

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

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

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

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. 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) | 3 |
| II. Proposition d'un plan d'action 2010 pour la maîtrise des dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux (M. Pinson – M. Sauvage – Mme Albert) | 4 |
| III. Impacts de la loi HPST sur l'organisation médicale, le rôle de la CME et la gestion des ressources humaines médicales (Pr Coriat – M. Gottsmann) | 11 |
| IV. Rôle du Centre National de Gestion (CNG) en matière de gestion RH médicale (M. Gottsmann) | 19 |
| V. Questions diverses | 21 |
| VI. Avis sur des contrats d'activité libérale (M. Gottsmann) | 22 |
| VII. Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements, au titre de l'année 2010 (M. Gottsmann) | 22 |
| VIII. Approbation du compte rendu de la séance exceptionnelle du 26 janvier 2010 | 22 |
| IX. Questions diverses (suite) | 22 |

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France
 - M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique
 - M. FRONTINO, représentant de la commission centrale des soins

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

- ***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,
 - 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. GOTTSMANN, direction de la politique médicale,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

- ***membres excusés :***
 - Mme le Pr. AIACH, Mme le Dr GIRARD, Mr le Pr SCHLEMMER

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

Le président excuse en préambule les doyens Martine Aiach et Benoît Schlemmer ainsi que le docteur Brigitte Girard qui ne peuvent être présents.

En introduction, le président souligne que l'un des rôles essentiels de la CME, dans les semaines à venir, sera de positionner clairement son action et de définir les prérogatives de la CME dans la gouvernance future de l'AP-HP et ce, dans la perspective de la promulgation prochaine des décrets d'application de la loi HPST. Parallèlement aux décisions conjoncturelles qui devront être prises, il est essentiel que la CME soit un acteur fort qui puisse, lorsque nécessaire, aller au-delà du rôle attribué par ces textes. Il est essentiel que la dernière année de mandature permette d'asseoir la position de la CME pour les suivantes, sous peine d'avoir une AP-HP sur-administrée et sous-médicalisée si la loi HPST est appliquée à la lettre. La direction générale et la présidence estiment qu'il est possible de trouver un équilibre dans la gouvernance.

I. 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)

Le président précise que le Conseil exécutif poursuit sa réflexion sur le plan stratégique et analyse les propositions faites par les hôpitaux et les groupes hospitaliers. Des dossiers importants sont à ouvrir concernant les urgences et son aval et la biologie notamment. L'ensemble des propositions arrêtées par le Conseil exécutif sur le plan stratégique seront présentées à la CME qui émettra un vote sur l'ensemble des propositions qui constituent le projet médical du plan stratégique. Pour le président, il semble indispensable que la CME puisse se prononcer librement sur le projet médical dans le courant du mois de mars ou courant avril une fois les réflexions abouties.

Il laisse ensuite **M. FRONTINO** faire une déclaration aux membres de la CME, en qualité de représentant des personnels infirmiers et membre de la commission centrale des soins infirmiers :

« Monsieur le président, mesdames, messieurs membres de la CME,

Les membres de la commission centrale de soins infirmiers de rééducation et médico-technique remercient le président de la CME et l'ensemble de ses membres pour la préoccupation constante dont ils font preuve lors des débats relatifs à la définition du TPER du personnel paramédical pour l'année 2010 et plus largement pour la durée du plan stratégique 2010-2014.

Cependant, la commission centrale de soins souhaite attirer votre attention sur le nécessaire équilibre qui doit être préservé entre effectifs médicaux et effectifs paramédicaux pour continuer à répondre à la demande de soins et à nos obligations de service public au plan qualitatif et quantitatif. En effet, la prise en charge des malades et de leurs proches au quotidien nécessite un travail d'équipe médico-soignant concerté et équilibré.

On ne peut donc envisager des retraits d'emplois paramédicaux sans évaluer en regard l'activité médicale et les effectifs médicaux nécessaires, et ce d'autant que l'activité paramédicale est en grande partie médico-prescrite. C'est pourquoi Monsieur le président, si nous adhérons au principe selon lequel tout retrait d'emploi paramédical doit se faire dans le cadre de restructurations

médicalement justifiées, il convient également de s'assurer que le dimensionnement des équipes (effectifs médicaux et paramédicaux) permet de faire face à la charge de travail. Aussi nous voulons être forces de proposition dans l'organisation des soins, la détermination et le redéploiement des effectifs paramédicaux.

