syndicats négocient avec les LEEM l'obtention d'une participation limitant les dépenses de l'AP-HP au profit d'institutions privées.

La situation n'ayant pas évolué depuis 2003, M. LEVERGE informera par écrit le président de la CME et le directeur général de la position que les PUI prendront.

Si le DRCD s'intéresse à la gestion pharmaceutique, il constitue avant tout un promoteur AP-HP au sein des hôpitaux, soumis à une obligation réglementaire en termes de monitoring et de qualité des essais, déclare **Mme FOURRIER**, laquelle a mentionné dans sa présentation la sous-dotation des services d'appui à la recherche.

Concernant les PUI, il convient de distinguer la problématique relative aux essais industriels, notamment le fléchage des surcoûts induits par ces essais, de celle des essais institutionnels conduits dans l'unité de gestion pharmaceutiques des essais cliniques institutionnels (UGEI) située à l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Le DRCD apporte une aide, certes insuffisante, de 700 000 euros chaque année à cette unité pour financer un certain nombre de postes. Une demande de moyens supplémentaires d'un montant de 800 000 euros a été déposée à la DHOS dans le cadre du rapport d'évaluation 2007 de la direction interrégionale à la recherche clinique (DIRC) d'Ile-de-France, afin d'aider l'UGEI à réaliser des essais de plus en plus complexes. De plus, 85 % des essais étant multicentriques, ils induisent une lourde charge logistique.

Outre cette demande de financement complémentaire, le DRCD imagine des organisations visant à alléger la charge de travail, notamment en sous-traitant davantage ou en redéfinissant la répartition des charges entre l'AGEPS et les PUI. Une telle démarche prendra certes du temps mais ces sujets figurent parmi les préoccupations actuelles du DRCD, assure Mme FOURRIER.

S'il comprend que les essais multicentriques institutionnels promus par les sociétés savantes ou par l'AP-HP soient gérés de manière centralisée par l'AGEPS, **M. LEVERGE** déclare que sa remarque porte sur les 2 000 ou 3 000 essais promus par l'industrie et engendrant un manque à gagner de 30 % ou 40 % pour l'AP-HP du fait des surcoûts que les LEEM ne veulent pas prendre en charge. Il se propose d'expliquer au directeur financier les éléments utiles à négocier afin de retrouver l'équilibre financier sur ces questions. Pour autant, sa position ne remet pas en cause la stratégie de l'AGEPS.

Il convient de s'interroger sur le financement global des essais thérapeutiques par l'industrie pharmaceutique, observe **M. FAGON**, lequel financement permet de couvrir les surcoûts hospitaliers (investigateurs, URC...) et devrait également supporter le travail réalisé par les PUI dont l'activité, rappelle **M. LEVERGE**, est obligatoire puisque prévue par le code de la santé publique, contrôlée par le préfet et objet d'autorisations. On se trouve donc dans un cadre transparent permettant de vérifier la conformité de l'essai.

La réflexion au sein de la commission cancer vise désormais à disposer des techniciens d'étude clinique au plus près des services, indique **M. LACAU ST GUILY**. En effet, on possède un énorme potentiel en matière de recherche clinique susceptible d'engendrer des ressources importantes pour l'AP-HP dans le cadre de la valorisation des activités. Aussi, la présence de techniciens d'étude clinique chargés de participer à la logistique de ces activités constituerait un investissement certes compliqué à gérer, mais essentiel pour progresser.

M. ABDOUN signale le cas d'un ARC senior proposé en contrat d'ARC junior du fait de la volonté de l'investigateur ; en outre, six mois plus tard, la personne concernée n'a pas encore signé son contrat. S'agissant de la possibilité d'intégrer des agents par la voie du concours, il demande si les agents en CDD pourront se présenter au concours interne.

Mme FOURRIER répond que deux niveaux de recrutement sont prévus :

- ARC junior, correspondant à des personnes sans expérience ;
- ARC senior, correspondant à des personnes ayant trois ans au moins d'expérience.

Il est possible de recruter un salarié directement sur un poste de senior si la reprise d'ancienneté le permet. Quant au cas signalé, il convient d'en vérifier les particularités.

Du point de vue de **M. ALVAREZ**, la recherche clinique correspond aux URC, aux CIC et aux CIB, mais aussi aux laboratoires souvent sollicités pour élaborer une technique de dosage d'un nouveau médicament. On ne parvient pas à pérenniser des emplois de techniciens chargés de la recherche au sein des laboratoires, recrutés en CDD d'un an et qui quittent leur poste à terme alors que leur formation à ces activités spécialisées a nécessité deux ou trois mois.

Mme FOURRIER fait savoir que de nombreux investigateurs lui indiquent fidéliser leur personnel au travers d'associations de service, le seul moyen dont ils disposent. On doit donc réussir à changer ce système qui consiste pour chaque essai à promotion industrielle, à faire l'objet d'une enveloppe prédéterminée dont une partie est déclarée officiellement au titre de recette budgétaire, une autre partie versée à une association afin de recruter du personnel. L'un des moyens pour régulariser la situation consisterait à proposer aux investigateurs de verser sur des comptes de recettes affectées (RAF) tout ou partie des sommes aujourd'hui perçues sous forme d'honoraires. Ces recettes affectées seraient gérées dans un cadre pluriannuel, conformément à la réglementation, et permettraient de recruter les personnels nécessaires.

Le **président** constate le changement de mentalité car dans le passé, les associations étaient elles-mêmes des promoteurs. La situation évoluant vers une plus grande transparence, il félicite le DRCD d'en donner les moyens. Il lui paraît important que la commission stratégie et recherche s'empare de ce dossier et engage la réflexion, dès après la nomination le 1^{er} avril du nouveau directeur du DRCD, et avec la participation de la direction des finances.

IV- Plan efficience.

Le **directeur général** expose les éléments de contexte exigeant d'améliorer l'efficience de l'AP-HP et les champs d'actions identifiés pour engager la démarche (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Depuis plusieurs mois, sont évoquées en CME les conséquences de la tarification à l'activité et de la rationalisation progressive des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et des MERRI.

