

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 9 FEVRIER 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 AVRIL 2010**

ORDRE DU JOUR
de la CME du mardi 9 février 2010
(salle du Conseil d'Administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif concernant le plan stratégique et l'EPRD 2010 (*M. Leclercq - Pr Coriat – Pr Fagon*)
- 2- Evolution du CEDIT (*Mme Gilardi – Pr Frachet*)
- 3- Certification V2010 à l'AP-HP (*Dr Perier*)
- 4- Diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) – Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) (*Mme Deal, Pr Capron*)
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 6- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 janvier 2010.
- 7- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C :

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

Composition B :

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH offert à la mutation (révision des effectifs HU 2010)

Composition A :

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2010)

Sommaire

I.	Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif concernant le plan stratégique et l'EPRD 2010	11
II.	Evolution du CEDIT	12
III.	Certification V2010 à l'AP-HP	14
IV.	Diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) – Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)	17
V.	Avis sur des contrats d'activité libérale	20
VI.	Approbation du compte-rendu de la séance du 12 janvier 2010	20
VII.	Questions diverses	21

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
 - M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - M. le Pr BERCHE
 - M. le Pr SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
 - Mme AULONG, directrice de la communication,
 - M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - M. GOTTMANN, direction de la politique médicale,
 - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

- ***membres excusés :***
 - Mme le Pr. AIACH, M. le Dr FAYE, Mme le Pr. GAUSSEM, Mr le Dr REMY, Mme le Dr. SEGUIN.

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence de M. CORIAT.

En préambule, **le président** rappelle que l'AP-HP doit être au rendez-vous de la convergence intrasectorielle. L'institution a refusé que les emplois soignants fassent partie de la variable d'ajustement budgétaire et que leur retrait soient un objectif. Elle a proposé une élaboration de l'EPRD fondée sur des projets, portés par des restructurations dont la CME est informée. Elle a défendu une méthodologie mettant en avant l'offre de soins déclinée de manière pertinente.

Le président de la CME indique avoir rencontré la Ministre de la Santé, qui a noté la pertinence de cette méthode. Le retrait d'emplois soignants serait abandonné en tant qu'objectif ; la Ministre a entériné la démarche par projets et noté le volontarisme dont fait preuve l'AP-HP pour se restructurer, une douzaine de projets consensuels portant l'EPRD 2010. La Ministre a également déclaré qu'un EPRD serait négocié avec les tutelles, sans que l'objectif du retrait d'emploi ne soit reporté sur les projets qui fondent l'EPRD 2010.

Le président indique avoir demandé à la Ministre de communiquer cette position à la presse et avoir rappelé la vigilance de la CME quant à la concrétisation de ces discours. Il était indispensable d'obtenir que le retrait d'emplois soignants ne soit pas un objectif. Il n'en demeure pas moins nécessaire de poursuivre les restructurations et de porter attention à une prescription raisonnée du médicament, la variable d'ajustement budgétaire risquant sinon de devenir l'investissement, comme ce fut le cas par le passé.

Se pose actuellement la question du renouvellement des CDD. Le président demande au directeur général s'il peut intervenir sur ce point, ainsi que sur la manière d'informer les directeurs d'hôpitaux de la position ministérielle et des modalités de la démarche par projets concernant le tableau des emplois soignants.

Le directeur général commence par distinguer les consultations menées par la Ministre sur le plan stratégique de l'AP-HP et les discussions relatives à l'EPRD. Les premières étant en cours, il ne lui appartient pas de les commenter. Il précise en revanche que la circulaire relative à l'EPRD 2010 ne sera connue qu'en avril / mai. En termes de méthodologie, l'élaboration du plan stratégique étant conduite parallèlement à l'EPRD, il lui semble préférable que les décisions soient chiffrées par le Conseil Exécutif puis présentées à la CME. La mise en œuvre l'EPRD 2010 revenant aux directeurs hospitaliers, sous la responsabilité du directeur général, chaque directeur doit présenter les projets intragroupes à effet immédiat en 2010. L'EPRD serait ainsi construit en deux temps, sur la base de projets, dans un contexte d'attente du cadrage gouvernemental. Le directeur général maintient donc la démarche par projets de l'EPRD. Il note toutefois que la somme par projets est pour l'instant insuffisante pour répondre aux enjeux économiques et financiers de l'institution.

S'agissant des CDD, en l'absence de visibilité sur la gestion des effectifs 2010, le directeur général maintient, en l'état, la centralisation des renouvellements au delà cinq mois.

Le président souligne que la communauté médicale compte sur le directeur général pour que le renouvellement des CDD n'entraîne pas une diminution des effectifs soignants auprès des malades.

Le directeur général répond que les CDD, sauf cas particulier, sont utilisés pour des missions de très courte durée ou pour des remplacements de personnel. La gestion des CDD dépend de la capacité financière et de recrutement de l'AP-HP.

Le président souligne que le problème concerne essentiellement les agents et les secrétaires médicales, indispensables au fonctionnement des services.

Le directeur général ne conteste pas leur caractère indispensable, mais s'interroge sur l'efficacité de certaines organisations en place. Celle-ci pourrait sans doute être améliorée.

Sur les dépenses de titre I pour le PNM, **M. FOURNIER** souligne que l'institution continue à fonctionner en attendant l'arrêt de l'EPRD 2010. Il faut donc tenir compte du quotidien de l'AP-HP, marqué par des départs à la retraite, des arrêts maladie, des congés maternité etc. Ce n'est pas la DHOS qui gère ce quotidien. Or la diminution des autorisations ponctuelles de remplacement ou de recrutement commence dès janvier, avant que l'EPRD ne soit réellement connu. Le premier trimestre de l'EPRD 2010 est donc en train d'être réalisé. De ce fait, M. FOURNIER souhaite savoir si l'EPRD 2010 est engagé sur des bases similaires à celles de 2009 ou s'il y a des modifications. Le ressenti du terrain est que sa réalisation varie d'un GH à l'autre. Il demande également si la moyenne des dépenses va continuer ainsi.

Le directeur général répond que la gestion commence effectivement début janvier. Une politique de rigueur est donc appliquée, qui prête attention à toutes les dépenses, y compris de titre I, tout en liant le retrait d'emplois à des projets. Il se peut que certains projets à connotation médicale, impactant les effectifs, soient en cours de démarrage. Afin d'éviter les dérives, le directeur général indique également maintenir une pression sur le renouvellement des CDD, qui lui permet de maîtriser l'augmentation des dépenses. Son objectif est que chaque GH intériorise ses responsabilités en la matière.

M. LYON-CAEN souligne qu'en dehors des CDD, des emplois ne sont pas occupés : en cas de départ ou d'absence, les postes statutaires ne sont pas remplacés. A propos des congés parentaux, il semble que leur prise en charge ne soit pas assurée par l'employeur et que les personnes concernées ne soient pas remplacées. M. LYON-CAEN demande donc une communication claire sur ce point, afin de pourvoir au remplacement des absences ou des départs.