C'est pourquoi la commission centrale de soins souhaite s'impliquer aux côtés de la CME dans la définition et le dimensionnement des projets. Sans ce dimensionnement médical et paramédical conjoint, on risque d'accroître le déséquilibre et de majorer l'incompréhension des équipes soignantes et de mettre en péril la continuité des soins de l'AP-HP. »

Le président prend note que la commission centrale des soins reconnaît l'action de la CME en matière de préservation du personnel soignant. Il note également le souhait de la commission centrale qui demande que l'équipe soit homogène dans sa composante médicale et paramédicale. Cependant, s'il semble légitime que la CME ait un rôle à jouer dans la définition du tableau des emplois médicaux, il considère que c'est davantage à la direction générale qu'il incombe de décider du dimensionnement des équipes paramédicales.

Le directeur général souligne qu'il existe une inégalité d'encadrement paramédical entre les hôpitaux et les groupes hospitaliers de l'Assistance publique par discipline comparable. Les effectifs sont liés à l'intensité des soins (techniques et relationnels) et à la taille des unités. Pour la direction générale, un travail doit être mené sur l'efficience de la taille des unités qui n'est pas toujours optimale. Le débat sur l'équilibre entre les équipes médicales et paramédicales doit se dérouler au niveau de la direction générale mais aussi devant la CME. C'est un travail important auquel le directeur général est très attaché pour une évolution parallèle et cohérente de ces deux catégories d'effectif.

Le président indique que l'affectation du personnel soignant ne doit pas toujours répondre à des contraintes budgétaires. La demande de la commission centrale des soins ne pourra être prise en compte que s'il existe des marges de manœuvre en termes de personnel soignant c'est-à-dire si la politique de maîtrise des médicaments est efficace.

Le directeur général ne peut que partager ce point de vue. Il faut ensuite déterminer et quantifier ces marges de manœuvre.

II. Proposition d'un plan d'action 2010 pour la maîtrise des dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux (M. Pinson – M. Sauvage – Mme Albert)

Avant de laisser la parole aux intervenants, **le président** rappelle le contexte dans lequel ce plan d'actions est présenté. Une action est menée depuis le mois de décembre 2009 sur le retrait d'emplois soignants, médicaux et non médicaux. D'après les récentes déclarations des tutelles, il semblerait que le retrait d'emplois soignants n'est plus un objectif 2010. Le président souhaite cependant se montrer prudent avant que cette annonce ne s'officialise. Cependant, dès lors que ce point sera acté et que la démarche de convergence intra-sectorielle restera un impératif non négociable, la variable d'ajustement budgétaire portera alors sur l'investissement ce qui serait une catastrophe pour l'avenir de l'AP-HP. Il convient donc de mener une réflexion structurée sur les dépenses de médicaments, non pas pour les rationner, mais pour les rationaliser. Dans ce cadre, la direction de la politique médicale, la direction des finances, le président et le vice-président de la

CME souhaitent mener des plans d'actions visant à rationaliser de manière médicalement pertinente les dépenses de médicaments. Notamment, il pourrait être envisagé de mettre en place une responsabilisation des groupes hospitaliers avec un intéressement aux résultats obtenus.

M. SAUVAGE et **Mme ALBERT** prennent ensuite la parole pour affirmer que dans le contexte actuel de l'AP-HP, la politique du médicament et des dispositifs médicaux doit constituer un axe essentiel de la réflexion médico-économique de l'EPRD 2010. Pour aller dans ce sens, une enquête a été menée par la COMEDIMS centrale auprès de ses instances locales pour recenser les expériences menées sur le terrain. Parallèlement, une étude a été menée sur les déterminants majeurs des dépenses. Ce travail a permis de déterminer des priorités pour 2010. Toutefois, il ne se substitue pas, mais complète, celui mené sur la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux.

Il convient aussi de souligner que cette enquête a été menée en fin d'année et donc peut-être à un moment peu propice. Les COMEDIMS locaux suivent essentiellement les bonnes pratiques mais se penchent peu sur les objectifs médico-économiques, et ce par culture et non par réticence. Néanmoins, de cette enquête, il ressort que 63 mesures phares ont été conduites. La majorité porte sur des produits de santé en GHS.

Les dépenses globales s'élèvent à 339 millions d'euros au premier semestre 2009, soit un résultat stable par rapport aux dépenses du premier semestre 2008. L'augmentation des dépenses avait été très importante les années précédentes, en particulier pour les prescriptions hors GHS. En 2009, cette évolution a été bien moindre. De cette analyse, il ressort que la majorité de la dépense se concentre sur quelques classes à commencer par les anticancéreux, suivis par les immunoglobulines puis par les facteurs de coagulation. De la même manière, il convient de noter que 64,5 % des dépenses portent sur les 30 premiers médicaments dont 24 sont hors GHS. Ces dépenses hors GHS n'ont pas été écartées de l'étude car des pénalités sont encourus en cas de non respect des objectifs introduits dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009 et parce que la croissance de ces dépenses pèse sur les sommes allouées au secteur hospitalier.