La situation révèle un écart de convergence de 240 à 250 millions d'euros entre les recettes de l'AP-HP au titre de son activité clinique et de ses missions d'intérêt général, et les dépenses. La décision du gouvernement de mettre en œuvre une T2A à 100 % dès 2008, assortie d'un lissage de l'écart de convergence sur cinq ans, rend cette question plus cruciale.

Un groupe de travail réunissant des médecins et des gestionnaires a recherché les moyens d'améliorer l'efficience de l'AP-HP, concept qui intègre un volet qualitatif, un volet quantitatif et un volet relatif à la consommation des ressources. Présentées au conseil exécutif, les préconisations préfigurent le présent plan efficience, reposant sur vingt-six pistes de travail, regroupées sous quatre rubriques.

La première correspond aux actions d'optimisation, de refonte de procédés ou d'organisations administratives et logistiques. La logique consiste à poursuivre et amplifier les politiques de mutualisation selon un principe de compétences. Ce chapitre couvre également l'optimisation de la fonction achat et la réorganisation du siège.

La deuxième s'applique à l'optimisation des moyens de production de soins, la troisième comprend des propositions prospectives visant à assurer la croissance de l'activité clinique, enfin la quatrième porte sur le développement et la valorisation des actions dans le domaine de l'enseignement et de la recherche.

- Le niveau de transformation.

Se pose la question d'un simple ajustement d'un certain nombre d'éléments ou de la mise en œuvre de véritables ruptures.

La taille critique

Il importe de rechercher systématiquement la taille critique au niveau des fonctions administratives, techniques, médicales ou médico-techniques, en mettant en œuvre une gestion commune des lits et des équipes de personnels au sein des pôles ou des hôpitaux, mais aussi en examinant la possibilité de groupements hospitaliers.

La refonte des activités support et du siège

La refonte des activités support et du siège vise à accroître la contribution de ce dernier à l'efficience au niveau économique dans le cadre de la gestion des moyens et au niveau de l'efficacité, en distinguant :

- les fonctions stratégiques relevant du siège ;
- les fonctions techniques ;
- les fonctions à déconcentrer vers les hôpitaux ou au contraire à reconcentrer sur le siège.

M. LECLERCQ informera régulièrement l'instance de la réforme du siège couvrant des aspects fonctionnels, stratégiques, techniques et immobiliers importants, lequel siège compte 5 % des dépenses de l'AP-HP, regroupe 1 400 personnes réparties sur vingt sites. Les réflexions à mener concernent notamment le regroupement des deux plates-formes informatiques sur un seul site pour un fonctionnement plus efficace, et la centralisation à terme des archives en papier.

L'excellence opérationnelle

L'excellence opérationnelle s'attache à l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires ou des consultations, à la refonte de certaines activités engendrant le regroupement de sites de chirurgie, d'imagerie, de biologie, de logistique ou d'administration.

Les capacités de développement

Ce principe vise clairement à mettre en œuvre une stratégie régionale offensive en terme de reprise d'activités de soins.

Le développement de la recherche

L'exposé sur la recherche, dans le point précédent de l'ordre du jour, a signifié l'ampleur des moyens qu'y consacre l'AP-HP et les résultats obtenus. SIGAPS démontre que cette dernière occupe le premier rang de producteur de publications médicales en France. Le développement de la recherche constitue un des facteurs de progrès de l'AP-HP et un des éléments justifiant l'existence de l'unicité de celle-ci.

- La conclusion.

Il importe de mener en cohérence la réflexion relative à l'EPRD 2008, au plan d'efficience et au plan stratégique lequel devrait entrer en application au 1^{er} janvier 2010 et qui concerne quatre axes de réflexion : l'analyse de la demande de soins ; la structuration de l'offre de soins, d'enseignement et de recherche ; l'organisation des soins ; la politique des ressources médicales. La réflexion va se poursuivre avec la CME, le conseil exécutif, l'ensemble des partenaires de l'AP-HP et fera régulièrement l'objet d'une présentation de sa progression devant l'instance.

Une information a été réalisée devant le comité technique d'établissement (CTE) et se poursuivra dans les autres instances. Le directeur général souhaite que la CME et ses commissions participent activement à cette démarche.

Le **président** ouvre la discussion en insistant sur la volonté de la CME de s'emparer du volet médical de la réflexion relative à l'élaboration d'un plan stratégique pertinent. A cette fin, les quatre axes de réflexion ont été élaborés par plusieurs membres de la CME dont M. AIGRAIN, aux côtés de la direction des finances. Aussi, encourage-t-il les membres de l'instance à participer à la réunion qu'il a évoqué en début de séance, ne doutant pas que chacun souhaite s'impliquer afin de dégager une pensée médicale forte, définie démocratiquement, pour structurer le futur plan stratégique.

Un certain nombre de membres de la CME a participé à des séminaires et à des groupes de travail initiés par M. GUIN et la DPM, confirme le **vice-président**. A ce stade, on retient que cette réflexion aux incidences médico-économiques doit se fonder sur une démarche de la qualité des soins, de la recherche clinique et de l'enseignement, cadre dans lequel la notion de masse critique qui sous-tend un grand nombre de réflexions, sera mise en œuvre.

Ces différentes pistes se développeront uniquement au prix de l'adhésion du plus grand nombre des personnels médicaux et non médicaux, d'où l'importance d'une part des entretiens actuels entre le président de la CME et les comités d'orientation (CODOR) et d'autre part de la communication de la CME en destination des différents hôpitaux. Chacun doit se saisir du dossier en gardant en tête les impératifs d'amélioration de la qualité des soins, de la recherche clinique et des possibilités académiques.

Il apparaît indispensable à **M. LYON-CAEN**, qui préside avec M. DELPECH la commission stratégie et recherche, que la pensée médicale et celle de l'administration se rejoignent dans le cadre des travaux de cette commission. Si le directeur général a parlé d'ajustement, d'accélération et de rupture, il évoque pour sa part le terme de résistance au changement, tant du côté médical que du côté administratif. A ses yeux, les enjeux s'avèrent considérables puisqu'ils regardent les modes de pensée et l'organisation des soins publics.

