

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 MAI 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 10 JUIN 2008**

-=-

# COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

## Compte-rendu de la séance du mardi 13 mai 2008

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
  
- 2- Commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins (CCQSS) et ses sous-commissions spécialisées :
  - les missions et les orientations ;
  - le rapport d'activité 2007 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).
  
- 3- Etat d'avancement du plan stratégique couvrant la période 2005 – 2009.
  
- 4- Point d'étape sur la démarche d'élaboration du projet médical du plan stratégique pour la période 2010 – 2014.
  
- 5- Principe méthodologique de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2009.
  
- 6- Cartographie des autorisations en oncologie.
  
- 7- Information sur le renouvellement des membres de la commission d'activité libérale.
  
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
  
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 avril 2008.
  
- 10- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### Composition D

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH.

### Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation d'un chef de service hors CHU à titre provisoire.
- Avis sur deux demandes de renouvellement et cinq premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la demande de mutation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticiens responsables de pôle clinique ou médico-technique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et des hôpitaux Joffre – Dupuytren et Sainte-Périne.

### Composition B

- Avis sur des candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement.

## Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
- Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
- Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- ***en qualité d'invités permanents :***

- M. le Pr BERCHE, doyen,
- M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;

- ***les représentants de l'administration :***

- M. LECLERCQ, directeur général,
- M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
- M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
- Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- M. FAGON, directeur de la politique médicale,
- M. GUIN, directeur économique et financier ;
  
- M. le Pr BERGMANN, président de la COMEDIMS,
- Mme le Dr RHEIMS, direction de la politique médicale,
- Mme RIVET, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***

- M. le Pr CAPRON, M. le Pr CHOUDAT et M. le Pr PETIT.

\*

\*

\*

Le président **CORIAT** ouvre la séance en souhaitant la bienvenue M. ORABI qui succède à M. MARY pour représenter les spécialités chirurgicales au sein de la commission médicale d'établissement. Il engage ensuite l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

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

### **- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).**

Après avoir souligné le scepticisme des autorités de tutelle à l'égard de la capacité des centres hospitaliers universitaires (CHU) à augmenter leur activité, le **président** note que les CHU qui ont présenté un EPRD incluant une diminution significative des moyens, enregistrent une baisse majeure de leur activité et surtout une fuite de praticiens vers les établissements privés. Dans ce contexte, il lui semble essentiel que l'AP-HP s'ancre sur une augmentation d'activité minimale de l'ordre de 2 %, seuil à atteindre pour éviter une spirale déflationniste pénalisante. La CME doit se caler sur cet objectif qui suppose une meilleure organisation, au risque dans le cas contraire, de priver la direction générale des arguments pour défendre un EPRD qui préserve les effectifs médicaux et paramédicaux.

Le **directeur général** confirme la prévision d'une augmentation de l'activité de 2 % pour les hospitalisations complètes, seul moyen de maintenir le montant des ressources à disposition de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. Si l'institution a tenu l'objectif en janvier et février, elle ne l'a pas respecté en mars. Aussi espère-t-il que les prochains mois permettront de rattraper ce niveau.

En outre, pour que l'AP-HP puisse poursuivre son chemin et conserver la majorité de ses moyens, elle doit réaliser des efforts en terme d'organisation. Ceci explique les trois plans envisagés : à court terme, la réforme du siège ; simultanément ou immédiatement après, la politique d'efficience ; le plan stratégique futur.

Il insiste donc sur l'importance du maintien du niveau de l'activité à l'objectif prévu, l'AP-HP disposant de marges de manœuvre pour l'atteindre.

### **- La liste nationale d'habilitation à diriger un service.**

Suite à la parution de la liste nationale des praticiens hospitaliers habilités à diriger un service, indique **M. CORIAT**, la CME va s'engager dans un travail de validation des propositions de nomination de chef de service, démarche qui s'inscrit dans le cadre de la valorisation, actée par la CME, de la fonction de chef de service.

Investi d'un rôle fondamental, le chef de service assure l'organisation médicale des structures et leur attractivité auprès du personnel médical, élément déterminant au regard des contraintes démographiques actuelles. La commission temps et effectifs médicaux, animée par M. VALLEUR, initialisera ce travail de nomination à la tête d'un service dont la structure médicale et la mission auront été préalablement validées par la CME.

**M. FAGON** informe qu'un récent état des lieux démontre que soixante-quinze chefferies de service sont vacantes ou le deviendront à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2008. Sur ce contingent, soixante chefs de service assurent les fonctions à titre provisoire.

Pour tenir les délais, il conviendra :

- d'accepter l'idée qu'une partie des nominations du mois de septembre concernera les chefs des services actuellement dirigés de manière provisoire ;

- de créer une commission mixte composée de membres de la commission des structures et de la commission temps et effectifs médicaux. Elle examinera d'abord les dossiers simples, soit 80 % à 85 %, puis ceux qui rencontrent des problèmes de structure, enregistrent deux candidatures ou méritent une analyse approfondie des candidatures.

Les chefferies à pourvoir correspondent en majorité à des vacances relativement récentes. Les candidats potentiels ont commencé à travailler sur les fiches de structure et le projet de service. La DPM demandera à chaque hôpital de lui transmettre rapidement ces fiches. M. FAGON rappelle que la modification de la fiche de structure implique une modification de la procédure de nomination du chef de service.

#### **- Le consultanat.**

La CME attend d'être renseignée sur le montant de l'enveloppe budgétaire consacrée au financement du consultanat avant de déterminer le nombre de consultants à recruter, signale **M. CORIAT** qui souhaite un éclaircissement sur ce financement, lequel dans le passé, s'entendait hors EPRD. Les collègues partant le 1<sup>er</sup> septembre 2008, on doit répondre à leur demande de consultanat au plus tard en juin.

Toutes les recettes et les dépenses apparaissent normalement dans l'EPRD indique **M. GUIN**, il n'existe pas d'exception en la matière. Il se propose de rappeler, lors de la présentation de l'EPRD, les règles en vigueur et de communiquer les montants concernés.

Ce financement a fait l'objet d'un protocole signé en 2005 informe **M. RYMER**. Depuis, les consultants sont pris directement en charge sur un budget spécifique et non plafonné du ministère. Ainsi le nombre de consultants n'est pas limité. Il faudra veiller à ce que cette règle continue de s'appliquer.

Les dispositions protocolaires conditionnant la démarche de sélection des consultants, le **président** requiert des informations précises sur le sujet.

#### **- La réflexion sur l'organisation du temps médical.**

M. CORIAT estime que l'organisation médicale d'un service relève non du responsable de pôle mais du chef de service. Les collègues qui choisissent de rester à l'hôpital, outre l'attractivité clinique et académique, demandent une organisation médicale validée, une équité au niveau du service et une transparence de la charge de travail qu'ils porteront. L'ensemble de ces éléments contribue à l'attractivité de l'équipe.