Il existe toutefois une tendance au ralentissement des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux au premier semestre 2009. Cette évolution tient peut-être à la moindre arrivée sur le marché de médicaments coûteux. Cependant, certaines classes restent très dynamiques, notamment pour les maladies rares, la cancérologie, l'hématologie et l'immunologie. Il convient de noter qu'il a été fait le choix de ne pas suivre de près les dépenses en antibiotiques, considérant que la consommation de ces médicaments est déjà largement encadrée par le suivi du CLIN. Il ressort de cette étude que la connaissance des dispositifs médicaux reste insuffisante. L'AP-HP utilise sa capacité de négociation dans l'achat de médicaments de manière raisonnable, aussi les pistes d'économies dans ce domaine semblent limitées, ces marges de manœuvre viennent plutôt des pratiques de prescription.

Ce travail conduit à fixer un objectif ambitieux en matière de maîtrise des dépenses de médicaments pour augmenter de 50 % ces économies par rapport à la trajectoire financière actuelle, et ainsi les faire passer de 9 millions d'euros à 15 millions d'euros. Des groupes de travail *ad hoc* seront constitués et auront pour rôle de préciser les actions à mener, de mettre en place des indicateurs et de suivre les objectifs. Le suivi de la réalisation des objectifs se fera par GH avec des dispositifs d'intéressement par thème. Un compte rendu régulier sera fait auprès de la CME, même si la fréquence de ces retours n'est pas encore arrêtée, sur le modèle de l'exhaustivité du codage. Ainsi de nouvelles priorités pourront être définies chaque année.

Plusieurs actions sont envisagées.

La première concerne les profils de prescription pour les classes les plus dynamiques (cancérologie, hématologie, immunologie, anesthésie réanimation). L'objectif sera d'identifier les écarts entre les services et les échanges confraternels avec un référent CME sur les maladies cibles et l'utilisation des médicaments traceurs. Les référents de la CME pourraient être les suivants : le Professeur Vernant pour l'hématologie et l'immunologie, le Professeur Mariette pour la rhumatologie, le Professeur Fournier pour la greffe, le Professeur Coriat pour la réanimation et le Professeur Capron pour la médecine interne et les sept sous-commissions Cancer.

La deuxième action porte sur l'identification des dispositifs médicaux. Ce chantier sera mené avec l'AGEPS et les groupes hospitaliers. Il existe aujourd'hui de multiples références communes dans le système d'information. Aussi un même dispositif médical peut être acheté dans deux sites différents sous un code différent, ce qui empêche de suivre sa consommation. Il convient donc de mettre en place un référentiel interne des dispositifs médicaux pour éviter les doublons et pour s'assurer que l'achat des nouveaux dispositifs médicaux est inscrit de manière cohérente dans le système d'information. Ce travail doit permettre de réduire le nombre de références et de gérer les surstocks pour envisager une éventuelle mutualisation (par exemple pour les prothèses de la hanche ou pour les équipements techniques).

La troisième action vise à améliorer le contrôle des prescriptions de rythmologie.

La quatrième action ambitionne de privilégier l'oral au parentéral. Une étude récente de la collégiale de médecine interne démontre que 30 % des perfusions seraient non indispensables. Celles-ci pourraient être réduites de 38 % à court terme, soit une réduction de 10 % des perfusions à très court terme. Par ailleurs, le temps passé à poser ou à enlever une perfusion est un temps infirmier qui pourrait être utilisé autrement. Pour suivre cette action, des indicateurs seront mis en place pour évaluer l'utilisation des perfusions sur quelques molécules cibles.

La cinquième action concerne le développement des biosimilaires qui, contrairement aux génériques, ne sont pas substituables puisqu'il faut continuer à les prescrire, impliquant une généralisation de la prescription au moment des appels d'offres. Sachant que la prescription d'un biosimilaire à l'hôpital devient une prescription en médecine de ville, il doit être possible d'exercer une pression sur le prix d'achat auprès des fabricants.

La sixième et dernière action vise l'optimisation de la logistique. La mise en place du logiciel « SAP » va permettre à l'AGEPS de suivre les stocks dans les établissements et d'éviter les réassorts en urgence, plus coûteux. Dans ce domaine, il est proposé de comparer les livraisons de réassorts entre les établissements et de mener une réflexion sur les stocks présents à l'AGEPS et dans les établissements afin de parvenir à une meilleure gestion du flux. L'obligation réglementaire porte sur un mois de couverture. Or, force est de constater que ce stock est souvent plus important, ce qui fait courir le risque de dépasser les dates de péremption notamment et d'induire des surcoûts. Cette situation concourt à une mauvaise organisation de l'AGEPS. Il est donc envisagé de facturer cette désorganisation car cette prestation libre service finit par être contre-productive.