Ces commentaires confortent le **directeur général** dans l'action qu'il souhaite conduire avec la CME, ses commissions et le conseil exécutif, conscient néanmoins qu'on devra faire face à des résistances. Chacun à son niveau, en sa qualité de dirigeant, préparera les décisions en concertation avec les représentants des professions médicales, des professions soignantes et avec les organisations syndicales. On assumera ensemble les décisions prises et qui provoqueront sans doute de fortes résistances. Dans ce cadre, la détermination de M. LECLERCQ ne se limitera pas à de petits ajustements. De plus, il a obtenu l'assistance des autorités de tutelle dans cette démarche d'efficience, soutien programmé sur trois ans afin de laisser l'AP-HP travailler sereinement. Seul ce soutien des autorités permettra de vaincre les résistances internes ou externes qui pourront apparaître. Il lui reviendra de vérifier que la politique d'efficience élaborée pour le compte de l'AP-HP se révélera compatible avec les orientations définies au niveau national, dans le cadre des valeurs du service public hospitalier.

Pour avoir participé à ces séminaires, **M. FOURNIER** signale qu'une des difficultés majeures consiste à communiquer sur le poids des enjeux. Une grande partie de la résistance sera vaincue si on parvient à définir les enjeux aux différents échelons, et surtout à les faire comprendre aux niveaux les plus élevés (l'hôpital, le GHU, ...). Selon lui, les problèmes les plus importants à traiter se situent à l'échelon central, à celui des GHU, et concerneront également les sujets transversaux. Il importe donc de définir plus clairement les enjeux lesquels doivent, selon l'intervenant, dépasser le caractère financier afin d'intéresser l'ensemble des collègues. En outre, à l'occasion de ces séminaires, on a éprouvé des difficultés à comprendre l'articulation entre le plan efficience et le plan stratégique, aussi ce point mérite des précisions.

Il importe assurément de prendre en compte les différents niveaux d'intervention déclare le **directeur général**. A cet égard, se poursuivra en conseil exécutif la tâche initiée afin de définir pour chacune des vingt-six pistes de travail l'impact attendu, le degré de faisabilité, l'investissement et le temps nécessaire à leur mise en œuvre, ainsi que les progrès pressentis en terme d'efficacité (le coût, l'efficience, la qualité, ...), afin de prioriser les actions dans le temps.

Par ailleurs, l'articulation entre le plan efficacité et le futur plan stratégique constitue en effet un sujet délicat, aussi on engagera le plan efficacité avant de définir le plan stratégique, lequel se situera dans la continuité du précédent plan. Le conseil exécutif, le comité de direction et la CME se montreront particulièrement attentifs aux éléments de la politique d'efficacité susceptibles d'impacter les orientations du plan stratégique, et vérifieront que les orientations du plan stratégique s'inscrivent dans le cadre de la politique d'efficacité. La démarche officielle relative au plan stratégique débutera au second semestre 2008, informe M. LECLERCQ, cependant dès à présent, chaque réunion de commission ou de direction doit offrir l'occasion de réfléchir à des orientations stratégiques, il restera ensuite à établir la méthode de travail.

M. SCHLEMMER souligne le caractère capital des orientations stratégiques dessinées car au sein du CHU les grandes orientations universitaires et hospitalières doivent être arrêtées en cohérence. Le rythme annuel et l'ordre du jour des conférences stratégiques hospitalo-universitaires semblent insuffisants pour faire émerger des axes attendus, ces réunions permettant simplement de décider des promotions aux emplois universitaires. Aussi, préconise-t-il l'organisation régulière de réunions stratégiques au sein des GHU pour mener une réflexion à moyen et long terme. De telles réunions s'attacheraient en fonction d'objectifs hospitaliers et universitaires à préciser le devenir des disciplines et des activités, le parcours des jeunes médecins, la structuration des équipes.

Le **président** se réjouit de la proposition de collaborer avec les directeurs d'UFR afin de définir des référentiels stratégiques pour agir de manière sereine devant les décisions à prendre concernant les chefferies de service, les masses critiques ou les emplois.

Les personnes soucieuses d'améliorer la qualité des soins dans les différents établissements ne peuvent qu'adhérer au propos de doter l'AP-HP d'une véritable stratégie et de se donner les moyens de réaliser une démarche de fond, avise **M. CARLI**, convaincu de la nécessité d'accélérer les choses. Cependant, les stratégies exigent des tactiques car des difficultés apparaissent lors de l'application des plans, même les plus ambitieux. Les CCM et les CEL étant en première ligne pour appliquer ces mesures stratégiques, les présidents de CCM souhaiteraient être associés en amont à la démarche afin d'en juger rapidement l'impact, de préparer sa mise en œuvre et de favoriser les chances de succès.

Le **directeur général** retient la notion fondamentale de l'utilité d'accélérer les choses. Il reste favorable à une contribution participative des présidents de CCM dans le cadre d'une réunion sur la base des questions posées par ceux-ci sur la mise en œuvre d'une politique d'efficacité et du plan stratégique, pour s'assurer que les décisions prises pourront s'appliquer. M. LECLERCQ souhaite étendre le travail de concertation engagé avec les CODOR lesquels, également doivent contribuer à cette réflexion.

Associer les présidents de CCM à la réflexion mérite de structurer et de communiquer sur la démarche, observe le **président**.

Après avoir indiqué que la commission stratégie et recherche, ouverte à l'ensemble des membres de la CME, se réunit chaque jeudi de 17 heures à 19 heures, **M. LYON-CAEN** souligne la nécessité d'ordonner la démarche afin d'éviter les redondances et multiplier les réunions.

M. FAYE s'interroge sur la manière d'articuler le plan efficacité correspondant à un plan de restructuration interne pris sous la contrainte financière et le plan stratégique élaboré en tenant compte de la concurrence, des points forts et des points faibles de l'institution et qui cherche à ne pas remettre en cause ce qui fonctionne.