Le directeur général reconnaît que le non remplacement du départ d'une infirmière peut sembler inopportun. Il le semble moins cependant, lorsqu'il a lieu dans un service sur-doté, au regard d'autres services sous tension. Le directeur général ne considère pas la dotation des pôles comme définitive tant que n'ont pas été étudiés le taux d'encadrement paramédical de certaines activités, l'éventuelle dispersion pouvant freiner les gains de productivité et le taux d'occupation et analyse des indices de performance. Ce principe étant posé, il souligne que les départs permanents sont massivement remplacés. En 2010, seront ainsi financés 1 716 ETP annuels de promotion professionnelle, dont une grande partie sont des IDE.

S'agissant du remplacement des absences, la problématique diffère selon la durée de ces absences. Sont privilégiées les unités de soins dont le taux d'activité est fort. La gestion fine des emplois ne peut se contenter d'une règle générale : les remplacements s'effectuent au cas par cas, en fonction des situations rencontrées et en particulier du niveau de dotation en personnel.

La question des emplois non occupés est complexe. Le directeur général rappelle qu'il n'existe plus de tableau des emplois définitifs. Il existe un nombre d'ETP « rémunérables » permettant de gérer l'effectif pour une année donnée. En 2009, l'ETPR, en baisse par rapport à 2008, a été respecté. L'ETPR 2010 sera sans doute lui-même en baisse relative par rapport à 2009. Cette situation explique que la gestion des effectifs et des remplacements soit relativement serrée.

M. LYON-CAEN souligne que le problème n'est pas dans la centralisation des directives, mais dans leur exécution *in situ*. Il est impossible de continuer à fonctionner avec un discours général en décalage avec les réalités quotidiennes. Le non renouvellement d'un ou deux emplois suffit, dans une situation tendue, à déséquilibrer un service. Une grande souplesse est requise, que l'AP-HP n'a pas. Il importe par ailleurs de s'accorder sur le TPER. Le système de comptabilité du personnel est fondé sur des références douteuses, témoignant d'une discordance entre la réalité et les chiffres avancés. M. LYON-CAEN réclame donc plus de souplesse et de délégation. Il attend également une réponse sur les congés parentaux, rarement accordés sous prétexte de l'impossibilité de remplacer les personnes qui les demandent.

S'agissant de l'exécution *in situ*, **le directeur général** souligne qu'on ne peut lui demander de donner des impulsions aux directeurs de groupe tout en lui disant qu'il ne peut gérer le terrain à partir du niveau central. Il faut sortir de ce débat et analyser de manière raisonnable et comparative le taux d'encadrement souhaitable des services. Le débat sur les remplacements s'en trouverait simplifié. Le directeur général convient de la nécessité d'une plus grande souplesse, tout en soulignant que celle-ci n'est pas synonyme de laxisme : elle doit être encadrée.

Mme RICOMES propose de donner des informations techniques ultérieurement sur la question des congés parentaux, pour lesquels aucune instruction concernant le non remplacement n'est donnée de la part de la DRH.

Le président estime que la comparaison des effectifs soignants des services doit se faire au niveau des sites.

Le directeur général ne partage pas cette vision. Il cite l'exemple du transfert d'une activité entre deux hôpitaux d'un même groupe, qui permet de libérer des emplois PNM tout en augmentant l'activité. L'analyse des différents services doit donc se faire en interne au niveau de l'AP-HP, avec une méthode appropriée de travail avec les GH.

M. WEILL se réjouit que la Ministre de la Santé ait confirmé que le nombre de rendus d'emplois serait déterminé après définition d'une organisation cible. Cependant, il indique collaborer depuis trois mois avec des consultants de Cap Gemini et la mission efficience, dont le travail ne semble pas tenir compte des remarques des chefs de pôle, ni des différents collègues. Le raisonnement retenu semble purement mathématique, dans le but de parvenir aux chiffres annoncés dès le début, sans intégrer la moindre réflexion organisationnelle. Ce constat l'inquiète, d'autant plus que les propositions des chefs de service et des chefs de pôle permettent de se rapprocher des objectifs. Si la mission efficience s'en tient à un principe mathématique, les chefs de pôle ne pourront pas cautionner les rendus de postes.

La séance est interrompue par les représentants syndicaux. Le président Coriat sort pour s'entretenir avec eux.

Le directeur général reconnaît la qualité des réflexions menées par le groupe de travail sur le bâtiment Jean Daucet et l'Hôtel Dieu. Le regroupement de l'Hôtel Dieu avec Cochin doit permettre des gains de productivité. Ce principe étant posé, le groupe de travail a proposé une réorganisation astucieuse, favorisant l'atteinte des objectifs. Il s'engage donc à rappeler à la mission efficience que l'objectif principal de cette réorganisation est la prise en compte de la biologie de Cochin dans le bâtiment rénové et que l'opération doit être productive. Le directeur général affirme qu'il veillera à ce que les remarques des chefs de service, ne remettant en cause ni l'économie générale du projet ni les gains de productivité, soient prises en compte.

M. DASSIER note que les tableaux d'emplois ne sont plus figés et dépendent du niveau d'activité. Il note également que les restructurations sont nécessaires et vont conduire à redimensionner le personnel non médical et médical. La nécessité de ces redimensionnements est compréhensible, mais le fait que les postes vacants suite à un départ en retraite ou à un décès soient figés l'est moins, d'autant plus qu'il pose un problème majeur d'attractivité des postes auprès des plus jeunes. M. DASSIER souhaite donc savoir si leur remplacement est véritablement subordonné à la réponse du siège.

M. FAGON répond qu'à la dernière révision des postes de PH, quatre postes ont été repris en anesthésie-réanimation sur une soixantaine de postes "vacants". Les chefs de service sont libres de recruter des PH sur les postes vacants restants.

Le vice-président ajoute que l'anesthésie réanimation a été identifiée comme démographiquement fragile et devant bénéficier du maintien du recrutement des plus jeunes, lequel ne devrait donc pas poser problème.

Au regard de l'importance de l'enveloppe consacrée à l'intérim, aux heures supplémentaires et aux remplacements, **M. ABDOUN** suggère de créer des équipes de suppléance à même de répondre réellement aux besoins sur les postes d'infirmiers, de secrétaire médicales etc., puisque les coopérations à l'intérieur des GH pourraient être transversales. La création d'équipes de titulaires servirait davantage l'objectif d'efficience que le recours à l'intérim.

M. ABDOUN s'étonne par ailleurs que la direction générale ne mentionne pas le critère de la sécurité parmi les critères de remplacement. Il arrive qu'une infirmière se retrouve seule dans un service la nuit. M. ABDOUN demande donc que le remplacement des absences se fonde sur des critères précis, incluant la sécurité des patients et les conditions de travail. Si l'EPRD se fonde sur les projets, il conviendrait d'en prévoir aussi pour les RH.

Le vice-président partage le constat de la difficulté du quotidien et des absences inopinées, qu'il faut pouvoir traiter avec un minimum de souplesse, à l'intérieur du pôle ou au niveau local.

Le directeur général convient que l'intérim n'est pas la bonne solution. Il souligne que ces dépenses ont d'ailleurs été réduites. Concernant la création d'équipes internes, les avis sont partagés. Certains soulignent que ces équipes disparaissent rapidement par intégration du personnel dans des équipes fixes, tandis que d'autres développent l'argumentaire de M. ABDOUN. S'agissant des remplacements, chaque GH doit trouver les méthodes adaptées pour les gérer, mais il n'en demeure pas moins possible de dégager des marges de manœuvre sur les secteurs étant moins sous tension. Quant aux critères de remplacement, la sécurité en fait partie.