Le président remercie les rapporteurs pour ce travail. Concernant la liste des référents, il précise que ce sera le Professeur Bernard Régnier qui chapeautera la réanimation et non lui-même.

M. CAPRON rappelle en introduction que la volonté de réduire les dépenses de médicaments n'est pas un objectif nouveau. Pour que les discours se traduisent en actions, il convient désormais que

des agences nationales établissent des recommandations opposables et des interdits comme c'est le cas au Royaume-Uni par exemple. Sans ces agences, il ne sera pas possible d'imposer des prescriptions aux médecins qui opposeront toujours des normes éthiques.

Le président souligne qu'il existe déjà des recommandations qu'il convient aujourd'hui de faire appliquer. L'avis du Comité national d'éthique doit être sollicité pour aller plus loin dans la démarche de rationalisation. Une lettre sera rédigée en ce sens avec la DPM.

M. SAUVAGE rappelle que toutes les actions envisagées ne visent pas l'interdiction des prescriptions. Les actions visant à améliorer la logistique ou à réduire le nombre de perfusions peuvent être facilement mises en place par les professionnels.

A ce sujet, **le président** cite l'exemple du coût de l'administration du paracétamol en perfusion. En revanche, pour les troisièmes lignes de chimiothérapie, le problème est d'un autre ordre pour lequel il sera nécessaire d'obtenir un avis extérieur par le Conseil National d'Ethique.

M. PINSON ajoute que la démarche de la juste prescription a abouti à établir des référentiels. L'objectif est d'utiliser cette information de manière plus systématique pour la croiser à la réalité de la pratique de la prescription.

M. FOURNIER partage les remarques de M. Capron mais il existe des domaines dans lesquels il sera difficile de prendre des positions simples par le biais des agences, notamment dans le domaine où le nombre de malades est limité, en particulier pour les antifongiques dans le domaine de la transplantation. Dans ce domaine, il faut trouver un accord avec les prescripteurs. **M. FOURNIER** déplore par ailleurs que la présentation qui vient d'être faite ne permette pas d'identifier les économies envisagées de manière chiffrée. Il s'interroge donc sur les économies qu'il sera possible de réaliser sur le travail de rationalisation des codes de référencement, sur la logistique et sur l'échéance de ces économies.

M. SAUVAGE indique que le stock en valeur de l'AP-HP sur les produits de santé augmente de 15 millions d'euros par an. Parmi cette augmentation, des mesures sont parfaitement légitimes, notamment parce que certains produits sont plus coûteux que par le passé. Il n'en demeure pas moins qu'une réflexion peut porter sur les redondances de ce stock. Par ailleurs, il est également légitime de s'interroger sur l'absolue nécessité des réassorts sachant que le contrat de sous-traitance de ces livraisons facture au nombre de livraisons. Aussi, si ce nombre diminue, la dépense sera diminuée d'autant.

Mme ALBERT précise que le budget 2010 prévoit par le renouvellement du marché une augmentation de 200 000 euros de ces livraisons à activité constante. Aussi la simple réduction des tris permettra de diminuer la facture.

M. SAUVAGE reconnaît que la présentation ne précise pas quelles économies seront réalisées sur chaque action. Cependant, des économies sont réellement possibles sur certains de ces postes.

Mme ALBERT précise qu'elle a rencontré, au moment de sa prise de fonction, M. Leclercq qui a décidé de moderniser complètement la plate-forme de distribution de l'AGEPS. Ce travail permettra de rendre des emplois et d'agir aussi dans un but de sécurisation et de traçabilité du circuit de distribution. Un conseil externe permettra à l'AP-HP de trouver l'outil utile et la localisation de cette plate-forme.

M. SINGLAS note que les augmentations de médicaments entre 2007 et 2008 sont comprises entre 10 et 15 % et qu'elles ont été bien plus importantes encore les années précédentes, ce qui permet de relativiser le tassement des dépenses entre 2008 et 2009. La présentation des rapporteurs ne précise pas les prescriptions de ville émanant de l'hôpital (consultations, ordonnances de sortie d'hospitalisation, PIH, PH ...) dont les dépenses représentent plus de 20 % des remboursements en ville par l'Assurance Maladie ce que ne manquent pas de souligner les médecins conseils. Dans ce domaine, un effort peut certainement être fait notamment pour promouvoir les génériques dans les prescriptions hospitalières. Le palmarès des 30 médicaments les plus prescrits fait apparaître cinq références pour les maladies métaboliques, ce qui ne semble pas surprenant sachant que des experts internationaux de ces pathologies font partie des hôpitaux de l'AP-HP. Cependant, pour M. SINGLAS, la question la plus importante concerne l'utilisation des anticancéreux (premier poste de dépenses) en troisième ou quatrième ligne.