Le **directeur général** répond avoir mentionné le plan stratégique dans sa présentation afin de mettre en lumière la continuité entre la politique d'efficacité et la culture relative au plan stratégique. Cependant, il ne partage pas la vision d'un plan d'efficacité placé uniquement sous la contrainte financière. En effet, l'AP-HP doit appliquer un objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement dont 10 % du volet relatif à l'hôpital public sont consacrés à l'institution, somme que la collectivité a confié à cette dernière pour soigner les patients.

En outre, M. LECLERCQ souligne que le passage de la convergence à l'efficacité signifie également la volonté de l'AP-HP de remettre la qualité et le patient au centre du débat. Certains regroupements porteurs au niveau économique s'avèrent positifs en termes de qualité de la prise en charge, de compétences des personnels et de moyens mis à la disposition des patients. Il rappelle à ce sujet son souhait de poursuivre à un niveau plus élevé le plan d'investissement en particulier concernant les matériels médicaux. La politique d'efficacité vise à poursuivre la convergence et à renforcer l'attractivité de l'AP-HP conformément à l'objectif fixé dans le plan stratégique actuellement en œuvre. S'agissant de l'articulation entre la politique d'efficacité et le plan stratégique, on doit intégrer la démarche stratégique lorsqu'on travaille à définir la politique d'efficacité. A ses yeux, il n'existe aucune contradiction entre la politique d'efficacité et le plan stratégique.

V- Plan Alzheimer.

La parole est donnée à **Mme PULVENIS** pour présenter le plan national Alzheimer et préciser la position de l'AP-HP pour y répondre de manière ambitieuse et efficace (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

- L'offre actuelle de l'AP-HP.

Aujourd'hui, l'AP-HP prend en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer par une offre ambulatoire organisée sur :

- un niveau de proximité avec dix-neuf consultations mémoire, soit près de la moitié de l'offre en Ile-de-France ;
- un niveau d'expertise et de recours avec deux centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR) situés l'un à la Pitié-Salpêtrière et Broca, l'autre à Lariboisière et comprend une consultation de recours à Avicenne.

Ces centres permettent 26 000 consultations spécialisées par an. Les CMRR assurent la coordination du réseau francilien des 44 consultations mémoire. L'AP-HP dispose aussi d'une offre diversifiée en hospitalisation complète en court séjour et en soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques, en soins de longue durée (SLD) et en unités spécifiques dédiées, qui accueillent 17 000 patients chaque année.

- Les grands axes du plan Alzheimer.

Fondé sur trois axes :

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants ;
- connaître pour agir ;

- se mobiliser pour un enjeu de société,

le plan quinquennal est financé à hauteur de 1,6 milliard d'euros, soit 0,2 milliard pour le sanitaire, 0,2 milliard pour la recherche, 1,2 milliard pour le médico-social, et fera l'objet d'une évaluation régulière sur la base d'indicateurs précis.

Puis Mme PULVENIS détaille :

- le soutien aux patients et aux aidants ;
- le renforcement du maintien à domicile ;
- le diagnostic et le parcours de soins ;
- l'accueil en établissement ;
- la compétence et la formation des professionnels ;
- la recherche ;
- l'information du grand public ;
- la réflexion éthique.

- Les modalités de mise en œuvre du plan à l'AP-HP.

Une commission Alzheimer (CAAP) sera installée au sein de l'AP-HP, co-présidée par MM. FAGON et BOURDILLON et se réunira pour la première fois le 18 mars. Les enjeux pour l'AP-HP consisteront :

- à répondre de manière dynamique aux ambitions du plan national Alzheimer, notamment en comptant parmi les premiers CHU à répondre aux appels d'offres en matière de recherche. A l'heure actuelle, 29 % des publications sur ce sujet sont parisiennes, aussi, l'AP-HP disposant des atouts pour réussir, doit gagner au moins un tiers des appels d'offres ;
- à poursuivre la structuration de l'offre de l'AP-HP :
 - en déployant deux CMRR,
 - en créant un institut Alzheimer en lien avec l'ICM à la Pitié-Salpêtrière,
 - en renforçant ses consultations de proximité,
 - en développant des unités spécialisées de crise au sein des services,
 - en poursuivant la démarche de lien entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- à participer au débat public, un domaine où l'AP-HP se révèle en pointe.

Le **vice-président** engage la discussion en soulignant l'importance des enjeux en terme de santé publique et pour l'institution.

Si l'élément le plus important selon **M. SEBBANE** correspond à l'offre de soins destinée aux patients âgés présentant des troubles mnésiques, le parcours du patient âgé atteint de la maladie d'Alzheimer constitue un enjeu majeur. Ainsi, l'AP-HP devra s'interroger sur la prise en charge de ces patients dans le cadre de la T2A relative aux SSR. De même, le volet portant sur les SLD s'avère crucial.

En outre, conscient des difficultés éprouvées pour la prise en charge dans les structures médico-sociales des malades d'Alzheimer souffrant d'autres pathologies, on devra tisser des liens avec d'autres structures afin d'assurer la fluidité du parcours de ces patients dans le respect de l'éthique et dans la prise en compte des obstacles rencontrés par les aidants. L'AP-HP devra s'investir dans le plan Alzheimer, jouer pleinement son rôle dans cette démarche qui nécessitera des moyens, conclut M. SEBBANE.

Une étude menée par la discipline révèle un nombre insuffisant de personnels dans les unités de crise Alzheimer, déclare **Mme MAUGOURD**, or ces patients souffrant de troubles du comportement nécessitent la présence permanente à proximité de personnels soignants.

M. RYMER évoque la création voici un an au sein du groupe hospitalier Lariboisière Fernand Widal d'un CMRR, lequel ne dispose pas à l'heure actuelle des moyens pour fonctionner. Il remplit sa mission uniquement grâce à l'aide du doyen, aussi demande-t-il que les moyens promis soient effectivement accordés, et les engagements pris respectés.

L'AP-HP a obtenu 250 000 euros l'an passé, précise **Mme PULVENIS** pour l'ensemble de l'institution (non fléchés pour le CMRR nord). Ces crédits insuffisants par rapport aux besoins ont été répartis de la manière qui semblait la plus adaptée et un poste de personnel non-médical a pu être octroyé au CMMRR nord dans ce cadre. On peut espérer une situation plus favorable à l'avenir car il est prévu d'attribuer des crédits fléchés pour les consultations mémoire et les CMRR, lesquels crédits seront répartis sur des bases objectives d'activité et de moyens. Elle se dit en accord avec la nécessité de déployer le CMRR nord, objet d'une labellisation que l'AP-HP a obtenu après des discussions approfondies avec l'ARH.