Les présidents des collégiales de spécialités ont accepté de traiter, en étroite collaboration avec la CME et la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS), la question relative à l'organisation du temps médical, élément à prendre en compte dans le cadre de la révision des effectifs des praticiens hospitaliers.

#### **- Le site *up to date*.**

Cette source de référentiels médicaux semblant être appréciée par un grand nombre de collègues, on examinera les possibilités d'en bénéficier dans le cadre des actions de la formation médicale continue.

## **II- Commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins (CCOSS) et ses sous-commissions spécialisées :**

- **les missions et les orientations ;**
- **le rapport d'activité 2007 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).**

La parole est donnée à **Mme VIDAL-TRECAN**, présidente de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins, pour présenter les missions et les principales orientations de cette commission et des différentes commissions spécialisées, qu'elle coordonne (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Si certaines de ces instances centrales existaient par le passé : le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) et le comité de lutte contre la douleur (CLUD), deux autres ont été créées pour répondre à des besoins spécifiques : le comité d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et le comité des vigilances et risques médicaux.

### **1- Les missions et les orientations.**

Inscrite au code de la santé publique, la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins a pour mission de concourir par ses avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Ses principales tâches consistent à :

- animer et coordonner les commissions spécialisées ;
- animer et coordonner les comités locaux ;
- évaluer les pratiques professionnelles.

L'instance doit fournir un rapport annuel d'activité, examiné en CME et en conseil d'administration avant sa transmission à l'agence régionale d'hospitalisation, formulant des programmes d'action et des recommandations.

Les activités principales de la CCQSS ont concerné les comités locaux (trente-six installés) et les commissions spécialisées avec la priorisation d'actions transversales :

- la réalisation d'un kit de l'interne « qualité et sécurité des soins » ;
- une enquête sur la iatrogénie ;
- l'utilisation des données médico-administratives de l'AP-HP pour élaborer des indicateurs de sécurité et de qualité des soins.

Puis Mme VIDAL-TRECAN décrit les principales orientations des nouvelles instances spécialisées.

Le comité EPP envisage :

- une interaction avec les comités locaux EPP ;
- le soutien et l'évolution d'une base de données EPP constituée par la direction de la politique médicale ;
- la proposition de thèmes institutionnels diffusés par les comités locaux de qualité et de sécurité des soins, centrés sur des méthodes ancrées dans les pratiques des services cliniques soit sur des thèmes autour de la prescription.

Le comité vigilances et risques médicaux doit :

- remplir une mission prioritaire concernant la mise en place du signalement des événements indésirables dans une base de données de l'AP-HP. Le Pr LIENHART préside le comité de pilotage ;
- coordonner les activités de vigilances sur les produits de santé.

Le **président** précise que la démarche de gestion des risques à l'AP-HP est conduite en étroite collaboration avec la haute autorité de santé (HAS) et sous sa recommandation. Il souhaite la constitution à l'AP-HP d'une base de données qui recense les événements porteurs de risques et l'ensemble des démarches EPP déjà conduites. La HAS disposant d'une telle base de données, se tiennent actuellement des discussions avec celle-ci pour développer à l'AP-HP un produit construit sur le même modèle. L'ensemble des collègues pourrait alimenter cette base de données qui serait pilotée par la CME.

## **2- Le rapport d'activité 2007 de la COMEDIMS.**

Pour sa part, **M. BERGMANN** expose le rapport d'activité de l'année 2007 et le plan d'action pour l'année en cours de la COMEDIMS qu'il préside, désormais située au sein de la CCQSS (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il évoque brièvement le schéma général de fonctionnement et les missions de la commission et de ses comités :

- l'évaluation des nouveaux médicaments et dispositifs ;
- l'émission de recommandations de bon usage et de lutte contre la iatrogénie ;
- le suivi de consommation,

avant d'aborder les dépenses de médicaments.

Si la consommation de médicaments poursuit son augmentation (9,5 % entre 2006 et 2007), des modifications structurelles apparaissent. Ainsi, la croissance enregistrée l'année dernière (3,7 %) était artificielle puisqu'en 2006 de nombreux médicaments ont été transférés vers les pharmacies de ville induisant une chute ponctuelle de 10 % de la rétrocession.

On constate une croissance homogène à hauteur de 10 %, des médicaments hors les groupes homogènes de séjour (GHS), des médicaments dans les GHS et des médicaments rétrocedés. Les produits sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) plombent principalement ces résultats car ils n'apparaissent pas encore dans les médicaments hors GHS, sont souvent rétrocedés et disposent d'un prix élevé non négociable.

Les dépenses de médicaments continueront à progresser en raison des volumes, de la hausse des prix et surtout de l'arrivée de nouveaux médicaments coûteux.

Après avoir détaillé les missions des différents comités, M. BERGMANN mentionne les actions prioritaires de la COMEDIMS :

- une participation à la réflexion informatique, en particulier celle concernant la chaîne du médicament et la prescription ;
- la poursuite des efforts de communication ascendante et descendante ;
- la remontée d'informations conséquentes sur les consommations et des audits de prescription des COMEDIMS locales ;
- la transmission des décisions prises en COMEDIMS vers les instances locales et vers les prescripteurs ;



- le travail à mener au niveau des dispositifs médicaux en termes de circuit, d'évaluation ;
- l'amélioration du suivi des consommations des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- la poursuite du travail sur la juste prescription dans le cadre de l'élaboration des recommandations pour le contrat de bon usage.

La communication vers le prescripteur rencontre encore des difficultés en raison de la transversalité du sujet. De même, l'implication des différents acteurs, en particulier les prescripteurs, dans les procédures d'évaluation, se révèle faible. Enfin, la COMEDIMS souhaiterait participer au chantier sur la sécurisation de la prescription et du soin et sur les outils informatiques futurs du dossier patient pour la prescription et la dispensation des produits de santé.

A l'issue des exposés, le débat s'engage.

A une question de **M. REMY** relative à l'accès aux génériques et aux bio-similaires, **M. BERGMANN** confirme l'accès à tous les génériques potentiels à l'AP-HP. Cependant, les fabricants de génériques ne répondent pas aux appels d'offre de l'AP-HP dans l'incertitude de la délivrance du générique par l'officine de ville à partir de l'ordonnance de sortie. C'est la raison de l'absence de générique à l'AP-HP. Mais pour les produits génériquables les prix proposés par les fabricants du princeps sont très bas voire symboliques et donc l'effet du prix du générique joue en faveur de l'institution. Quelques-uns apparaîtront en oncologie, même si un *lobbying* important des princeps opère sur ces sujets.

Au regard de l'ampleur des chiffres relatifs aux médicaments hors GHS, **Mme DEGOS** s'interroge sur la pérennité du processus hors GHS.