S'agissant de la gestion du PNM, **M. VALLEUR** souligne qu'il existe des différences considérables entre hôpitaux, allant du simple au double par lit d'hospitalisation. Il convient de réfléchir sur l'adéquation entre le nombre de PNM et l'activité réelle.

Le directeur général répond que ce constat peut être posé par tous et ne peut être ignoré. La question de l'équité de la répartition des moyens est soulevée à chaque débat sur le PNM, entre le GH du nord et ceux du sud et de l'ouest.

Le président Coriat rejoint la réunion à l'issue de son entretien avec les représentants syndicaux.

Le président indique que les représentants syndicaux ont des craintes sur la pertinence des restructurations menées à l'AP-HP et sur la non information des soignants sur les réflexions menées en CME. Il précise leur avoir répondu que la CME était ouverte au dialogue et proposé de se rendre au CTE afin de répondre aux questions des soignants. Il propose une interruption de séance pour permettre aux représentants syndicaux d'exprimer leurs inquiétudes.

Une représentante syndicale explique que les représentants des soignants n'ont pas d'information complète sur ce sujet et n'ont pas connaissance du projet global de restructuration. Ainsi, lors du dernier CTE, les résultats des conférences stratégiques n'ont pas été communiqués. Les organisations syndicales ne sont pas contre la modernisation et l'amélioration de la prise en charge des malades, mais s'inquiètent des dernières décisions du Conseil Exécutif qui aboutiraient à des aberrations médicales, notamment à l'Hôpital Trousseau. Il existe un décalage entre les annonces de la direction générale et la réalité du terrain. Les représentants syndicaux s'inquiètent du nombre total de lits fermés à l'issue des restructurations et du nombre de postes appelés à disparaître, notamment au regard de conditions de travail déjà dégradées. Les organisations syndicales ont à cœur de défendre l'institution dans l'intérêt des patients et de la population.

Une représentante syndicale ajoute qu'il est nécessaire de pouvoir dialoguer en toute transparence au sujet de l'emploi. Par exemple, la présentation du projet de transfert d'activités de Saint-Vincent-de-Paul à Necker ne comprenait aucun chiffre sur l'emploi. Il semble que la discussion sur l'emploi se déroule davantage en CME qu'au CTE central. C'est pourquoi elle s'adresse aux membres de la CME, qui partagent leur préoccupation d'assurer le fonctionnement de l'institution dans des conditions difficiles.

Un représentant syndical souligne que les réflexions actuelles s'inscrivent dans une nouvelle logique, c'est-à-dire dans le contexte d'une loi restructurant l'offre de soin, avec la création des ARS. L'un des buts de la réorganisation régionale des soins semble être de déstabiliser l'AP-HP. Ce n'est plus la CME ni les instances de l'AP-HP qui décident, mais le gouvernement, à travers le Conseil Exécutif. Or ce dernier ne vivra que jusqu'en 2010, puisque seront ensuite mis en place des directoires directement rattachés à l'ARS. L'AP-HP est en train de s'affaiblir vis-à-vis du gouvernement. Les organisations syndicales appellent donc le corps médical à s'unir pour défendre l'AP-HP, seul garant de l'offre de soins publique régionale et acteur du développement de l'offre médicale en France.

Le président confirme sa proposition de se rendre au CTE afin d'établir un dialogue.

Les représentants syndicaux quittent la salle ; la CME reprend ses échanges.

M. CAPRON rappelle que M. CORIAT a signé un engagement de démission si des retraits d'emplois étaient décidés qui ne seraient pas justifiés médicalement. Cette démarche a rencontré un écho certain. Il demande quand et comment la CME saura s'il faut suivre cet engagement.

Le président souligne que la démarche de la CME a contribué à faire évoluer les tutelles. Cette prise de position, qu'il maintient, s'est avérée utile. La CME intervient en tant que gardien de la qualité des soins et des emplois soignants. Son président rencontre régulièrement les présidents de CCM pour s'assurer de la transmission de ce discours. Il convient d'être attentif au terrain, qui attire actuellement l'attention sur le problème du renouvellement des CDD. Si la communauté médicale soulignait l'existence de retraits d'emplois soignants non justifiés médicalement, M. CORIAT en tirerait les conséquences. Il rappelle qu'à l'issue de son entretien avec la Ministre, la variable d'ajustement ne semble plus être les emplois mais l'investissement. Par ailleurs, il

constate que le débat actuel porte sur l'approbation ou le rejet des restructurations et non sur la poursuite du retrait d'emplois soignants. M. CORIAT considère qu'il est nécessaire de poursuivre les restructurations afin de préserver l'institution. Il s'engage à démissionner de ses fonctions si sa position n'était partagée et que le but poursuivi n'était pas atteint.

Le vice-président se déclare solidaire de l'engagement du président de la CME. Il reconnaît également qu'il importe de rester particulièrement attentif à la position du gouvernement et à la manière dont ses discours se traduiront. Conscient d'un risque « d'endormissement », le président et le vice-président de la CME ont discuté d'une présentation chiffrée avec le directeur général, afin de parvenir, au moins en interne, à une projection des projets permettant de les soumettre à validation. Le directeur général a affirmé que la CME de mars devrait apporter davantage de visibilité sur l'impact des projets sur l'emploi.

Le président souligne que les CME précédentes ne discutaient pas des emplois ni des restructurations. La CME actuelle a pris conscience de ces enjeux. Il insiste sur la lisibilité des débats et de l'action menée par le bureau de la CME.

M. LYON-CAEN demande à la direction générale et à la présidence de la CME si elles différencient « suppression » et « non remplacement ». Il alerte les présidents de CCM ici présents : les termes peuvent avoir changé, mais l'esprit reste le même.

Le directeur général répond que la suppression et le non remplacement d'un départ définitif reviennent au même. En revanche, la question se pose différemment lorsque le non remplacement est lié à des difficultés de recrutement ou à des problèmes particuliers. Le directeur général explique qu'il reste attentif à conduire au mieux la gestion 2010, qui a déjà débuté. Il confirme que l'ajustement des effectifs permanents s'effectue par le non remplacement des départs naturels, sur la base d'un projet.

Le président rappelle que le remplacement des personnels soignants relève d'une discussion avec le directeur du site, qui donne ou non satisfaction selon le nombre d'emplois de sa structure.

M. LACAU-SAINT-GUILY souligne la nécessité d'un arbitrage du siège dans les situations difficiles, notamment entre hôpitaux, ce qui pose le problème de la pertinence des outils d'analyse. La difficulté consiste à trouver la bonne adéquation entre les méthodes d'analyse locales et centrales. S'agissant du PNM, des infirmières ne sont pas remplacées lors des départs naturels et des congés maternités. Le problème est alors de déterminer si elles doivent être remplacées par des intérimaires, par du personnel statutaire ou par le personnel du pôle, dont les qualifications ne sont pas toujours adéquates. C'est un problème de sécurité mais aussi de qualité des soins.