VI- Avis sur la candidature des centres de compétence maladies rares de l'AP-HP.

Mme SAUVAGNAC indique que la désignation des centres de compétences maladies rares constitue le dernier volet de l'organisation de la filière de soins (cf. document mis en ligne sur le site internet de la CME).

Chaque centre de référence doit désigner des centres de compétence relais afin d'assurer un maillage géographique de son activité de référence. La procédure prévoit qu'après l'approbation par la CME et le conseil d'administration de la liste des centres de compétence proposés par les centres de référence, un cahier des charges et une charte devront être transmis à l'ARH compétente au niveau territorial. Puis elle donne lecture des treize centres de compétence proposés.

La CME émet à l'unanimité un avis favorable à la création des centres de compétence maladies rares.

VII- Avis sur des fiches de pôle d'activité.

M. WEILL rapporte le dossier relatif aux fiches de structures examinées favorablement par la commission des structures.

GHU est

Hospitalisation à domicile

- Pôle 1 : adultes.

- Pôle 2 : mère-enfants.
- Pôle 3 : filières et spécialités.
- Pôle 4 : supports.

Cette organisation vise à améliorer les filières et à assurer un positionnement satisfaisant de l'HAD de l'AP-HP face à d'autres offres.

Hôpital Saint-Antoine

- Pôle 1 : urgences et médecine d'aval généraliste :
 - création d'une UF addictologie.
- Pôle 4 : médecine spécialisée :
 - modification d'intitulé de l'UF d'ORL qui devient UF de consultations ORL et du service d'explorations fonctionnelles neurologiques et respiratoires qui devient service de physiologie.
- Pôle 6 : gynécologie, endocrinologie et obstétrique :
 - modification d'intitulé de l'UF d'orthogénie qui devient l'UF d'orthogénie – planning familial et de l'UF de néonatalogie qui devient UF d'hospitalisation néonatale.
- Pôle 7 : biologie, imagerie :
 - suppression de l'UF de cytogénétique hématologique et oncologique.
- CEL :
 - création d'une UF d'information médicale rattachée au CEL.

GHU ouest

Hôpital Ambroise Paré

- Pôle 4 : biologie, pathologie et produits de santé :
 - rattachement directement au pôle des structures initialement rattachées au CEL :
 - département d'information hospitalière et santé publique (DIH).
 - UF épidémiologie.
 - URC.

Groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul

- Pôle 2 : biologie, pharmacie, pathologie :
 - création de 3 UF au sein du service de pharmacologie clinique du Pr Pons :
 - UF de dosage des médicaments dans les liquides biologiques et aide à la prescription.
 - UF de pharmacologie clinique des médicaments anti-rétroviraux.
 - UF de recherche et conseil en pharmacologie clinique et thérapeutique.

- *Rattachement de 2 UF au pôle :*
 - *UF gestion des risques et qualité.*
 - *UF hygiène hospitalière et lutte contre les infections nosocomiales.*

Celles-ci étaient initialement rattachées au département de santé publique au sein du CEL.

- *modification d'intitulé de 2 UF :*
 - *UF d'oncogénétique rattachée au département de biologie hormonale et métabolique devient UF d'oncogénétique moléculaire.*
 - *UF pharmacovigilance rattachée au service de pharmacologie clinique devient UF pharmacovigilance et information sur les médicaments.*
 - *Pôle 9 : pédiatrie :*
 - *création d'une UF de surveillance continue chirurgicale rattachée au pôle.*
 - *Pôle 10 : périnatalogie, périconceptologie, gynécologie et urologie :*
 - *suppression du service de gynécologie - obstétrique du Pr Tournaire.*
 - *rattachement de son UF d'orthogénie et planning familial au service de gynécologie obstétrique 2 du Pr Chapron.*
 - *création d'une UF de foetopathologie et d'anatomie pathologique pédiatrique rattachée au pôle.*
 - *Pôle 11 : hépato-gastro-entérologie médico chirurgical :*
 - *rattachement des 2 UF directement à ce pôle :*
 - *UF biostatistique et épidémiologie clinique.*
 - *UF information médicale.*
- Celles-ci étaient initialement rattachées au département de santé publique au sein du CEL.*
- *au sein du département des maladies digestives, cancérologie digestive et tumeurs endocrines du Pr Chaussade :*
 - *création d'une UF d'oncogénétique clinique rattachée au département.*

GHU sud

Hôpital Bicêtre

- *Pôle 1 : biologie, pharmacie et produits de santé :*
 - *modification de rattachement de l'UF centre de référence pour le traitement des hémophiles et unité de thérapeutique transfusionnelle du pôle 1 BIOPAS au pôle 5 ITM, rattachement direct au pôle 5 ITM sous l'appellation « UF hématologie clinique ambulatoire ».*
 - *suppression de 2 UF du service de génétique moléculaire, pharmacogénétique et hormonologie :*
 - *UF génétique moléculaire et pharmacogénétique.*

- *UF génétique moléculaire des maladies métaboliques, endocriniennes et de la reproduction.*
- *suppression de 4 UF rattachées au service de pharmacie :*
 - *UF pharmacie en milieu carcéral.*
 - *UF de préparation et de gestion des dispositifs médicaux stériles.*
 - *UF de toxicologie.*
 - *UF de préparation et gestion des médicaments.*
- *modification du nom du pôle 1 : biologie – pharmacie et produits de santé en pôle 1 : biologie, pharmacie, anatomie pathologique, santé publique.*
- *suppression de 2 UF du service d'hématologie et d'immunologie biologiques, cytogénétique, traitement de l'hémophile, thérapie transfusionnelle :*
 - *UF de cytogénomique.*
 - *UF de cytologie, hémostase et immunologie.*
- *Pôle 4 : mère – enfant :*
 - *modification du nom du pôle 4 : mère-enfant en Pôle 4 : adolescent-mère-enfant.*
 - *modification de rattachement de l'UF de rééducation neurologique pédiatrique, directement au pôle.*
 - *modification de rattachement de l'UF d'endocrinologie pédiatrique, directement au pôle.*
 - *création d'un service de gynécologie et d'obstétrique.*

La commission des structures a précisé, observe M. WEILL, que la rédaction de cette dernière fiche de structure ne préjuge pas de la nomination du futur chef de service.