En théorie, un médicament devait rester hors GHS pendant deux ou trois ans, le temps de recevoir l'autorisation de mise sur le marché (AMM), ou de devenir un traitement courant et de modifier éventuellement le prix du GHS, explique **M. BERGMANN**. Certains de ces médicaments n'obtiendront pas d'AMM, aussi on pérennise la prescription pertinente de médicaments hors AMM, que la sécurité sociale ne peut intégrer dans un prix de GHS car non officialisés dans la pathologie concernée.

Il faudrait obtenir de l'industrie pharmaceutique un prix de vente des médicaments hors GHS, au coût exorbitant, en fonction du volume des prescriptions intervient le **président**. Les autorisations temporaires d'utilisation doivent normalement être accordées à des médicaments dans les mois qui précèdent l'obtention d'une AMM pratiquement assurée, déclare **M. BERGMANN**. Certains médicaments sont en ATU depuis dix ans, les industriels profitant largement du dispositif qui ne permet ni la négociation du prix ni le contrôle des volumes. Il rappelle toutefois que le coût du médicament hors GHS fait partie du coût de l'hospitalisation moderne.

Le sujet de l'ATU se révèle complexe du point de vue de **M. LACAU ST GUILY**. En effet, de nombreux médicaments n'ont donné lieu à aucune demande d'AMM en raison de volumes trop faibles. En France, en ce qui concerne le cancer, l'accès aux nouvelles molécules s'avère aisé mais coûteux. D'un côté, on désire inscrire ces utilisations dans les protocoles pour pouvoir valider des produits coûteux, d'un autre, les patients sont probablement, dans le monde occidental, ceux qui bénéficient davantage de ces médicaments dans les phases métastatiques ou dépassées et dont la survie est la plus prolongée.

En l'absence d'une validation nationale par l'institut national du cancer (INCa), la HAS et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), des référentiels de la juste prescription, on continue à fonctionner sur ces recommandations, certes bien élaborées, mais d'indication et non d'obligation de traitement, commente **M. BERGMANN**.

Après avoir constaté que les médicaments hors GHS représenteront bientôt 60 % de la consommation de médicaments intra-hospitaliers au sein de l'AP-HP, **M. LEVERGE** souligne la grande difficulté, aujourd'hui, de communiquer sur le bon usage de ces médicaments car l'industrie pharmaceutique a répandu l'idée, dans l'esprit des cliniciens, que ces produits sont remboursés à l'euro près. Or, le contrat de bon usage impose de les suivre de manière quantitative et qualitative. Si le premier suivi s'effectue correctement, le second se révèle extrêmement complexe puisqu'il s'agit de juger de l'opportunité et de la pertinence de la prescription. Aussi, selon l'orateur, les élus de la CME doivent communiquer sur ce sujet auprès de leurs collègues car, dans ce contexte, il faut accepter l'idée d'un contrôle de la pertinence de la prescription qu'actuellement 80 % des prescripteurs n'apprécient pas.

**M. LACAU ST GUILY** met en exergue l'existence d'une tension féconde entre l'ardente obligation de traiter les patients de façon offensive et la nécessité d'une validation économique et médicale qui lui paraît entrer parfaitement dans le rôle de la CME.

Après avoir livré quelques chiffres sur le taux de consommation par niveaux des médicaments hors GHS, **M. BERGMANN** s'interroge sur la limite à poser dans l'obligation de ne pas prescrire, réel problème éthique difficile à résoudre. Plutôt qu'un contrôle répressif des prescriptions, la solution réside certainement, selon lui, sur une communication relative à la responsabilisation du prescripteur.

Un certain nombre des sujets débattus n'entre pas dans le champ de compétence et d'action de l'AP-HP, ses partenaires industriels étant les plus grands professionnels mondiaux de l'information, de la communication et du marketing, opine **M. FAGON**, la marge de manœuvre se situant au niveau de la prescription. Quand on constate une augmentation de 10 % de la consommation des médicaments dans un hôpital à l'activité stable, on doit s'interroger. L'exemple sur les anti-infectieux et la gestion des antibiotiques démontre qu'on peut contrôler cette prescription. On doit donc travailler, de même que les correspondants des sites, sur la prescription des molécules et des indications innovantes, d'autant plus que le futur système d'information patient obligera à examiner les problématiques liées à la prescription et à sa validation. Il importe de profiter des deux années qui séparent du développement de ce système d'information pour étudier plus largement ces points, insiste **M. FAGON**.

On a donc le devoir de contrôler les dépenses en médicaments hors GHS avise le **président**. De même, les ATU ne faisant pas l'objet d'appel d'offre, leur prix reste fixe et très élevé, aussi la CME devrait peut-être attirer l'attention du ministère de la santé sur le coût exorbitant de ces médicaments et évoquer la nécessité d'une négociation de leur prix.

Les médicaments hors GHS affichent en France, un prix équivalent au niveau européen, déclare **M. BERGMANN**, on ne pourra pas jouer sur un prix français qui serait différent du prix européen pour des nouvelles molécules de biotechnologie. Il reste donc à travailler sur le bon usage. Les directeurs d'hôpitaux doivent démontrer la perversion du dispositif hors GHS. Toutefois, il lui semble impossible d'empêcher la prescription de certains produits innovants. En outre, les médecins français étant reconnus au niveau mondial comme des prescripteurs rapides, on en subit les conséquences.

### **III- Etat d'avancement du plan stratégique couvrant la période 2005 – 2009.**

**M. FAGON** se propose de tracer l'état d'avancement du volet médical du plan stratégique en cours situé aux trois cinquièmes de son développement (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Sur les cinq cents projets définis pour le plan stratégique 2005 – 2009,

- 20 % ont été réalisés ;
- 63 % sont engagés sans difficulté particulière ;
- 10 % sont engagés selon des modalités modifiées ;
- 6 % seront engagés en fin de plan ou reportés au plan suivant ;
- 1 % a été abandonné.

Les thématiques médicales s'articulent autour de quatre axes.

#### **1- Les malades âgés.**

Le champ gériatrique enregistre :

- le renforcement des secteurs médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et soins de suite et réadaptation (SSR) ;
- la fermeture de lits de soins de longue durée (SLD) et l'ouverture de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) impliquant une participation financière et foncière de l'AP-HP ;
- d'autres actions, notamment :
  - la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ;
  - le développement de partenariats avec la ville ;
  - le plan d'attractivité des métiers de la gériatrie ;
  - la structuration de filières spécialisées et d'une politique de recherche.

#### **2- Les malades atteints du cancer.**

L'AP-HP représente un tiers de l'activité de cancérologie d'Ile-de-France. Son action, très diversifiée, touche tous les cancers, tant ceux fréquents que les tumeurs plus rares. Elle intervient souvent comme centre de recours d'Ile-de-France, voire centre de recours et de référence national et constitue le premier acteur français de la recherche en cancérologie.