Le directeur général souhaite que les niveaux d'arbitrage se situent au niveau du siège, mais aussi des GH et des pôles, ce qui requiert des outils de pilotage semblables. Il note cependant que le terrain, grâce à une asymétrie d'information en sa faveur, possède une certaine capacité à montrer uniquement les aspects positifs d'une situation. Prenant l'exemple des blocs opératoires, certains peuvent ne pas être occupés par manque d'IBOD. Or il peut y en avoir dans une structure proche. Il importe donc de rééquilibrer l'organisation des services et de parvenir à des chiffres incontestables. Le directeur général précise par ailleurs que le calcul des effectifs pour une activité donnée prend en compte un taux de remplacement.

M. DRU demande quand sera affiché le nombre de PM et de PNM à supprimer face aux opérations de restructurations. Le directeur général avait annoncé cette communication pour la CME de février.

Le directeur général répond qu'il lui est possible de citer des chiffres, mais ceux-ci sont pour l'instant partiels. Des décisions restent à prendre. Il propose donc de présenter des chiffres en mars, qui seront une première étape.

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif concernant le plan stratégique et l'EPRD 2010

Le président indique que la révision des effectifs de postes de PH est finalisée. Elle a été acceptée par l'ensemble des hôpitaux. Les situations litigieuses ont été réglées. La révision des postes de PH n'est donc pas contestée. Le Président rappelle que cette révision est assujettie à un rendu de gardes et astreintes médicalement pertinentes ; une lettre a été envoyée dans ce sens aux hôpitaux concernés. Quant au sujet du PNM sur le titre I, il a été largement traité.

Concernant l'EPRD 2010, il importe d'aller au bout des projets. Des présentations préliminaires auront lieu en mars / avril. Le cadrage des tutelles est attendu pour aller plus loin.

S'agissant du plan stratégique 2010-2014, les décisions en ont été présentées à la CME, en étant conscient de la lourdeur de celle concernant l'Hôpital Trousseau. Le directeur général s'est engagé préserver un fonctionnement de qualité et le dynamisme des équipes du site, tant qu'un schéma clair de la pédiatrie spécialisée ne serait pas prêt. La réunion d'un groupe projet sur l'ensemble de la pédiatrie spécialisée de l'AP-HP est nécessaire. Le président de la CME déclare attendre de la communauté pédiatrique une reprise du dialogue.

M. CAPRON souligne qu'il est difficile d'installer un groupe projet quand les prémices en ont déjà été votées par le Conseil Exécutif, à savoir le retrait des spécialités de Trousseau, réparties entre Debré et Necker. Il s'interroge sur ce qu'il reste à discuter dans ces conditions.

Le président répond qu'il reste par exemple à traiter le sujet de la pédiatrie nécessaire au fonctionnement d'une maternité de niveau III. Concernant la lisibilité de la discussion, outre un rapport sur la pédiatrie spécialisé, a été organisé un groupe stratégique sur le sujet de la pédiatrie spécialisée. Trois hôpitaux sur quatre ont déclaré une offre de soins excédentaire, laissant de la place pour une hospitalisation classique dans leur établissement. Un hôpital a mis en avant ses qualités cliniques, scientifiques et académiques, l'homogénéité de son fonctionnement et un projet chiffré. Le Conseil Exécutif a analysé les chiffres et pris sa décision. Le président de la CME réaffirme que poser le problème de Trousseau était de son devoir. C'est une marque de respect vis-à-vis de cet hôpital et de son personnel. Soit le groupe projet ne pourra pas se réunir, suite à un refus des communautés pédiatriques, soit il permettra de renouer le dialogue, y compris entre les doyens et les communautés pédiatriques. Il est indispensable d'avancer sur ce sujet, d'autant plus que l'excellence des collègues de Trousseau n'est pas remise en cause.

M. GARABEDIAN ne partage pas l'analyse de M. CORIAT. Si la lettre de mission du groupe de travail consiste à étudier la mise en œuvre de la décision du Conseil exécutif, ça ne se passera pas bien. Il souligne l'importance d'intégrer les doyens à la discussion, et de reprendre aussi la discussion sur un point de vue de santé publique pour répondre aux vrais besoins de la population

pédiatrique ainsi que de l'importante maternité de niveau III spécialisé pour les enfants naissant avec des malformations. Le débat doit avoir lieu dans un climat de transparence et appuyé sur des données objectives.

Le président répond que la lettre de mission sera établie de la manière la plus respectueuse possible.

II. Evolution du CEDIT

M. FAGON rappelle l'originalité du CEDIT à sa création, en tant qu'agence d'évaluation de l'innovation, qui a contribué à la notoriété de l'AP-HP. Les agences d'évaluation existantes comptent désormais plus de soixante personnes. Il n'est plus possible à l'AP-HP de poursuivre ce travail, d'autant plus que d'autres institutions ont été créées qui pourraient reprendre certaines de ses prérogatives. Est donc présenté à la CME le résultat d'un travail de deux ans sur la redéfinition des missions du CEDIT.

M. FRACHET indique que l'innovation se situe entre la recherche clinique et la « routine ». Cet espace d'innovation est à géométrie variable : il peut durer de quelques mois à plusieurs années. L'innovation peut être qualifiée à un stade précoce, avancé ou diffusé, chaque étape ayant son mode de financement.

Les finalités de l'innovation consistent à :

- distinguer le vrai progrès ;
- garantir la sécurité et la qualité des soins ;
- optimiser les allocations des ressources ;
- répartir le progrès ;
- se placer dans la concurrence.

L'hôpital est un lieu de passage obligé pour la recherche médicale et les dispositifs médicaux. L'objectif est d'avoir des séries de patients validés, multicentriques etc. et des analyses comparatives. Entrent en compte la vitesse de développement, le rapport information / bruit, innovation de rupture / innovation incrémentale, le coût du matériel et celui du consommable. **M. FRACHET** rappelle par ailleurs la lenteur de l'inscription des actes nouveaux.

Le CEDIT remplit une mission de veille technologique. Les innovations identifiées sont diffusées aux disciplines, l'objectif étant de les motiver pour faire remonter des saisines.

La seconde mission du CEDIT est l'aide à la décision. L'instruction des saisines permet d'identifier le stade de développement de l'innovation et de préciser les outils mobilisables. Les saisines sont placées en stade précoce, avancé ou diffusé.

Si la saisine est retenue, elle fait l'objet d'un projet de recherche, avec recherche de refinancement. Sinon, elle peut être refusée ou faire l'objet d'une poursuite de l'évaluation, sur un point particulier. Elle peut également faire l'objet d'un accord, à condition d'étudier l'analyse du retour d'investissement ou de réaliser une étude d'impact.

La nouvelle organisation prévoit des collaborations internes renforcées, à travers un comité des experts, nommé par le directeur général, le CEDIT plénier, et à travers un réseau de veille, impliquant notamment les collégiales.

M. FRACHET présente ensuite l'exemple des ultrasons focalisés sous IRM, des stéréotaxies, du robot chirurgical, de l'ablation par micro-ondes et de la plate-forme hospitalo-universitaire de formation, de perfectionnement et d'expérimentation par des techniques de simulation numérisée.

Les saisines en cours d'analyse 2010 sont:

- la télépathologie / lame virtuelle ;
- la relation entre personnel infirmier et qualité des soins ;

M. FAGON précise que les évolutions significatives du CEDIT consistent en un recours renforcé aux collaborations internes. Il est prévu d'en faire un outil d'aide à la décision dans le domaine de l'innovation technologique, mais aussi de l'innovation organisationnelle. Enfin, il est indispensable de diffuser les innovations de manière collégiale dans l'institution. Un point serait régulièrement fait en CME.