Le **président** demande à l'assemblée d'approuver la structure proposée, fruit d'un long travail, et qui deviendra opérationnelle au début de l'année 2009. Il convient d'engager la démarche de recrutement du chef de service lequel devra être nommé conformément à la procédure fixée par la CME.

Puis M. CORIAT déclare, s'agissant des possibilités de recrutement des candidats exerçant hors de l'unité de formation et de recherche (UFR) concernée par le poste à pourvoir, qu'il a saisi la direction des affaires juridiques et des droits du patient laquelle précise dans sa note annexée au présent compte-rendu, « *En conclusion : la candidature à des fonctions de chef de service dans un CHU de l'AP-HP d'un PU-PH d'une autre UFR que celle auprès de laquelle est rattachée cet hôpital n'est pas recevable sans l'accord du directeur de cette UFR pour la mutation de ce candidat* ».

M. CHERON informe que la collégiale de pédiatrie a apporté son soutien aux vœux de la communauté pédiatrique de Bicêtre, conformément au vote du CCM.

Ce dossier sera instruit, dans le respect de la législation, par la commission temps et effectifs médicaux laquelle entendra tous les avis, conclut **le président**.

- *Pôle 5 : immunopathologie-transplantation-métabolisme :*
 - *création de l'UF de pneumologie, rattachée au service de médecine interne.*

- *modification de rattachement de l'UF centre de référence pour le traitement des hémophiles et unité de thérapeutique transfusionnelle du pôle 1 BIOPAS au pôle 5 ITM, rattachement direct au pôle 5 ITM sous l'appellation « UF hématologie clinique ambulatoire ».*
- *Pôle 7 : cardiologie-urgence-réanimation-gérontologie :*
 - *suppression de 3 UF du service d'accueil des urgences médico-chirurgicales :*
 - *UF d'hospitalisation de courte durée.*
 - *UF médico-chirurgicale d'accueil et de soins.*
 - *UF d'accueil des urgences psychiatriques.*
 - *suppression de 3 UF du service de gérontologie :*
 - *UF de soins de suite et de réadaptation.*
 - *UF de soins de longue durée.*
 - *UF de gériatrie de liaison.*
 - *suppression de 2 UF du service de réanimation médicale :*
 - *UF de réanimation médicale.*
 - *UF de surveillance médicale continue.*
 - *Suppression de 2 UF du service de cardiologie :*
 - *UF d'hospitalisation en cardiologie.*
 - *UF de surveillance continue médicale à orientation cardiologique.*

Groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor

- *Pôle 6 : oncologie transplantation et immunité :*
 - *demande de création d'une unité fonctionnelle d'hémopathies lymphoïdes rattachée directement au pôle.*

M. PETIT signale qu'un certain nombre d'hôpitaux de l'AP-HP ont reçu une note relative à l'affectation des praticiens hospitaliers dans les unités fonctionnelles rattachées à un conseil exécutif local. La note invite les directeurs et les présidents de CCM des onze hôpitaux concernés à ventiler ces unités vers des pôles existants afin de pouvoir y affecter des PH. Ces hôpitaux avaient choisi de rattacher les UF au conseil exécutif en raison de leurs missions transversales, de leur position stratégique de soutien à la politique du conseil exécutif local, enfin de leurs liens forts avec les directions fonctionnelles.

Dans ce contexte, M. PETIT souhaite que la CME et la DPM examinent d'autres solutions que la ventilation artificielle de ces UF dans les pôles. Il propose trois solutions :

- regrouper ces UF dans un pôle de soutien au conseil exécutif local ;
- conserver un lien entre ces UF et les directions fonctionnelles avec lesquelles elles travaillent en créant un pôle médico-administratif ;
- dissocier l'affectation du PH de son lieu d'exercice, solution simple adoptée à l'hôpital Saint-Antoine.

L'idée d'un pôle médico-administratif est étudiée à l'hôpital Necker – enfants malades, avise **M. CARLI**, estimant cohérent de réunir les médecins travaillant sur les projets informatiques, appliquant les réglementations, développant la recherche clinique, et les équipes transversales support.

M. LAJONCHERE rejoint cette dernière proposition, même si elle n'est pas simple à mettre en œuvre au niveau administratif. Une autre solution pourrait consister à procéder à des affectations pour ordre, comme proposé par M. PETIT.

Exerçant des activités transversales en relation avec l'administration, **Mme VIDAL-TRECAN** pense que la création d'un pôle médico-administratif représente une piste intéressante contrairement à la solution préconisant la nomination d'un praticien hospitalier dans un pôle autre que celui d'exercice, à la condition qu'une solution soit trouvée pour l'affectation de praticiens hospitaliers dans ces pôles.

Pour le **président**, la solution réside dans la création d'un pôle médico-administratif s'il regroupe un nombre minimal de personnes et d'activités. Dans le cas contraire, la solution consisterait à procéder au détachement d'un praticien hospitalier réalisant des missions transversales, objet d'un contrat inter-pôles.

La commission des structures ayant débattu de ce problème observe **M. GARABEDIAN**, il apparaît difficile d'organiser un pôle médico-administratif car dans de nombreux hôpitaux, seules deux ou trois personnes seraient concernées. Créer des pôles médico-administratifs dans un cadre inter-hospitalier semblerait plus pertinent, estime-t-il.

La réglementation oblige à modifier l'organisation pourtant récente en pôles d'activité au risque de bloquer toute possibilité de nomination, intervient **M. FAGON**, qui préconise la prudence concernant une dissociation entre la fonction et le rattachement, contraire à la logique des pôles, outils de gestion.