Entre 2005 et 2007, on observe :

- une montée en charge des dix-neuf centres de coordination en cancérologie (3C) ;
- une forte mobilisation pour répondre aux appels à projets de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de l'INCa ;
- le développement du secteur de l'oncogériatrie ;
- la poursuite de l'effort en matière de recherche et d'innovation.

### **3- Les personnes vulnérables.**

Le chapitre des personnes vulnérables couvre différentes thématiques.

#### *a- Les maladies mentales.*

La prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales connaît :

- une amélioration de l'accueil des urgences psychiatriques ;
- la mise à niveau des secteurs de soins ;
- le développement de la psychiatrie de liaison et de la prise en charge transversale des malades ;
- la consolidation du rôle exercé par l'AP-HP dans la recherche et l'épidémiologie,

pour plus de quatre millions d'euros pérennes entre 2005 et 2007.

#### *b- L'addictologie.*

Le plan national de lutte contre les addictions a été mis en place en 2006. L'enveloppe pour l'AP-HP des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) correspond à 2,1 millions d'euros en 2007. L'organisation de chaque GHU autour de trois niveaux de prise en charge a conduit à de réels progrès dans la définition des filières de malades et le décloisonnement de l'approche par produits.

#### *c- Les soins palliatifs.*

A la fin de l'année 2009, l'objectif du plan stratégique sera atteint avec la mise en place de cent vingt lits identifiés soins palliatifs contre quatre-vingt-sept aujourd'hui.

#### *d- L'obésité morbide.*

On dispose de six centres labellisés pour adultes et de cinq centres labellisés pour enfants. La prise en charge de ces patients s'améliore, toutefois l'AP-HP ne se trouve pas encore en situation de prendre en charge le phénomène épidémique annoncé pour les années à venir.

#### *e- La maternité et la néonatalogie.*

Ce secteur connaît :

- des travaux de mise en conformité et d'humanisation des maternités ;
- des maternités nouvelles ;
- le renforcement et la réorganisation de la néonatalogie.

#### *f- L'hospitalisation à domicile.*

D'une capacité cible de 960 places à la fin de 2009 et de 820 places en fonctionnement à la fin de 2007, l'HAD a réalisé des efforts importants et largement amélioré son offre de soins vis-à-vis des secteurs d'hospitalisation conventionnelle.

*g- L'imagerie.*

Un comité de pilotage de l'imagerie a été mis en place en septembre 2006 et travaille sur neuf axes particulièrement nécessaires à l'élaboration du futur plan stratégique.

*h- La biologie.*

Sur les 170 actions identifiées autour de la réorganisation et de la qualité et la sécurité,

- 69 soit 41 % ont été réalisées ;
- 83 soit 49 % sont en cours de réalisation ;
- 18 soit 10 % restent à engager.

#### **4- La recherche.**

La recherche clinique a connu une évolution considérable en particulier au cours des trois dernières années et s'est structurée en se dotant de :

- huit unités de recherche clinique (URC) réparties par GHU ;
- une URC médico-économique ;
- huit centres d'investigation biologique (CIB) ;
- six nouveaux centres d'investigation clinique (CIC) ;
- un centre d'évaluation des dispositifs médicaux ;
- un tableau des emplois permanents « recherche ».

L'activité connaît une progression constante entre 2005 et 2007.

Pour conclure, M. FAGON espère que le bilan de ce point d'étape portant sur l'ensemble des missions thématiques médicales prioritaires du plan stratégique 2005 – 2009, sous-tendra de choisir avec pertinence les axes du plan stratégique pour les années à venir.

Au terme de la présentation, le **président** ouvre la discussion.

**M. SEBBANE** souligne la priorité donnée à la prise en charge à l'AP-HP des malades âgés. Cette réflexion doit néanmoins être replacée dans un cadre global en poursuivant l'objectif d'améliorer la filière et la fluidité du parcours du malade âgé. Une démarche d'intégration sera nécessaire pour le plan stratégique à venir afin de prendre en compte cette finalité.

Le travail considérable effectué au niveau de l'HAD et qui devrait théoriquement améliorer de façon sensible la fluidité des services MCO se ressent sur le terrain, observe **Mme DEGOS**, considérant que la connaissance de ce travail et des possibilités offertes par l'HAD n'a pas atteint la lointaine banlieue parisienne. Par ailleurs, il lui semble important de s'attacher à développer les plans de carrière des personnels de la recherche qui doivent pouvoir évoluer car dans le cas contraire, ils cèdent aux sirènes de l'industrie.

Après avoir souligné les progrès considérables réalisés et reconnus par tous dans le domaine de la recherche, le **président** pense qu'un travail devrait être effectué par la commission stratégie-innovation et recherche-université de la CME et par le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) sur les projets de recherche à promotion simple, notamment sur les possibilités de financement du monitorat et de l'analyse statistique, ainsi que sur l'impact au niveau des URC.

Les personnes souhaitant mener un travail d'investigation clinique peuvent s'adresser à l'URC de leur établissement pour élaborer le protocole de recherche, informe **M. FAGON**.

Selon **M. DELPECH**, ce sujet soulève la question du financement de la recherche et celle du coût de la prestation de l'URC, tandis que **M. VALLEUR** perçoit dans l'évolution du mode de financement des projets, la professionnalisation de la recherche.

#### **IV- Point d'étape sur la démarche d'élaboration du projet médical du plan stratégique pour la période 2010 – 2014.**

Le **président** rend compte de la réunion du 12 avril 2008 au cours de laquelle les membres de la CME ont précisé leur position et leurs attentes concernant le prochain plan stratégique (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Ainsi s'affirme la volonté de l'instance de s'impliquer dans la rédaction du projet médical qui servira de colonne vertébrale au volet médical du plan stratégique. L'ordonnance du 2 mai 2005 implique également dans l'élaboration de ce dernier, le conseil exécutif et le président du conseil d'administration, et dans son pilotage, le directeur général, le président et le vice-président de la CME.

Par ailleurs, il a été demandé à la direction générale des informations sur :

- les mesures envisagées pour limiter les frais de gestion administrative notamment,
  - la création de nouveaux groupes hospitaliers par la diminution du nombre d'hôpitaux ;
  - l'éventuelle modification du nombre de GHU ;
- les positions arrêtées concernant :
  - la restructuration de certaines spécialités (par exemple, la pédiatrie ou la chirurgie cardiaque) ;
  - la part relative à donner aux différents secteurs d'activité qui participent à l'offre de soins de l'AP-HP ;
- l'influence de l'agence régionale de santé du Grand Paris annoncée dans le rapport Larcher.

En outre, la CME souhaite s'impliquer activement dans le pilotage du plan stratégique et mener ses travaux en synergie avec ceux de la DPM ; elle préconise une mixité de la composition des groupes de réflexion.

Le travail de l'instance portera dans un premier temps sur la demande et l'offre de soins en prenant en compte :

- l'évolution des métiers, des innovations thérapeutiques et de la prise en charge des pathologies ;
- la notion de seuils et de masses critiques d'activité ;
- les regroupements inter et intra hospitaliers ;
- la notion de filières de soins.