M. FAIN souligne que la veille technologique est le premier élément de la guerre économique des entreprises. Il demande quelles sont les mesures prises pour garantir la confidentialité de l'innovation.

M. FRACHET répond que la recherche sur l'innovation est pour l'instant peu précoce. L'objectif serait d'être plus en amont, avec l'aide des professionnels de la spécialité. Se posera alors le problème de la discrétion, qui peut expliquer en partie les difficultés à faire remonter les projets.

M. FAGON ajoute que se pose également un problème de conflit d'intérêt, auquel il faut être particulièrement attentif.

M. CAPRON souligne le dynamisme du CEDIT. S'étonnant de l'évolution du CEDIT vers l'évaluation des organisations hospitalières, il souhaiterait des précisions sur la saisine relative à la relation entre le personnel infirmier et la qualité des soins.

M. FRACHET répond que des études bibliographiques pourraient apporter des connaissances utiles à ce sujet ; la saisine pourrait également s'avérer utile en termes d'économies.

Mme VASSEUR explique qu'il semble pertinent, dans un contexte particulièrement sensible en termes d'emplois de voir s'il existe une corrélation objective entre quantitatif et qualitatif, c'est-à-dire l'existence d'un lien direct entre le ratio infirmier disponible au lit des malades et la sécurité des soins, à l'aide d'indicateurs robustes. L'objectif serait, si possible, de conduire une étude à l'AP-HP pour un secteur, une discipline ou une typologie de prise en charge, car il n'existe quasiment pas d'études de ce type en France. Le CEDIT a engagé une revue de la littérature nord américaine, qui est essentiellement centrée sur les réanimations. Il souhaite vérifier si l'on peut extrapoler ces études nord-américaines au modèle français malgré les différences de contenu et d'exercice des professions. Une revue de la littérature européenne vient également d'être engagée. A l'issue de ces analyses préliminaires, la décision sera prise de conduire ou non une étude à l'AP-HP.

III. Certification V2010 à l'AP-HP

Le président précise que la HAS et le British Medical Journal organisent un colloque à Nice en avril 2010, pour lequel ils ont lancé un appel d'offre international visant à recueillir des études démontrant l'impact des procédures et des protocoles sur la survie des malades. L'AP-HP a eu la fierté de voir sélectionnées 21 publications pour cette journée, qui représentent environ 10 % des projets présentés. Le directeur général a confirmé sa proposition d'apporter un soutien financier aux personnes retenues pour participer à ce congrès.

Mme PERIER passe à la présentation de la certification V2010 à l'AP-HP, et précise que la procédure de certification devient non seulement un enjeu managérial, mais aussi une opportunité de faire le point sur la qualité des pratiques et la capacité de l'AP-HP à s'améliorer.

En 2000, la V1 s'est intéressé aux structures ; en 2007, la V2 s'est intéressée aux processus, en abordant la question des pratiques professionnelles. La V2010 est elle plus axée sur les résultats.

Les objectifs généraux de la certification V2010 sont les suivants :

- renforcer l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité ;
- réduire la charge de travail induite et les contraintes formelles ;
- accroître et préciser la garantie fournie aux usagers et à l'environnement ;
- renforcer le rôle de la certification dans la régulation des établissements de santé.

La V2010 poursuit également des objectifs spécifiques :

- évaluer l'existence d'un système de pilotage assurant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- mesurer le niveau de qualité sur des critères jugés essentiels dont les pratiques exigibles prioritaires, les évaluations de pratiques professionnelles et le suivi de toutes les décisions de la certification précédente.

Le plan du manuel V2010 se décompose en deux chapitres. Le premier, consacré au management de l'établissement, se compose de trois parties, à savoir le management stratégique, le management des ressources et le management de la qualité et de la sécurité des soins. Le second chapitre, consacré à la prise en charge du patient, se compose de cinq parties, à savoir les droits et la place des patients, la gestion des données du patient, le parcours du patient, les prises en charge spécifiques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Le manuel V2010 se renforce sur les activités cliniques et tend à se médicaliser.

Les pratiques exigibles prioritaires (PEP) sont au nombre de 13 :

- politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- fonction « gestion des risques » ;
- gestion des événements indésirables ;
- maîtrise du risque infectieux ;
- système de gestion des plaintes et réclamations ;
- prise en charge de la douleur ;
- prise en charge et droits des patients en fin de vie ;

- gestion du dossier du patient ;
- accès du patient à son dossier ;
- identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse ;
- prise en charge dans le service des urgences et soins non programmés ;
- organisation du bloc opératoire.

Chaque critère est analysé en trois étapes :

- la politique, le prévisionnel ;
- la mise en œuvre ;
- l'évaluation et l'amélioration.

Le découpage et l'organisation du manuel s'orientent ainsi vers une évaluation des pratiques professionnelles sur les thèmes cliniques, et au travers de critères spécifiques tels que le déploiement des démarches d'EPP dans l'ensemble des secteurs cliniques, la pertinence des soins et les démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique.

La visite de certification V2010 ne cherchera pas à tout regarder, mais s'attachera au suivi des points à améliorer avec un tronc commun minimal à tous les établissements basé sur les PEP, les EPP et les indicateurs nationaux. Elle se focalisera également sur :

- le suivi des décisions de la V2 ;
- les critères de suivi des sécurités sanitaires éventuellement signalés en amont de la visite ;
- les critères cotés C ou D dans l'auto-évaluation ;
- quelques critères cotés A ou B aléatoirement sélectionnés.

Les décisions de la HAS seront prises de façon plus discriminante, selon cinq niveaux :

- certification sans décision, valable quatre ans ;
- certification avec au moins une recommandation ;
- certification avec réserve(s) (au moins une réserve) ;
- décision de surseoir à la décision de certification (au moins une réserve majeure) ;
- non certification, avec possibilité de la prononcer en première intention.

Pour cette V2010, trois démarches seront mises en œuvre à l'AP-HP :

- les visites des GH et des hôpitaux hors GH, en 2012-2013 ;
- la visite des services centraux fin 2013 ;
- une rencontre du siège avec la HAS en amont et en aval des visites de GH et des hôpitaux fin 2010 et 2014.

Le pilotage des démarches par GH et hôpitaux est assuré par le Professeur Jean-Yves FAGON, par le Secrétaire Général avec les directeurs des GH et hôpitaux, ainsi que par la CME et les CCM. La visite des services généraux, qui n'ont jamais fait l'objet d'une visite de certification, sera pilotée par les directeurs des services généraux. Son concernés l'AGEPS, SCAmbulances, SCBlanchisserie et les services de sécurité et de maintenance.

La rencontre entre la HAS et le siège est pilotée par le Directeur général de l'AP-HP et le Secrétaire général. La première rencontre proposée par la direction générale, selon l'accord passé entre la HAS et l'AP-HP, se déroulerait en deux temps :

- une matinée consacrée à la politique générale de l'AP-HP et de son volet qualité gestion des risques et relations avec les usagers, l'articulation et l'implication de la CME, les interfaces entre le siège et les sites, la politique médicale et l'aspect hospitalo-universitaire, et le projet de soins ;
- une après-midi consacrée à des thématiques plus spécifiques, telles que les relations avec les usagers, les ressources humaines, la gestion budgétaire, les achats, le dossier patient et le NSI, les infrastructures et les bâtiments ou encore la logistique.