Il signale la tenue d'une réflexion sur la constitution de pôles inter-hospitaliers, autorisés par la réglementation, et qui pourraient être créés aux fins de disposer de la masse critique nécessaire.

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

VIII- Intégration des pharmaciens dans le CHU : les emplois proposés au titre de l'année 2008.

La parole est donnée à **Mme PORTENGUEN** pour exposer ce point de l'ordre du jour (cf. document mis en ligne sur le site internet de la CME).

Elle indique d'abord que l'AP-HP compte 394 pharmaciens soit 344,8 emplois à temps plein (ETP) et 253 biologistes soit 190,9 ETP, puis elle mentionne les modalités d'intégration des pharmaciens dans le CHU fixées par le décret du 23 mai 2006, un second décret étant annoncé. Les conditions d'intégration s'apprécient à la date du 25 mai 2006. Le décret prévoit :

- l'intégration directe (article 35) pour les pharmaciens à la fois titulaires universitaires et titulaires hospitaliers ;
- l'intégration après l'avis d'une commission nationale pour les pharmaciens titulaires universitaires (article 36.1) et pour les pharmaciens titulaires hospitaliers inscrits sur des listes de qualification, de MCU ou de PU associés (article 36.2).

Les enjeux correspondent à la création d'un nouveau corps hospitalier et universitaire et à la titularisation d'un certain nombre de praticiens. Sur les 140 demandes formulées au sein de l'AP-HP, il est proposé d'intégrer 23 PU-PH (dont un provenant de l'hôpital de Versailles) et 28 MCU-PH pour l'université Paris V, 14 PU-PH et 7 MCU-PH pour l'université Paris XI.

Enfin, Mme PORTENGUEN précise que seule l'AP-HP a demandé des créations de postes d'AHU par rendu de postes d'assistants spécialistes et qu'au niveau national hors l'AP-HP, environ 240 dossiers ont été présentés.

Après avoir exprimé son émotion devant l'aboutissement d'un combat de quarante ans, **M. LEVERGE** déclare qu'il ne s'agit pas d'un événement anecdotique car 2000 enseignants chercheurs, présents dans 24 facultés de pharmacie et 29 CHR, seront concernés par cette intégration dans les dix ou douze prochaines années.

Puis il remercie Mme PORTENGUEN et M. FAGON de leur travail avec les doyens, et en général l'AP-HP, qui va intégrer une soixantaine d'enseignants chercheurs. La situation des autres CHR s'avère variable. Après les médecins en 1958 et les odontologistes dans les années 1970, l'intégration des enseignants chercheurs pharmaciens renforcera les CHU malgré l'opposition de la conférence des présidents d'universités, laquelle opposition explique le délai de six ans pour publier les textes d'application des modifications intervenues en janvier 2002 sur l'ordonnance Debré.

Pour terminer, M. LEVERGE évoque une circulaire budgétaire de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, en date du 3 mars 2008 disposant que « *En ce qui concerne la constitution des corps hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques, des crédits pourront être alloués en 2008 au titre de cette année universitaire, en fonction de l'avancement de la procédure* ». Aussi engage-t-il l'AP-HP à demander ces crédits auprès de la ministre pour constituer le corps initial des AHU qu'il s'avérerait possible de créer sans rendre les postes d'assistants spécialistes. Les organisations syndicales rencontreront demain des membres du cabinet de Mme BACHELOT afin de conforter cette demande.

Désormais, il convient de procéder chaque année à la révision des effectifs hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques, à coordonner avec celle des effectifs hospitalo-universitaires des professions médicales, indique **M. FAGON**.

Il reste à mener avec les doyens un travail d'harmonisation des postes hospitaliers et des postes universitaires, cependant la situation s'avère complexe car les hospitalo-universitaires rattachés à Paris V ou Paris XI se trouvent dans la quasi-totalité des hôpitaux de l'AP-HP, sans aucune cohérence avec l'architecture des emplois dans les disciplines médicales ou odontologiques. Un certain nombre de mutations a déjà été proposé afin d'améliorer la cohérence du dispositif. Cette nouvelle discipline fonde sa propre architecture de postes hospitalo-universitaires, l'objectif vise la création par chaque doyen de deux postes par an durant cinq ans, le collège d'AHU ainsi constitué assurera des promotions universitaires. Cette année, seuls trois postes pourront être créés faute d'un nombre suffisant de candidats.

On doit se montrer attentif, souligne M. FAGON au sujet du financement des postes afin de bâtir ce vivier des futurs hospitalo-universitaires titulaires dans les disciplines pharmaceutiques.

M. VALLEUR s'inquiète de constater que contrairement aux facultés de pharmacie de Paris, celles de province ne demandent pas la création de postes d'AHU alors qu'elles accusent déjà l'AP-HP d'être particulièrement bien pourvue en postes hospitalo-universitaires temporaires et que l'écart risque ainsi de s'aggraver.

Des hôpitaux n'ont pas rendu des postes d'assistants spécialistes en raison de la promesse de la ministre de créer des postes d'AHU, informe **M. LEVERGE**. En l'absence de concordance chronologique entre ces deux démarches, un certain nombre d'hôpitaux n'a pas participé à cette première fenêtre d'intégration. Les propositions des collègues de province devraient apparaître au cours des deuxième et troisième fenêtres d'intégration. Puis, suite à une question du **président**, il répond que la composition de la CME évoluera lorsque le corps des pharmaciens hospitalo-universitaires sera effectivement créé, l'instance comprendra à l'avenir un représentant des pharmaciens hospitalo-universitaires et un représentant des pharmaciens hospitaliers.

La CME approuve à l'unanimité des votants les demandes d'intégration dans le CHU des pharmaciens.

IX- Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME approuve par 27 voix pour, 5 voix contre et 8 abstentions les deux nouveaux contrats d'activité libérale, et le renouvellement de deux autres.

X- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 février 2008.

Eu égard à la possibilité évoquée ce jour de constituer des pôles inter-hospitaliers, **M. LACAU ST GUILY** considère utile de modifier dans le compte-rendu du 12 février 2008, une information contraire délivrée par le président de la CME.