Il doute également des stocks énoncés compte tenu des problèmes rencontrés en 2009 avec NSI Gestion à l'AGEPS. En effet, il n'y a aucun stock de médicaments hors GHS dans les services. Par ailleurs, les stocks dans les hôpitaux sont généralement évalués à 15 jours. M. SINGLAS rappelle que dans le passé, des groupes ont été constitués dans les hôpitaux pour définir les modalités de prescription de certains médicaments (EPO, antirétroviraux). De tels groupes pourraient être reconstitués pour la prescription des médicaments hors GHS dans les indications de groupe IV. Si l'objectif est de prolonger de trois semaines ou un mois la médiane de survie d'un patient, la question de cette prescription peut se poser et mener à une réflexion plus large.

M. SINGLAS rappelle enfin que la marge de 5 % prise par l'AGEPS a été supprimée mais a été largement remplacée par une somme forfaitaire annuelle que paient les hôpitaux. Ainsi les hôpitaux paient déjà les prestations de l'AGEPS.

M. SAUVAGE signale qu'il lui semble que les réassorts d'urgence ne sont pas utiles lorsqu'il existe un stock correspondant à quinze jours de consommation. Il indique en outre que l'objectif de ces mesures n'est pas d'augmenter la rémunération de l'AGEPS mais de modifier sa structure pour que ceux qui l'utilisent plus paient en conséquence.

Le président en déduit qu'il existe des marges de progrès qu'il faut décliner au niveau de l'hôpital.

M. DRU rappelle que ce même constat était fait il y a déjà 20 ans. Il s'interroge donc les actions qui seront mises en œuvre pour éviter de faire ce même reproche d'immobilisme dans dix ans. Par ailleurs, alors que les dépenses de santé sont appelées à augmenter, peut-être faut-il repenser la formation médicale initiale pour faire évoluer les modes de prescription.

M. LACAU SAINT GUILY souligne que des pays aussi avancés que la France, comme l'Angleterre ou la Belgique, ont pris la décision de ne pas utiliser les troisième ou quatrième lignes en cancérologie dès lors que l'intérêt de leur utilisation n'est pas prouvé. Cependant, il faut aussi souligner que la France connaît les taux de survie les plus longs dans le monde occidental pour les maladies métastasées ou récidivées. Pour prouver l'efficacité d'une troisième ou d'une quatrième ligne, il convient de mener des études de recherche clinique qui sont difficiles à lancer. En outre, la juste prescription est une démarche intéressante et devrait devenir plus systématique – peut-être une fois par an - afin de pouvoir tirer des conclusions argumentées. Il considère que l'on ne peut pas demander à la communauté médicale de procéder à des arbitrages en ce domaine. La mise en place d'une deuxième ou d'une troisième ligne ne fait pas gagner deux semaines de vie mais sept ou huit mois de vie. Ces avancées ne sont pas négligeables et posent un problème éthique et de société. Il

ajoute que le groupe cancer pourra poser les termes d'une réflexion visant à encadrer les indications des anticancéreux et faire en sorte que les hôpitaux institutionnalisent les conférences de juste prescription.

En réaction à la remarque de M. Capron sur la rédaction de recommandations, **Mme DEGOS** rappelle que l'AMM est opposable. Elle souhaite par ailleurs rappeler que les travaux sur la juste prescription permettent de distinguer les prescriptions dans le cadre de l'AMM, les prescriptions hors AMM mais validées scientifiquement et les prescriptions hors AMM. Enfin, elle constate qu'une partie importante des dépenses présentées concerne le traitement des maladies rares ce qui mérite d'ouvrir une réflexion à l'échelon national.

M. PINSON répond que les informations sur les prescriptions commencent à être connues. Il faut savoir à ce sujet que les prescriptions du groupe 4 représentent 25 % des prescriptions. Ce sont en l'occurrence des indications émergentes à évaluer et à documenter sur lesquelles il faut mener un vrai travail de sécurité et d'éthique.

Répondant à M. Dru, M. PINSON rappelle que l'informatisation des données a largement progressé depuis vingt ans. Il existe aussi désormais des référentiels et des avancées dans le cadre de la juste prescription qui permettront, pour le moins, de poser des questions éthiques si elles ne permettent pas de les résoudre.