Cette première rencontre serait formalisée préalablement et ferait l'objet d'un compte rendu sur un document diffusable respectant l'ordre chronologique du chapitre 1 du manuel V2010. La date prévisionnelle de la première rencontre a été reportée à fin 2010. La deuxième rencontre est prévue en 2014, pour dresser le bilan des actions et de la certification à l'AP-HP.

Les enjeux managériaux de cette V2010 pour l'AP-HP consistent à établir des synergies d'action entre ses différentes obligations, à assurer le suivi des décisions V2/V2007 pour chaque site du GH et par grands thèmes principaux, ainsi qu'à anticiper un bon niveau de résultats V2010, en menant des actions en priorité sur les PEP. Ainsi, après l'enquête réalisée en 2009 sur ces PEP, l'accent doit être mis sur la prise en charge et les droits des patients en fin de vie, la politique et l'organisation de l'EPP, la fonction gestion des risques, la gestion des événements indésirables et l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge.

La journée Certification V2010 AP-HP du 10 février 2010 à l'HEGP va permettre le lancement officiel de cette démarche à l'AP-HP et d'afficher le soutien institutionnel indispensable.

Afin d'impliquer au mieux la communauté médicale, il est nécessaire de proposer des méthodes ou actions leur donnant envie d'agir, avec un impact lisible en terme d'amélioration.

M. FAGON souligne que la certification peut être perçue comme une usine ou à gaz ou au contraire comme un véritable outil de garantie du maintien de la qualité et de la sécurité dans les établissements publics. Pour ce faire, l'implication des communautés hospitalières et médicales est indispensable. Il en va notamment de la cohérence du discours de l'AP-HP.

M. RICHARD souligne l'implication modeste de la communauté médicale, tant au niveau de la CME que des instances locales et des directions d'établissement, dans le difficile contexte de 2009. Par ailleurs, à l'échelon individuel l'implication des médecins est également modeste en raison pour partie du caractère rébarbatif de la phraséologie de la certification qui leur apparaît souvent bien éloignée de la réalité de leur quotidien. Ceci est particulièrement vrai pour l'évaluation des pratiques professionnelles, qui occupe une place importante dans le manuel de la certification V2010. Il importe donc que les médecins s'emparent de ces thématiques. Certains sujets sont désormais correctement abordés en particulier par les équipes à risques, comme les revues de Morbi- Mortalité, mais de nombreux autres mériteraient une implication plus grande de la communauté médicale.

M. RICHARD déclare partager l'optimisme de M. CORIAT à propos de la participation de l'AP-HP au symposium organisé à Nice par l'HAS (Professeur L Degos) sur l'évaluation des

pratiques professionnelles. Il estime cependant qu'une marge de manœuvre importante existe encore quand à la possibilité d'impliquer la communauté médicale de l'AP-HP dans ce domaine. Enfin, au-delà de l'impact sur la qualité des soins, il insiste sur la nécessité de bien définir la place de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cursus professionnel. Il souhaite insister sur l'importance qu'il y a à assurer la diffusion et la publication des résultats de ces actions d'évaluation des pratiques professionnelles. C'est en effet par la publication scientifique de leurs résultats que les équipes médico-soignantes pourront accéder à une légitime reconnaissance.

Mme VIDAL-TRECAN souligne que la certification doit être un instrument de progrès dans le domaine de la qualité des soins, mais que le jargon de la HAS pose problème. Elle souligne également la nécessité d'impliquer davantage les hôpitaux, notamment ceux dans lesquels des collègues pourraient apporter leur aide à la mise en lumière de l'évaluation des pratiques professionnelles existante. Enfin, il importe de souligner les opportunités ouvertes par ce sujet.

M. RICHARD souligne que pour travailler sur ce sujet, il faut savoir ce que font les autres. Rappelant qu'il était prévu de créer une banque de données sur l'évaluation des pratiques professionnelles, il demande si cette banque de données est désormais opérationnelle et s'il est possible d'y accéder.

Le président ajoute qu'il importe de la diffuser au plus vite pour qu'elle puisse être alimentée.

Mme PERIER répond que la base de données EPP AP-HP a été élaborée sur Excel en 2007, avant d'être transférée en 2009 sur un autre système, lisible pour tous les acteurs sur le site de la DPM, mais inaccessible en saisie en raison d'un problème majeur : les référents banques de données EPP des hôpitaux ne se sont pas tous identifiés. Le circuit pour intégrer les acteurs étant ascendant et non descendant, il manque ce relais pour lancer la nouvelle base de données.

Il est demandé d'envisager sans délai son lancement partiel pour tous les sites ayant ce référent

Le président souligne que chaque acteur doit pouvoir rentrer son EPP. Il importe de communiquer sur le sujet. Il suggère de présenter la banque de données à la prochaine CME et de faire figurer cette présentation sur le site de la CME. Le manque d'information explique les problèmes rencontrés. Il est indispensable de pouvoir démontrer la réalité des réunions EPP. Il faut donc s'assurer de la visibilité des procédures existantes et de la possibilité pour chaque service d'enregistrer ses EPP.

M. ALVAREZ soulève le sujet des laboratoires devant être accrédités d'ici 2016. Il demande si le siège leur apportera un soutien spécifique pour se mettre à niveau.

M. FAGON répond qu'une procédure a été lancée depuis plusieurs mois, comprenant des cycles de formation initiés en décembre. La procédure d'accréditation des laboratoires est en cours de clarification. Elle s'effectuera en deux temps :

- la certification d'au moins un laboratoire par GH pour fin 2013 ;
- la certification de la totalité des laboratoires de l'AP-HP fin 2016.

Ces procédures surviennent dans un contexte de regroupement des activités de biologie. Pour la première vague de certification, il est prévu d'identifier un laboratoire par groupe, puis de travailler sur les autres laboratoires après les restructurations, avec l'aide du siège notamment pour la formation des acteurs concernés.

IV. Diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) – Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)

M. CAPRON indique que le 11 mars 2010 à 11 heures, 1 800 médecins hors Union Européenne vont passer, dans les ambassades de France, un concours leur donnant accès à un nouveau diplôme DFMS / DFMSA, remplaçant l'AFMS / AFMSA. A compter de novembre prochain, les AFS, d'une durée de deux ans, arriveront à terme. M. CAPRON souligne l'importance de ce travail, puisqu'il importe, pour les chefs de service, de connaître les règles du jeu pour pouvoir les mettre en application dès novembre 2010.

Le président propose de diffuser à l'ensemble des chefs de service la présentation faite à la CME ainsi que la note l'accompagnant.

Mme DEAL indique que le nombre de postes proposés par l'AP-HP au concours est égal au nombre de FFI recrutés en mai 2009 diminué :

- des postes ajoutés pour les internes de spécialités et internes de médecine générale, conséquence de l'augmentation du numerus clausus ;
- du nombre de FFI post-internat ;
- du nombre de FFI Union Européenne ;
- du nombre de FFI financés par les Etats du Golfe ;
- du nombre de FFI AFS-AFSA autorisés à s'inscrire et « recrutables » en novembre 2010.