M. FAGON déclare qu'à l'heure actuelle ce type de pôles n'existant pas, la réponse du président n'est pas erronée. Un travail en cours conclura à la possibilité de créer de tels pôles dont la gestion se révélera difficile à assurer.

A la question posée lors de la dernière réunion de la CME sur les antennes, il précise que sur les quarante-cinq antennes existantes à l'AP-HP, douze se sont érigées en unité fonctionnelle et une en service ; il a chargé la commission des structures de vérifier, cas par cas, si les trente-deux autres antennes, comportant souvent une seule personne réalisant des consultations, peuvent être transformées en UF.

Responsable d'une antenne, il lui a effectivement été demandé de l'ériger en unité fonctionnelle, indique **M. LACAU ST GUILY**.

La CME approuve à l'unanimité le compte-rendu de la séance du 12 février 2008.

XI- Questions diverses.

- Les médiateurs culturels.

M. OURY fait savoir que le contrat des médiateurs culturels de l'hôpital Robert Debré ne sera pas renouvelé, risquant d'engendrer un problème pour le bon fonctionnement du site. Il souhaite obtenir des précisions sur la politique du siège à cet égard.

Il importe à **M. FAGON** de prendre connaissance du dossier avant de s'exprimer sur ce sujet.

- L'indemnité sectorielle et de liaison des psychiatres.

Une note de la DPM datée du 22 février 2008 relative à la mise en place de l'indemnité sectorielle et de liaison des psychiatres, déclare **Mme LE HEUZEY**, insiste sur la tenue des tableaux de service prévisionnels et des tableaux de service définitifs, corrélés semble-t-il, au versement de la prime.

Mme PORTENGUEN indique que le texte prévoit d'appliquer cette disposition au 1^{er} janvier 2007 dans la mesure où les tableaux de service prévisionnels et réalisés existaient à cette date. Or à l'AP-HP comme dans d'autres CHR, les tableaux prévisionnels n'étaient pas établis. Seul le CHR de Metz a versé cette indemnité aux psychiatres. Il revient désormais à l'AP-HP de se mettre en ordre de marche en dressant de tels tableaux afin de pouvoir verser cette indemnité.

Mme LE HEUZEY invite l'administration à communiquer clairement auprès des directions d'hôpitaux et à inciter les chefs de service sur la nécessité d'établir ces tableaux.

M. FAGON constate une plus grande réactivité des psychiatres pour obtenir la prime sectorielle que des chirurgiens pour obtenir la part complémentaire variable. A ce jour, aucun CHR n'a versé de part complémentaire variable à ses chirurgiens affirme **Mme PORTENGUEN**. Le ministère a annoncé une extension du dispositif à d'autres catégories, notamment aux catégories universitaires, mais on ne dispose d'aucun calendrier pour la mise en œuvre de cette mesure.

Selon **M. DASSIER**, les collègues chirurgiens doivent réaliser que le montant de leur part complémentaire variable sera défini au sein des pôles, en fonction de la réalisation d'objectifs préalablement définis avec le chef de pôle.

*

* *

La séance est levée à 12 heures 30.

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

Mardi 8 avril 2008 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 mars 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.

ANNEXE

Paris, le 29 FEV. 2008

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES
ET
DES DROITS DU PATIENT

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 38 27
Télex : AP PARIS 214 314 F

NOTE
à l'attention de
Monsieur le Directeur Général

/ LE DIRECTEUR

OBJET : Candidature dans les fonctions de chef de service d'un PU-PH appartenant à un autre UFR que celui auprès duquel est rattaché un CHU.

A la demande du Professeur CORIAT, et dans la perspective de votre entrevue prochaine le 11 mars avec une candidate aux fonctions de chef de service dans le pôle de Pédiatrie du CHU de Bicêtre, je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous un court argumentaire sur le sujet visé en objet.

- 1) La nomination d'un chef de service appartient au responsable de pôle après avis du CCM, de la CME et du directeur de l'UFR concerné. La fonction peut être exercée par un PU-PH ou un PH.
- 2) Avant cette nomination, le praticien doit être nommé dans un grade de PH ou PU-PH (décret du 13 novembre 2007).
- 3) Dans le cas où le poste doit revenir fonctionnellement à un PU-PH, celui-ci doit appartenir à l'UFR de rattachement de l'hôpital car même si l'AP-HP est un seul établissement de santé, il est constitué pour l'université de plusieurs UFR indépendants.
- 4) Il n'est pas possible de dissocier l'emploi du grade pour les PU-PH : un PU-PH ne peut donc pas, en principe, dépendre d'une UFR et exercer ses fonctions médicales dans un autre hôpital dépendant d'un autre UFR (sauf – à titre exceptionnel – accord des directeurs d'UFR, des directeurs et présidents de CCM des hôpitaux concernés).

- 5) Les changements d'UFR pour les PU-PH prennent la forme d'une mutation. Les mutations sont prononcées sur des emplois proposés par les ministères de la santé et de la recherche, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement. « La mutation est réalisée avec l'accord du directeur de l'unité de formation et de recherche et du directeur général du centre universitaire où ils sont affectés, donné après avis favorables du conseil de l'unité de formation et de recherche et de la commission médicale d'établissement concernés » (décret statutaire du 24 février 1984).
- 6) Sans cette mutation d'UFR, pas d'affectation possible aux fonctions de chef de service dans un autre UFR. L'article R. 6146-22 du code de la santé publique énonce que « *lorsque le candidat fait partie des personnels enseignants et hospitaliers et que sa candidature aux fonctions de chef de service implique une mutation, l'affectation de ce candidat dans ces fonctions est subordonnée à la mutation de l'intéressé prononcée conformément aux dispositions de son statut* ».

En conclusion : la candidature à des fonctions de chef de service dans un CHU de l'AP-HP d'un PU-PH d'un autre UFR que celui auprès duquel est rattaché cet hôpital n'est pas recevable sans l'accord du directeur de cet UFR pour la mutation de ce candidat.



f / Jean-Marc MORIN

Copie : Monsieur le Professeur Pierre CORIAT, Président de la CME.
Monsieur le Professeur Jean-Yves FAGON, Directeur de la
Politique Médicale.