M. JULIARD rappelle qu'il existe un groupe de travail sur la cardiologie interventionnelle depuis plus de dix ans. Son travail a été efficace sans pour autant léser l'efficacité ou l'efficience des traitements pour passer à moins de dix lignes d'appel d'offres au lieu de trente. Ce groupe se réunit tous les quatre mois pour déterminer quels nouveaux dispositifs médicaux peuvent être achetés en fonction des données scientifiques disponibles. Cet exemple démontre qu'il est donc possible de faire des choix et d'arbitrer. Il s'étonne cependant que les données chiffrées ne proviennent pas de la direction des finances mais des fournisseurs.

Mme ALBERT reconnaît que les actions menées par le groupe de travail sur la chirurgie cardiaque interventionnelle sont très intéressantes et devraient être copiées dans d'autres domaines. Cependant, cette méthodologie nécessite de faire preuve d'une certaine discipline interne. Concernant l'information chiffrée, elle souligne que, lorsque tous les établissements auront basculé dans SAP, il sera possible de détenir une vision de la réalité locale.

M. DASSIER convient du fait que le médecin est responsable mais il faudrait avant tout que la logistique soit irréprochable comme cela se fait au niveau des grands groupes industriels. Depuis quelques années, les médecins veillent à la prescription même s'il existe encore des dérives. Ces progrès doivent se poursuivre. Il s'interroge par ailleurs sur les financements qu'il serait possible de récupérer auprès de la CNAM ou du ministère de la Santé pour les actions de santé publique qui ne concernent qu'un nombre limité de patients. Il s'enquiert par ailleurs du coût et du retour sur investissement des greffes.

M. SAUVAGE reconnaît qu'une réflexion doit être menée au sein de l'AGEPS en matière logistique. Le constat qui a été dressé ne vise pas à mettre en cause quelques acteurs mais doit permettre de faire un état des lieux pour avancer sur le bon chemin. Même si les médicaments sont remboursés par la Sécurité Sociale, il ne faut pas se désintéresser pour autant de cette dépense car ce qu'elle donne pour ces médicaments n'est pas donné pour les tarifs hospitaliers.

M. RICHARD signale que la commission sur la qualité et la sécurité des soins a examiné le rapport d'activité de la COMEDIMS et a noté qu'il existait un problème de diffusion de l'information au niveau des hôpitaux. Il existe pourtant un site Intranet très riche en informations mais qui est très mal connu des prescripteurs. Il insiste par ailleurs sur l'évaluation des pratiques professionnelles qui doit se faire à deux niveaux : d'une part, à un niveau centralisé, notamment pour l'impact de la juste prescription ; d'autre part, au niveau de chaque hôpital, au travers de l'identification des actions menées dans le domaine de l'évaluation professionnelle. La base de données de l'AP-HP sur les pratiques professionnelles montre qu'un nombre important de ces évaluations concerne l'impact médico-économique de la prescription des médicaments.

M. REMY rappelle que les centres de références des maladies rares ont aussi pour mission d'innover. Or cette innovation porte sur des prescriptions hors GHS dont la preuve de l'efficacité est difficile à apporter. Pour autant, ces centres doivent pouvoir conserver cette capacité.

M. SAUVAGE précise que l'objet n'est pas d'interdire les prescriptions hors AMM. La réflexion est plutôt de valoriser les recherches de l'AP-HP par exemple en la diffusant vers d'autres centres et d'autres pays.

M. GARABEDIAN insiste sur le fait qu'il ne faut pas abandonner les centres des maladies rares qui sont une chance pour l'AP-HP en poussant la recherche et l'innovation. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que certaines maladies rares touchent un nombre non négligeable de patients.

M. PINSON rappelle que la démarche de la juste prescription vise justement à déterminer des référentiels scientifiquement validés hors AMM et d'analyser les pratiques.

M. SAUVAGE ajoute qu'il n'est pas interdit que les expérimentations hors AMM donnent lieu ensuite à une extension de l'AMM.

M. FAYE insiste sur les efforts à mener en termes de logistique et sur la pression à exercer dans la négociation pour les médicaments qui deviennent génériques. Il sait que l'AGEPS mène un important travail pour « débusquer » les médicaments qui tombent dans le domaine public et reconsidérer alors les contrats. Cette vigilance doit aussi permettre de réaliser des économies substantielles.

Mme VIDAL-TRECAN souligne que la préférence donnée à la voie orale plutôt qu'à l'intraveineuse sera un message qui devra être relayé auprès des internes.

Le directeur général estime que l'assurance-maladie et l'Etat ne peuvent plus se permettre une augmentation des dépenses de maladies au même rythme qu'au cours des vingt dernières années. La vigilance de l'assurance-maladie sur les consommations médicales des hôpitaux est de plus en plus grande et la CPAM est en train de se donner les moyens de contrôler les prescriptions des médecins de l'AP-HP vers la médecine de ville. Il reconnaît par ailleurs que certaines décisions sont des choix de société, notamment en termes de troisième ou quatrième ligne de cancérologie, pour lesquelles les autorités doivent passer de la préconisation à la sanction.