Actuellement, il reste possible aux FFI AFS-AFSA de s'inscrire jusqu'en mai 2010. A notre demande et pour l'année 2010-2011, les ministères de tutelle ont finalement accepté que les AFS terminant leur formation entre mai et novembre 2010 puissent passer leur diplôme dans leur pays et revenir s'inscrire directement en AFSA.

Le président suggère de reprendre la note en précisant les mesures dérogatoires.

Mme DEAL en prend note. Elle précise que l'AP-HP obtient 350 postes de DFMS/DFMSA. L'Ile-de-France concentre 56 % des postes. Elle transmet ensuite à la CME la liste des postes DFMS/DFMSA offerts par discipline et spécialités en Ile-de-France, qui correspondent numériquement à nos demandes plus celles modestes des hôpitaux hors AP-HP. Les DFMSA, c'est-à-dire les spécialistes, pouvaient dans le texte initial venir se former uniquement dans les spécialités de DESC. Ils peuvent désormais venir se former dans les spécialités à DES. Les non spécialistes, en revanche, ne peuvent venir se former dans une spécialité à DESC. Ainsi, les résidents en troisième ou quatrième année de spécialisation dans leur pays ne pourront plus venir se former en ortho-traumatologie et en réanimation, disciplines DESC et non DES. Ils devront attendre d'être spécialistes.

Mme DEAL projette ensuite la liste des pays d'origine des candidats inscrits au 15 janvier, selon les sources du Ministère des Affaires étrangères. Elle précise que la conférence des doyens francophones a encouragé l'inscription des candidats francophones. Elle note par ailleurs la quasi absence de certains pays, comme le Japon et le Brésil en 2010, liée à la parution tardive du texte et à l'absence de communication des ambassades sur le sujet.

Mme DEAL propose un point sur les accords de coopération. Cette année, seront concernés pour l'Ile de France les accords de coopération nationaux passés avec le Cambodge, le Vietnam et la

Chine. Les candidats passent les mêmes épreuves que les autres et doivent obtenir la moyenne; ils ont un classement particulier, les postes étant réservés en amont. Des coopérations institutionnelles pourront être développées en 2011-2012 en collaboration étroite avec les doyens.

Les accords avec les Etats du Golfe ne sont pas concernés par ces dispositions.

Le calendrier DFMS/DFMSA est le suivant :

- épreuves dans les ambassades le 11 mars ;
- résultats le 30 avril ;
- transfert des dossiers dans les UFR des coordonnateurs le 17 juin, pour étude de la répartition des candidats.

M. VALLEUR demande des précisions sur les dossiers concernés.

Mme DEAL répond qu'il s'agit des dossiers des candidats reçus, qui ont pu en déposer plusieurs auprès de différents CHU. Par ailleurs, un grand nombre de postes de FFI ne sont pas ouverts au choix des internes et peuvent être attribués en amont.

Le président propose l'exemple d'un candidat provenant d'une faculté avec laquelle l'AP-HP coopère depuis longtemps, qui s'est inscrit au concours, pour qui un poste a été réservé et budgété. Il demande à partir de quelle date l'institution peut être sûre que le poste ne va pas rester vacant.

Mme DEAL répond que dans ce cas précis, une réponse devrait pouvoir être donnée au cours de l'été. En revanche, pour les candidats devant attendre la fin des choix d'internes, il sera difficile de prévoir une affectation précise.

Par ailleurs, le nombre de candidats inscrits (1 800) peut sembler important pour le nombre de places offertes (1 050). Cependant, une partie de ces candidats est issue de zones géographiques que l'AP-HP reçoit peu traditionnellement, tandis que les candidats des pays habituellement présents à l'AP-HP sont en diminution ou absents. En outre, les ambassades n'ont pas vérifié la validité des dossiers, ce qui sera fait à Strasbourg après les résultats.

M. FAGON considère que la manière dont la procédure s'est mise en place et a été gérée par le Ministère des Affaires étrangères aboutit à la situation actuelle. La majorité des candidats risque d'avoir des dossiers non valides, à l'exception de ceux connaissant déjà le dispositif.

M. VALLEUR en déduit que des candidats pourront être reçus puis collés.

Mme DEAL confirme à **M. VALLEUR** que des candidats pourront être reçus puis collés. Elle précise que Strasbourg s'est déjà lancé dans les vérifications de dossiers pour diminuer ce risque.

M. SCHLEMMER partage les propos de M. FAGON sur l'implication du Ministère des Affaires Etrangères, dont l'attention avait pourtant été attirée sur le fait que la formation des médecins étrangers contribuait au rayonnement de la France. Compte tenu des délais de publication des textes, il suppose que le dossier a en effet pu être mis de côté. Il aurait du être du ressort des ambassades de vérifier la validité des dossiers.

Mme DEAL ajoute qu'on ignore combien des 1 800 candidats veulent venir en Ile de France, ainsi que le cursus, la discipline, la spécialité qu'ils suivent, leur projet de formation ou encore la

proportion d'accords préalables. Si des postes de DFMSA sont vacants, on ignore également s'ils pourront être proposés aux DFMS reçus sans poste. Enfin, les choix des internes se terminent dans le meilleur des cas mi-octobre.

Des réunions sont prévues avec les tutelles pour la rentrée 2011, afin d'améliorer la communication et la publication des postes à l'étranger, de revoir l'examen de niveau pour les spécialistes ainsi que les frontières DFMS/DFMSA (disciplines, postes) et d'étudier les possibilités de convention.

Le président suggère d'intervenir également auprès du Ministère des Affaires étrangères. Il propose de communiquer la présentation PowerPoint et la note d'information aux chefs de service.

M. SCHLEMMER souligne la complexité du système, qui risque de subir un certain nombre d'adaptations. A cet égard, les coordonnateurs des différentes disciplines vont jouer un rôle majeur. Il importe qu'ils fassent remonter aux coordonnateurs des études médicales l'ensemble des remarques qui leur parviendront. Les sources du Ministère des Affaires Etrangères font apparaître des éléments surprenants, dont un afflux de francophones, lié à l'examen de français. Concernant l'épreuve de connaissances médicales, les responsables du CNCI ont affirmé qu'elle porterait sur des connaissances de base. S'agissant des frontières des disciplines dans les différents pays, c'est un problème majeur à prendre en compte, qui nécessitera vraisemblablement des ajustements. L'année 2010 devrait donc être une année de rodage.

En conclusion, **M. SCHLEMMER** souligne que les clés d'ajustement technique dépendent essentiellement des Ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Néanmoins, il regrette que le Ministère des Affaires étrangères ne se soit pas mobilisé davantage sur cet enjeu.

V. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. GOTTMANN soumet à l'avis de la CME les contrats d'activité libérale :

- du Professeur Olivier LUCIDARME, Hôpital Pitié-Salpêtrière ;
- du Docteur Jean-Michel SIKSIK, Hôpital Pitié-Salpêtrière
- du Professeur Martin HOUSSET, Hôpital Européen Georges Pompidou ;
- du Professeur Maurice MIMOUN, Hôpital Saint-Louis ;
- du Docteur Marc CHAOUAT, Hôpital Saint-Louis.

Le président précise que ces contrats ont été approuvés par le groupe du personnel médical.