La commission stratégie-innovation et recherche-université présidée par MM. LYON-CAEN et DELPECH, en coordination avec la DPM, installera et animera des groupes de travail, co-pilotés par un membre désigné par cette commission et un membre désigné par la direction générale, sur les thématiques proposées par la CME.

Après avoir décliné les champs couverts par les quatorze groupes de travail en cours de constitution, **M. FAGON** souligne le choix de privilégier des pilotes médicaux expérimentés et n'appartenant pas à la discipline. La lettre de mission précise l'engagement de ces derniers vis-à-vis de l'institution. Leur analyse doit être courte, concentrée sur les aspects réellement stratégiques et appesantie sur les changements à venir. Un premier point détaillé s'effectuera avant la mi-juillet et le rendu de l'analyse interviendra à la mi-octobre. A la fin de l'année, un cadrage sera adressé aux hôpitaux qui entameront l'élaboration de leur projet d'hôpital.

**M. OURY** estimant nécessaire de restructurer et d'organiser l'obstétrique tant en clinique qu'en recherche notamment en anténatal, il s'étonne de l'absence de thématique obstétricale et du fait que l'obstétrique n'est pas une sous-unité de la pédiatrie. **M. LYON-CAEN** signale que la transversalité constitue un élément essentiel, ainsi les questions liées à la néo-natalité peuvent se discuter dans le cadre d'une thématique générale de recherche ou dans le cadre de la pédiatrie.

Selon **M. DASSIER**, un bloc opératoire ou un plateau technique fonde potentiellement une offre de soins. Une réflexion doit être menée sur ces questions transversales car l'offre de soins s'avère parfois conséquente et peu ou non utilisée.

Neuf groupes travaillent déjà sur le sujet de l'imagerie et la teneur de leurs travaux sera prise en compte, informe **M. DELPECH**, tandis que **M. LYON-CAEN** juge plus pertinent de penser l'organisation des blocs opératoires en fonction des informations qu'apporteront les groupes de travail sur les disciplines.

Les réflexions des quatorze groupes se révéleront déterminantes pour les facultés dans leur choix des orientations prioritaires en matière d'enseignement et de recherche, observe **M. SCHLEMMER** qui suggère une réunion d'interface pendant l'été ou avant la rentrée de septembre pour la restitution des premiers travaux et l'exposé des problématiques universitaires. Parmi les thématiques listées, certaines s'avèrent absolument stratégiques pour les unités de formation et de recherche médicale (UFR). Les recrutements se préparant longtemps à l'avance, les doyens ont besoin d'informations sur les orientations prises au niveau hospitalier.

Les personnes animant ces groupes pourront recueillir tous les avis nécessaires y compris ceux des doyens, avise **M. LYON-CAEN**. En effet, la stratégie de l'université ne peut être indépendante de celle de l'hôpital ; d'autre part, on doit songer à la formation des futurs responsables hospitaliers et des internes, leur rôle, dans ce domaine se révèle capital.

A son tour, le **directeur général** apporte un certain nombre de précisions.

La démarche, lourde et complexe, engagée pour la réduction des frais de structure, s'inscrit dans la politique d'efficacité évoquée voici quelques mois. Il conduira personnellement la réforme du siège qui doit distinguer clairement trois éléments : les fonctions propres au siège par leurs aspects stratégiques ; les fonctions regroupées pour des raisons de technique, de sécurité ou de productivité ; les fonctions à déconcentrer dans les hôpitaux.

L'amélioration des coûts de structure des hôpitaux passe par la création des groupes hospitaliers au travers du rapprochement de plusieurs sites sous la même direction et permettant une mutualisation forte de fonctions administratives, des fonctions supports et une organisation plus adaptée des fonctions médicales ou technico-médicales. Il lui apparaît nécessaire que ce mouvement, visant à améliorer la gestion de la politique de territoire de l'AP-HP en terme de couverture hospitalière, soit vigoureusement accompagné.

Une réflexion a été menée, comme beaucoup d'autres, sur la pédiatrie et la chirurgie cardiaque. On doit s'interroger sur la nature, d'une part d'une pédiatrie de proximité pour satisfaire les besoins de la population du Grand Paris, d'autre part d'une pédiatrie de référence et d'innovation pour répondre au rôle de centre hospitalo-universitaire de l'AP-HP. Quant à la chirurgie cardiaque, des décisions devront être prises au regard de la notion de masse critique dans le cadre des orientations de la politique d'efficience.

Par ailleurs, eu égard à l'implication variable de l'AP-HP dans les différents secteurs d'activité selon les territoires, les hôpitaux, les équipes, on doit, dans le cadre de la réflexion autour du plan stratégique, se montrer capable de déterminer ce qu'on entend réaliser dans un territoire ou une activité donnée. Cette réflexion doit se tenir par grandes disciplines au niveau des GHU et des groupes d'hôpitaux en gardant en tête que la puissance de l'AP-HP se fonde sur son niveau d'activité clinique et de recherche et son unicité.

Concernant le Grand Paris, le directeur général engage l'assemblée à consulter les rapports et les articles de journaux afférents au sujet. Il reste à savoir s'il y aura une ARS Grand Paris et une ARS Ile-de-France hors Grand Paris. Dans tous les cas, l'ARS sera un interlocuteur fort en ce qui concerne l'offre de soins et sa distribution sur le territoire. Elle aura le pouvoir d'organiser cette offre mais il revient à l'AP-HP de présenter des orientations anticipant les demandes de l'ARS.

Il insiste enfin sur l'intérêt qu'il faut porter à l'élaboration du plan stratégique. Les propositions de la CME permettront certainement à l'AP-HP de se propulser dans l'avenir avec sérénité.

Le **président** clôt la discussion en notant le rendez-vous fixé à la mi-juillet pour un point sur les premières réflexions des groupes de travail.

#### **V- Principe méthodologique de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2009.**

La révision des effectifs de praticiens hospitaliers, indique **M. CORIAT**, confère à la CME un rôle majeur en matière d'équité et de rééquilibrage des dotations en personnel médical, sous réserve que la révision obéisse à une méthodologie claire et discutée au sein de l'instance (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

En propos liminaire, **M. FAGON** souligne la difficulté majeure de l'exercice lié à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2009. Il s'agit dans un contexte financier contraint, de conserver des marges de manœuvre pour redéployer et créer des postes de praticiens hospitaliers sur certains sites.

*La procédure a évolué.* On s'inscrit désormais dans un contexte de gestion de la masse salariale, laquelle doit demeurer constante pour l'ensemble des effectifs de l'AP-HP, y compris pour le personnel médical.