La logistique telle qu'on la connaît dans l'industrie va devoir s'imposer dans les grands organismes comme l'AP-HP. Cependant, elle n'est pas non plus une panacée et impose certaines contraintes. Un accord doit être trouvé entre l'urgence et l'organisation générale. La bonne organisation qui permet de libérer du temps médical ou soignant est un vrai progrès pour l'institution. Concernant les maladies rares, les prescriptions doivent être gérées de manière quasi-scientifique pour réaliser

des progrès. Sur les dispositifs médicaux, la démarche entreprise par les cardiologues interventionnels doit être promue dans d'autres secteurs ailleurs. Enfin, les actions envisagées doivent conduire à récompenser les équipes qui auront une approche positive dans la réduction des dépenses de médicaments.

Le président est convaincu que c'est au niveau des établissements que ces démarches doivent être entreprises.

III. Impacts de la loi HPST sur l'organisation médicale, le rôle de la CME et la gestion des ressources humaines médicales (Pr Coriat – M. Gottsmann)

Préalablement à la présentation de M. GOTTSMANN, M. VALLEUR souhaite avoir confirmation que la discussion qui va s'ouvrir va permettre une réflexion sur la composition de la prochaine CME. **Le président** répond que ce point de l'ordre du jour doit permettre de positionner la CME dans la loi HPST, y compris ce sujet. Pour le président, le rôle de la CME dans le futur sera celui qu'elle se donnera dans ce cadre.

M. GOTTSMANN présente une synthèse des impacts de la loi HPST sur l'organisation médicale et sur le rôle de la CME. Il ajoute qu'une présentation plus exhaustive, réalisée dans le cadre d'une formation à l'attention de directeurs en charge des affaires médicales, est à disposition sur le site Internet de la CME.

Il convient tout d'abord de rappeler les rôles et missions de chaque instance en insistant plus particulièrement sur les activités relatives aux affaires médicales.

Les missions du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie, exerce un contrôle permanent sur la gestion de l'établissement et délibère, entre autres, sur le projet d'établissement, la convention constitutive des CHU, le compte financier et l'affectation des résultats.

Il est également chargé d'émettre un avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, et de la gestion des risques, sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, sur les affaires immobilières et le règlement intérieur de l'établissement.

La loi prévoit que le conseil de surveillance entend le directeur sur l'EPRD et le programme d'investissement. Il est par ailleurs informé par le directeur avant la nomination et la révocation des membres du directoire.

Les compétences du directeur

Le directeur, en qualité de président du directoire, dispose de compétences propres, entre autres, il assure la conduite de la politique générale de l'établissement, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles. Le directeur général peut aussi déléguer sa signature.

Après concertation du directoire, le directeur est compétent pour : conclure le CPOM ; décider conjointement avec le président de la CME de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

d'arrêter le bilan social et de définir les modalités d'une politique d'intéressement ; déterminer le programme d'investissement après avis de la CME, pour les équipements médicaux ; fixer l'EPRD ; arrêter l'organisation interne de l'établissement et signer les contrats de pôle d'activité ; proposer la constitution et la participation à une forme de coopération sanitaire.

Toujours après concertation du directoire, le directeur est compétent pour : soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement ; arrêter le règlement intérieur de l'établissement ; décider de l'organisation du travail et des temps de repos.

Le directeur gère aussi les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du projet d'établissement. A cet effet, il dispose d'un pouvoir de nomination, total pour le PNM (hors les personnels de direction). Pour les PM titulaires hospitaliers, le directeur propose au directeur général du Centre National de Gestion (CNG) leur nomination sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME. Il peut aussi, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME, admettre des PM exerçant à titre libéral à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

Le directeur nomme et révoque les membres du directoire à l'exception des membres de droit. Pour les médecins, membres du directoire, et les chefs de pôle, cette nomination intervient sur présentation d'une liste de propositions d'au moins trois noms établie par le président de la CME et, dans les CHU, par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination des études médicales (CCEM). En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.

Les missions du directoire

Le directoire a une mission de conseil stratégique au directeur dans la conduite générale de l'établissement. Il est consulté sur les principales décisions, approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Le directoire n'est pas investi d'un pouvoir de décision au sens juridique du terme. Le décret du 30 décembre 2009 vient par ailleurs préciser la notion de concertation du directoire en indiquant ceci : « La concertation se déroule à l'initiative et selon des modalités définies par le président du Directoire ».