Les contrats d'activité libérale sont approuvés par 16 voix pour, 3 voix contre et 6 abstentions.

VI. Approbation du compte-rendu de la séance du 12 janvier 2010

Le compte rendu de la séance du 12 janvier 2010 est approuvé à l'unanimité.

VII. Questions diverses

1. Hôpital Georges Clémenceau

Mme MAUGOURD indique que la communauté médicale de l'hôpital Georges Clemenceau a été réunie le 3/2/2010 par sa Présidente le Docteur Marie-France Maugourd pour un CCM extraordinaire motivé par l'annonce d'un projet de fermeture de 37 lits de SSR gériatrique avec la suppression de 41 emplois de Personnel Non Médical au 1^o octobre 2010. Ces emplois doivent être affectés à l'hôpital Rothschild dont l'ouverture est prévue à cette date. La communauté médicale de GCL s'interroge sur le choix qui a été fait de réduire le nombre des lits d'un établissement essonnien dont la caractéristique est le rôle stratégique sur son territoire de santé, le 91-3. Malgré un taux d'occupation élevé (94%), et une réelle efficacité reflétée par une Durée Moyenne de Séjour SSR de 55 jours (hors patients atteints d'états végétatifs chroniques et de sclérose latérale amyotrophique), il existe une liste d'attente et un délai moyen d'admission de 12 jours. Cela met bien en évidence que les besoins en SSR gériatriques ne sont pas totalement couverts sur ce territoire.

Le SROS 3 SSR (Annexe territoriale 91-3, p159) remarque que « l'offre de soins concernant les soins de suite est particulièrement bien répartie dans le territoire 91-3... », l'hôpital G. Clemenceau y participe donc, principalement en aval du CH Sud Francilien. La qualité et la diversité de l'offre de soins de l'établissement a justifié qu'il soit désigné comme support de la Filière Gériatrique Est (labellisée par l'ARHIF en 2009) du 91-3, constituée avec le CH Sud Francilien, le CH d'Arpajon.

Enfin, l'implantation sur le territoire de santé 91-3 de l'hôpital G. Clemenceau se traduit aussi par une activité extra-hospitalière de mise en place de réseaux de santé et de coordination des soins avec des structures médico-sociales, et un projet d'hospitalisation à domicile. Un projet de rapprochement dans le cadre d'un GCS des multiples structures réalisant le maillage gérontologique du territoire est en cours d'élaboration avec le CH Sud Francilien. Avec entre autres le projet d'ouverture d'une unité de Soins de suite en addictologie en aval du CHSF conformément aux préconisations du SROS 3 (Annexe territoriale 91-3, p 159) est en voie d'aboutir.

C'est pourquoi la communauté médicale demande, avec une particulière gravité, que la Direction Générale sursoit à la fermeture des lits et à la réduction du personnel de l'établissement G. Clemenceau, le temps que puissent être conduites à leur terme auprès de l'ARS des demandes correspondant à la mise en place des projets unissant les établissements publics du territoire, ce qui ne devrait pas entraver l'ouverture prévue de l'hôpital Rothschild.

La dynamique gériatrique impulsée par l'hôpital G. Clemenceau sur le territoire de santé depuis de nombreuses années serait gravement entravée par la réduction drastique des lits et des moyens actuellement envisagée.

Le président rappelle que l'hôpital Rothschild doit ouvrir à partir de la redistribution d'activités de SSR, afin de rapprocher de leur domicile les parisiens en ayant besoin. Il rappelle que la répartition des emplois a été présentée à la dernière CME et le représentant des présidents de CCM gériatriques a participé au Conseil Exécutif. Il comprend que cette décision suscite des réactions, mais ne pas fermer des structures de SSR conduirait à ne pas ouvrir Rothschild.

Mme MAUGOURD regrette la manière dont les restructurations se mettent en place. Il aurait fallu attendre que s'engagent les discussions avec l'ARS avant de prendre une décision aux conséquences très graves pour un petit établissement.

Le président répond que l'ARS n'est pas opérationnelle.

M. FAGON comprend le propos de la communauté médicale de l'hôpital Georges Clémenceau et les difficultés rencontrées sur le site. Il indique que le travail qui a été conduit, repose sur plusieurs critères : la vétusté des bâtiments, le taux de parisiens hospitalisés dans des structures situées au-delà de la première couronne et la durée moyenne du séjour, des critères proches de ceux des structures MCO. Ils témoignent d'écarts importants entre les sites de l'AP-HP et par rapport à la moyenne régionale. Par ailleurs, le projet de l'ouverture de Rothschild vise à mettre à disposition, dans Paris, une structure SSR de gériatrie importante et une structure de SSR spécialisée, à moyen constants. C'est donc à travers le réexamen des structures de SSR que ce travail est mené. En outre une partie de l'activité de Georges Clémenceau est l'aval du Sud francilien. Il est indispensable que l'AP-HP travaille avec ce partenaire pour redéfinir l'offre de soins de SSR dans cette zone.

2. Problème individuel concernant la communauté médicale de gériatrie

Mme MAUGOURD présente à la CME la situation individuelle d'un praticien du service de gérontologie 3 à Charles Richet. Cette personne a été sollicitée par la communauté médicale de son hôpital pour succéder comme chef de service à une collègue partant en retraite. Elle avait un profil de gériatre ayant des compétences de soins palliatifs nécessaires à ce service et à l'unité de soins palliatifs. Lorsque le CCM a dû se prononcer le 18 septembre 2009 sur sa chefferie de service, les avis ont été très divers : 6 pour, 1 abstention et 8 voix contre, avec *in fine* une décision négative. La discipline a alerté dès le 16 octobre 2009 le président de la commission temps et exercice médical ; le bureau du syndicat a rencontré le praticien et le vice-président du CCM de cet hôpital. L'avis de la discipline a été en faveur de la nomination de ce praticien à la fonction de chef de service. La présidente du CCM et la directrice de l'hôpital ont préféré décider, en anticipation des décrets d'application de la loi HPST, la scission du service qui avait été confié à ce praticien en unité fonctionnelle et son rattachement personnel à un service.

L'intéressée ne souhaite pas rester dans ces conditions dans l'établissement. Elle demande une mutation et, malgré d'autres propositions, garde encore sa préférence pour l'AP-HP. La communauté médicale de René Muret est prête à l'accueillir. La discipline a déposé de multiples demandes auprès de M. GOTTMANN, M. CORIAT et M. VALLEUR. La communauté médicale de gériatrie souhaite conserver, dans le cadre de l'AP-HP, les compétences de ce praticien et de manière conservatoire, propose que ce médecin soit transféré avec son poste à René Muret. Une décision de la CME est souhaitée au plus vite pour ce praticien.

M. FAGON souligne qu'il s'agit d'une situation difficile sur un site donné. La meilleure procédure serait qu'un groupe d'audit examine la situation locale pour prendre la décision finale. Pour autant, le transfert ayant été fait sans le poste, il est impossible de ponctionner un poste sur le site concerné.

Le président souligne que le problème consiste à trouver le financement du poste à René Muret.

M. VALLEUR propose de mener rapidement une enquête sur place.

La séance est levée à 12 heures 10.

*

*

*

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

Mardi 9 mars 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 24 février 2010 à 16 heures 30

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.