Il importe de maintenir cet exercice de révision des effectifs de praticiens hospitaliers car il s'agit d'un enjeu stratégique majeur en termes :

- de gestion des hommes, par la portée des recrutements sur vingt-cinq à trente années ;
- d'emplois, par leur incidence sur les priorités institutionnelles, l'encadrement médical, l'activité et leur répartition entre les sites.



A cet égard, davantage qu'auparavant, tout emploi doit être justifié : les demandes de création ; les emplois sujets à un financement fléché ; les emplois devenant vacants car les possibilités de création dépendent uniquement des possibilités de redéploiement.

*L'objectivation* des besoins se fonde sur :

- des critères de justification du maintien ou de la création d'un emploi de praticien hospitalier ;
- une demande de l'hôpital soutenue par le pôle et classée par le comité consultatif médical,

de même, seront tenus les engagements pris et validés par la CME à l'occasion de redéploiements des années précédentes.

Il importe *d'adopter des règles rigoureuses* pour conserver des marges de manœuvre, aussi :

- les redéploiements de postes doivent augmenter grâce à un plus grand nombre de reprises de postes vacants ;
  - par le redéploiement systématique du poste en cas de promotion hospitalo-universitaire ;
  - par l'augmentation du nombre de postes vacants non systématiquement maintenus et la reprise de l'emploi et des crédits ;
- dans l'hypothèse de son maintien, le poste sera conservé deux ans pour procéder au recrutement d'un praticien ;
- les créations concernent quatre cas de figures :
  - le développement de l'activité ;
  - le renforcement de l'encadrement médical ;
  - à l'occasion de recettes supplémentaires dédiées ;
  - tout autre poste jugé indispensable.

La lettre de cadrage de cette révision sera transmise à l'ensemble des hôpitaux dans les prochains jours, indique M. FAGON, invitant l'assemblée à faire preuve de pédagogie afin d'expliquer aux équipes sur le terrain ces règles du jeu. En outre, l'administration prépare des outils qui permettront d'analyser l'activité de l'ensemble des structures et d'orienter le choix des individus. Il souligne enfin le rôle essentiel et collégial d'identification et de validation des candidatures de la commission temps et effectifs médicaux de la CME.

Puis à l'adresse de **M. HARDY** qui demande si les crédits fléchés se rajoutent à la masse salariale constante, il répond par l'affirmative et étaye ce principe par l'exemple des maladies rares.

D'un point de vue pratique, intervient le **président**, la première étape de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers consistera en l'analyse au cas par cas de tous les postes de praticiens hospitaliers vacants par la commission temps et effectifs médicaux, laquelle déterminera leur maintien ou leur redéploiement. Une fois fixé le nombre de postes à redistribuer, on examinera les demandes des hôpitaux concernant la création de postes par redistribution et par autofinancement, la direction des finances ayant à se prononcer sur la réalité et la pérennité du financement.

Le premier travail, opine **M. FAGON**, vise à évaluer la marge de manœuvre en dénombant toutes les promotions hospitalo-universitaires et tous les postes vacants ou susceptibles de le devenir pour la révision des effectifs 2009. Les difficultés apparaîtront lorsqu'un hôpital disposera du financement pour un poste de praticien hospitalier dans une discipline considérée bien dotée par la CME, alors qu'un second hôpital affirmera un besoin impératif d'ouvrir un poste de praticien hospitalier dans une autre discipline sans disposer du financement adéquat. Dans cette hypothèse, sera-t-on en capacité de signifier au premier hôpital qu'il ne bénéficiera pas du poste de praticien hospitalier et qu'on prendra son financement pour l'allouer au second.

On ne devra pas se montrer frileux sur les postes vacants pour être en mesure de les redistribuer, quitte à prendre des engagements envers les hôpitaux, considère le **président**.

Tandis que **M. VALLEUR** note qu'on s'interroge sur la qualité des candidats dont la titularisation, qui impactera l'AP-HP pour vingt ou vingt-cinq ans, constitue un facteur de progrès pour celle-ci, il souhaite savoir si la méthodologie annoncée pourrait s'appliquer aux postes de praticiens hospitaliers d'anesthésie éventuellement disponibles. En effet, puisqu'on propose fermement des échanges de masses salariales entre les hôpitaux et les spécialités, on peut se demander pourquoi l'anesthésie échapperait à ce système, et ce dès lors que sa spécificité reste prise en compte.

Concernant la qualité des candidats, il apparaît indispensable au **président** de s'adosser sur les collèges de spécialité, aptes à déterminer si les candidats disposent des pré-requis nécessaires.

Puis, il rappelle que seule la discipline d'anesthésie a élaboré des critères d'activité pour chaque département d'anesthésie et peut démontrer la charge de travail quantifiée et validée de chaque praticien. Ainsi, dans le cadre d'un rééquilibrage interne, six postes vacants de praticiens hospitaliers de la spécialité ont été repris à des départements d'anesthésie pour doter la maternité de l'hôpital Bicêtre. Toutefois, il accepte de débattre de rentrer l'anesthésie dans le pool général des postes à redéployer.

Un travail engagé depuis huit à dix ans par l'anesthésie conduit, déclare **M. DASSIER**, à arrêter chaque année un ratio d'activité par praticien hospitalier et notamment un nombre de gardes, permettant de comparer l'activité des sites et de procéder à des transferts de praticiens hospitaliers d'un secteur à un autre. En faveur d'une transparence complète, il faut estime-t-il, dresser un bilan de toutes les spécialités en termes d'activité et de nombre de gardes afin de déterminer s'il revient de procéder à des glissements de praticiens. En outre, une diminution de l'activité d'anesthésie découle d'une diminution d'activité dans un autre domaine.

Pour maintenir une masse salariale constante, il convient de nommer des universitaires moins coûteux pour l'hôpital commente **M. FAYE** qui requiert des précisions d'une part, sur le caractère d'intérêt général du redéploiement lequel relèverait dans le schéma présenté d'une logique locale, tendance combattue dans les précédentes mandatures de la CME, d'autre part, sur l'autofinancement qui devient ainsi une procédure de nature générale par la mise « au pot commun » des postes autofinancés, contrairement à la procédure antérieure exclusivement locale.

L'ensemble des postes de praticiens hospitaliers vacants sera soumis à l'analyse critique de la CME qui décidera de leur maintien ou de leur reprise, précise le **président**. Les postes repris seront placés dans un pot commun dans lequel la CME puisera en vue de respecter l'équité institutionnelle.

S'agissant de l'autofinancement, tandis que l'hôpital autofinance le poste, il appartient, d'une part à la CME de valider le candidat proposé et la pertinence médicale du poste, d'autre part à la direction économique et financière de valider la réalité et la pérennité du financement.

Suite à une question de **Mme GAUSSEM** relative à l'état financier des établissements et notamment à un éventuel déficit du budget dédié au personnel médical, **M. CORIAT** répond que le critère d'un financement par l'hôpital pour la création d'un poste se fonde sur des demi-journées activées et réellement budgétées au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Raisonnement en masse salariale, intervient **M. FAGON**, implique de se référer à une photographie au 31 décembre 2007 de la masse salariale effectivement utilisée pour rémunérer les praticiens, titulaires ou non, sur l'ensemble des sites. Les termes d'autofinancement et de redéploiement sont désormais vides de sens et la difficulté collective réside dans le fait qu'on ne parle plus simplement de postes mais de postes et de leur financement.

L'exercice 2007 s'est clôturé en très léger déficit, indique le **directeur général**, nécessitant en 2008 pour se maintenir, de réaliser une croissance de 2 % de l'activité et de travailler sur les ressources humaines. Ce contexte le conduit à supprimer plusieurs centaines d'emplois non médicaux pour cette année. Raisonner à masse salariale constante, signifie de raisonner en fonction des postes qui se libèrent du fait de départs, de promotions ou de mutations. On doit donc privilégier l'analyse au cas par cas sur quelques principes de base et arbitrer entre les souhaits de l'hôpital, du pôle et de l'administration.

Puis **M. LECLERCQ** illustre son propos par l'exemple du coût moyen égal à 120 000 euros d'un praticien hospitalier, lequel doit être capable de produire une activité qui représentera trois à quatre fois son salaire et ses charges, eu égard à la structure des coûts de l'AP-HP qui supporte un coût de trois milliards d'euros pour le personnel non médical et de huit cent cinquante millions d'euros pour le personnel médical, sur un total de six milliards d'euros. Dans ces conditions, ce ratio est le moindre que l'on puisse demander à un praticien hospitalier clinique.

Cependant, le caractère aléatoire de ce principe oblige à faire d'abord appel à des praticiens hospitaliers contractuels avant d'envisager de pérenniser ce système. Le développement de l'activité clinique et l'utilisation des marges de manœuvre vers la clinique semblent essentiels au directeur général, même si les autres postes le sont aussi. La priorité pour maintenir l'état et la puissance de la structure consiste à développer l'activité et donc à octroyer les moyens humains nécessaires, avise-t-il.

**M. MUSSET** pense qu'il faut mettre en balance l'équilibre financier de l'hôpital non seulement sur les emplois médicaux mais aussi au niveau global. Si un hôpital présente un équilibre financier et se voit retirer des postes pour les confier à un hôpital en déficit majeur, la communauté médicale de l'hôpital ainsi sanctionné ne comprendra pas pourquoi elle ne peut pas redistribuer elle-même ce poste dans un secteur jugé déficitaire par la direction de la politique médicale. Il pense donc utile de faire correspondre la politique médicale et les possibilités financières de l'hôpital.

Le **directeur général** émet une remarque d'ordre général sur les hôpitaux bénéficiaires et sur les hôpitaux déficitaires en rappelant d'abord la notion fondamentale de solidarité des hôpitaux de l'AP-HP. Il lui appartient donc, et sans doute aussi à la CME, d'intervenir auprès des hôpitaux aux modes de gestion qui peuvent être encore améliorés en acceptant qu'on affecte dans un hôpital déficitaire un praticien hospitalier clinicien pour redresser l'activité. Il répond ensuite par l'affirmative à **M. RYMER** qui souhaite savoir si l'économie pérenne réalisée sur le budget du personnel médical lorsqu'un poste de praticien hospitalier est redistribué sur un autre hôpital, peut être prise en compte dans le plan de retour à l'équilibre.

Le **président** évoque le cas parfois rencontré d'un praticien hospitalier pressenti sur un poste devenu vacant, mais qui ne sera disponible pour l'occuper que deux ans plus tard. Très souvent, l'hôpital craignant la reprise du poste, le confie à un autre candidat même s'il ne possède pas toutes les qualités requises. Il importe donc de travailler dans un climat de confiance mutuelle, quitte à prendre des engagements, et accepter d'attendre deux ans avec sérénité le candidat adéquat.

**M. MUSSET** souscrit à ces propos et à l'idée d'une solidarité institutionnelle. Effectivement, un hôpital même déficitaire qui veut développer une activité doit pouvoir obtenir un poste supplémentaire évalué correctement. Néanmoins, s'exprimant au nom d'un grand nombre de présidents de CCM, il pense que ces derniers pourront plus facilement expliquer que le poste pris sera redistribué dans un autre établissement si le leur est très déficitaire, que s'il est bénéficiaire.

**M. HARDY** demandant si l'option d'une révision pluriannuelle des effectifs peut techniquement s'envisager prochainement, **M. FAGON** répond qu'on reste à deux publications de vacances de postes par an, l'une se déroulant actuellement et l'autre à l'automne. Il convient de se mettre en situation pour organiser un seul tour, confirmé par le **président** qui précise, à l'adresse de **M. WEILL**, que la révision des effectifs débutera au mois d'octobre pour une validation complète de l'ensemble des postes de praticiens hospitaliers déclarés vacants et publiés au mois d'avril 2008. La CME validera en décembre prochain les postes de praticiens hospitaliers mis au recrutement en avril 2009 pour un recrutement en juin 2009 et une deuxième vague de recrutements interviendra au mois d'octobre suivant.

Il conviendrait que la direction de la politique médicale puisse présenter au plus tard à la séance de septembre de la CME, le nombre de postes de praticiens hospitaliers susceptibles d'être vacants ainsi que le nombre de postes demandés par les hôpitaux afin d'entamer le travail dès septembre observe **M. CORIAT**.

**M. FAGON** déclare qu'il ne disposera d'informations fiables qu'en octobre.

## **VI- Cartographie des autorisations en oncologie.**

**M. LACAU ST GUILY** introduit le sujet en indiquant que les nouvelles mesures concernant notamment les seuils d'activité en oncologie dans les hôpitaux, n'induisent pas de conséquences immédiates, néanmoins le dossier soulève des questions d'ordre stratégique (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Après avoir brièvement rappelé les quatre piliers, aux mesures opposables, fondement des autorisations en oncologie :

- deux décrets ministériels ;
- un arrêté posant le principe des seuils d'activité minimaux ;
- des critères d'agrément de l'INCa

et les seuils, relativement bas, touchant six spécialités en chirurgie du cancer, **Mme RHEIMS** décrit la méthodologie choisie par l'INCa et par les tutelles avec l'accord des groupes d'experts concernant la chirurgie :

- la présence d'un diagnostic principal de cancer ;
- les séjours appartenant à un GHM de chirurgie ;

- le tri des séjours par discipline en fonction du diagnostic principal,

avant de formuler quelques remarques sur la comptabilisation de l'activité de la chirurgie de l'œsophage et de la chirurgie de la thyroïde et enfin de signaler un travail en cours pour identifier les activités non assujetties à un seuil.

Puis elle mentionne les objectifs pour l'AP-HP :

- être au rendez-vous de l'élaboration du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) 2008 ;
- assurer le dépôt des dossiers d'autorisation dès l'ouverture de la fenêtre (quatrième trimestre 2008) ;
- prévoir les mises en conformité permettant l'attribution des autorisations ;
- garantir la mise en place d'un tableau de bord des centres de coordination en cancérologie « 3C de l'AP-HP ».

La révision du SROS cancer se déroulera dans le cadre d'un calendrier contraint :

- à la mi-juillet, la rédaction du volet « traitement du cancer » ;
- en septembre, la publication du SROS révisé ;
- à l'automne, l'ouverture de la fenêtre des autorisations ;
- à la fin du premier semestre 2009, la délivrance des autorisations demandées.

Mme RHEIMS termine son exposé en détaillant les premiers résultats recueillis suite à l'application des mesures évoquées. D'un point de vue quantitatif, l'AP-HP se révèle peu impactée par les seuils au vu du faible niveau d'activité des seuils et compte tenu de son poids. D'un point de vue qualitatif, un certain nombre d'éléments à parfaire sont en cours d'amélioration.

Par ailleurs, l'AP-HP demeure le premier établissement en cancérologie d'Ile-de-France mais dispose d'une activité éclatée. Enfin, sur la base des données régionales 2006, elle note que les parts de marché de l'AP-HP s'avèrent variables suivant les disciplines soumises à des seuils.

Pour sa part, **M. LACAU ST GUILY** ajoute que l'AP-HP jouit d'une position forte car elle assume une grande partie de l'activité. Cependant, en raison de la dispersion d'activité, la question à poser regarde l'investissement de ces hôpitaux dans une politique de site que l'institution doit élaborer pour essayer de concentrer les forces en vue d'atteindre un niveau d'excellence en chirurgie et dans les disciplines connexes, thème majeur sur lequel travailler dans le cadre de la préparation du plan stratégique. Au-delà des autorisations des seuils, on devra aller plus loin pour maintenir le niveau quantitatif et qualitatif d'une cancérologie modèle.

**M. VALLEUR** insiste, pour le regretter, sur la dispersion des structures de l'AP-HP. En Ile-de-France, 41 % des structures actives en chirurgie cancérologique ne passent pas les seuils requis.

Ceci renvoie à la redistribution des séjours, non seulement des séjours d'Ile-de-France mais aussi d'autres régions, qu'on devra absorber remarque **M. LACAU ST GUILY**, le sujet concernant la France entière et non la seule région Ile-de-France.

Le **président** demande si la notion de seuil et de masse critique conduira à effectuer des regroupements de structures au niveau de l'AP-HP ou vers un développement de l'offre de soins avec un nombre identique de structures existantes, tout en observant que la cancérologie chirurgicale, placée dans les services de chirurgie, rend assez difficile les possibilités de restructuration ou de regroupement.

**M. LACAU ST GUILY** militerait pour une hausse du niveau d'expertise de la structure et donc pour une concentration des moyens tels les grands centres de traitement du cancer, l'institut Curie et l'institut Gustave Roussy (IGR).

Il ne s'agit pas de créer des services de cancérologie chirurgicale car les services de spécialité procéderont à l'investissement comme cela se pratique dans le secteur privé. Néanmoins, actuellement, des établissements privés décident de ne pas investir sur le cancer qui exige des investissements lourds et spécifiques, tandis que d'autres considèrent la pathologie rentable et intéressante. L'AP-HP doit aussi mener ce type de réflexions stratégiques.

En accord avec l'idée de devenir attractif, **M. MUSSET** rappelle que l'institut Curie et l'IGR se trouvent en tête des classements car ils ne prennent en charge que le cancer. On pourrait donc réfléchir à la possibilité qu'un des hôpitaux de l'AP-HP dispose du label « cancer » pour devenir plus attractif que ces établissements.

**M. LACAU ST GUILY** relate que par le passé, tous les établissements de soins d'Ile-de-France avaient été positionnés suivant les termes de proximité, de spécialisé ou hautement spécialisé. Certains des grands établissements cancérologiques, par exemple la Pitié-Salpêtrière, avaient été labellisés « hautement spécialisé ». Cette démarche s'est avérée positive et structurante pour les hôpitaux de l'AP-HP lesquels ne traitent pas que le cancer. Pour autant, cette catégorisation correspond à des investissements pertinents en ce qui concerne la cancérologie.

Ce dossier reste à suivre dans le cadre du plan stratégique, conclut le **président**.

## **VII- Information sur le renouvellement des membres de la commission d'activité libérale.**

Le mandat des membres de la commission d'activité libérale arrive à échéance en septembre informe **Mme RIVET**. Il appartient à la CME de proposer des désignations pour certains de ces membres.

La CME doit proposer le nom de deux praticiens, membres ou non de la CME, pour chaque commission locale dans les établissements où ces commissions existent, un praticien exerçant une activité libérale en dehors de l'hôpital concerné et un praticien sans activité libérale.

Pour la commission centrale, la CME proposera trois noms dont deux praticiens ayant une activité libérale et un praticien sans activité libérale.

Le **président** invite les membres souhaitant participer à ces commissions à se manifester par courrier électronique auprès de lui.

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

Mis aux voix, le nouveau contrat d'activité libérale et le renouvellement de contrat sont adoptés par 18 voix pour, 4 voix contre ; on note 10 abstentions.

### **IX- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 avril 2008.**

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité des membres présents

### **X- Question diverse.**

**M. FAYE** évoque une prime correspondant à environ un treizième mois versée à destination des infirmiers des blocs opératoires, annoncée par le directeur général au cours du dernier trimestre 2007. Cette prime serait mise en exergue dans l'augmentation attendue de l'activité chirurgicale et obérée si l'augmentation du salaire des collaborateurs avait un impact sur la productivité et sur le travail réalisé dans les blocs opératoires, avait ajouté **M. LECLERCQ**.

L'intervenant demande des informations sur l'octroi de cette prime.

Porte-parole du directeur général, **M. FAGON** donne des éléments de réponse. Tout d'abord, le directeur général confirme les engagements pris. Cependant, le dossier relatif à l'application de cette mesure qui consiste à accorder une prime de cent euros par infirmier travaillant dans les blocs opératoires, se trouve actuellement bloquée au niveau du contrôleur financier. De plus, une démarche engagée auprès du ministère de la santé s'aligne avec les conclusions de la commission Larcher. Par ailleurs, le directeur général rappelle qu'il est membre du comité ressources humaines de la commission Santini sur la réforme de la fonction publique hospitalière. En compagnie de Mme RICHOMES, directrice du personnel et des relations sociales, également membre de ce groupe de travail, il développe la possibilité de moduler les rémunérations du personnel de l'AP-HP. Cet aspect du dossier prendra un peu de temps mais il ne désespère pas de pouvoir débloquer la situation avec le contrôleur financier dans les semaines à venir.

\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 15.

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

**Mardi 10 juin 2008 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 28 mai 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.