M. GOTTMANN précise que l'AP-HP n'a pas obtenu de dérogation pour la composition de son Directoire. Selon l'instruction de la DHOS en date du 25 février 2010, le directoire est composé de 9 membres (dont au moins 5 médecins) :

- le directeur, président du directoire ;
- le président de la CME, 1^{er} vice-président chargé des affaires médicales ;
- le président du CCEM, 2^{ème} vice-président chargé de l'enseignement ;
- d'un 3^{ème} vice-président chargé de la recherche, nommé par le directeur sur proposition conjointe du président de l'Inserm, du 2^{ème} vice-président et des présidents d'université ;
- le président de la CSIRMT ;
- de quatre membres nommés par le directeur dont au moins trois médecins.

M. GOTTMANN précise que le 3^{ème} vice-président chargé de la recherche n'est pas considéré statutairement comme un médecin même s'il peut dans les faits en être un. La durée des mandats

des membres du directoire est de quatre ans, mandats qui cessent dès la fin des fonctions du Directeur général..

Le président de la CME

Le président de la CME est 1^{er} vice-président du directoire, et à ce titre assure l'intérim du directoire en cas d'empêchement ou d'absence prolongée du président du directoire. A titre consultatif, il participe aux séances du conseil de surveillance, propose la désignation des membres médicaux du directoire et la désignation des chefs de pôle. Il donne un avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des PM, sur les projets de contrat de pôle et sur l'admission par contrat de praticiens libéraux.

Le président de la CME a pour fonctions propres : d'élaborer et de suivre le projet médical conjointement avec le directeur ; de définir et de suivre la politique d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; de diffuser et d'évaluer les bonnes pratiques médicales ; de coordonner la prise en charge du patient ; de promouvoir la recherche médicale et l'innovation ; d'élaborer le plan de Développement Professionnel Continu (DPC) ; de présenter un rapport annuel au directoire et au conseil de surveillance.

Les compétences de la CME

D'après la dernière version du projet de décret, l'avis de la CME serait sollicité sur : le projet d'établissement ; le projet médical ; les missions de service public prises en charge ; les conventions constitutives CHU ; le projet de SIRMT ; le plan de DPC ; l'organisation interne ; la politique sociale, les modalités d'intéressement et le bilan social ; le statut des fondations ; le règlement intérieur ; les programmes d'investissement et tout sujet relevant de son champ de compétence par le président du directoire, le président du conseil de surveillance ou le directeur de l'ARS.

La CME serait saisie, pour information, sur les sujets suivants : l'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation du résultat ; le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; le rapport annuel d'activité ; les contrats de pôles ; le bilan annuel des tableaux de service ; la politique de recrutement des emplois médicaux (qui reste à définir) ; l'organisation de la formation des étudiants et des internes et la liste des postes ouverts.

Le projet de décret indique que les compétences propres de la CME seraient de contribuer à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à la prise en charge des usagers (gestion des risques, dispositifs de vigilance, lutte contre les infections nosocomiales, définition de la politique du médicament, prise en charge de la douleur, conditions d'accueil des usagers, évaluation de la prise en charge des urgences, évaluation des admissions non programmées, fonctionnement de la PDS, filières de soins, etc.).

A ce stade, il semblerait que la CME perdrait les compétences suivantes :

- l'avis sur l'EPRD ;
- l'information régulière sur la situation budgétaire et les effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et sur les créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens ;
- la désignation des responsables de structures internes ;
- les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens.

M. GOTTMANN précise que le projet de décret spécifique à l'AP-HP, aux Hospices Civils de Lyon et à l'Assistance Publique de Marseille prévoit la possibilité d'instituer des CCM par le biais du règlement intérieur. La CME peut déléguer tout ou partie de ses attributions aux CCM *via* une délibération spécifique.

M. GOTTMANN indique par ailleurs que la composition de la CME de l'AP-HP pourrait être la suivante selon le projet de texte :

- des représentants des praticiens hospitalo-universitaires élus par et parmi ceux-ci ;
- des représentants des praticiens hospitaliers élus par et parmi ceux-ci ;
- des représentants des personnels temporaires, non titulaires, contractuels ou exerçant à titre libéral élus par et parmi ceux-ci ;
- 10 représentants des chefs de pôle élus par et parmi ceux-ci ;
- des représentants des présidents de CCM ;
- 4 représentants des internes ;
- 1 représentant des sages-femmes.

Cette composition introduit une notion de collège par statut alors que les collèges étaient auparavant constitués par discipline.

La CME compterait également des membres avec voix consultative : le directeur général, le président de la commission des soins, le médecin DIM, le responsable EOH et le représentant du CTE. Il convient de souligner que le projet de texte limite à ce stade la représentation des directeurs d'UFR à la participation du président du CCEM en tant que membre avec voix consultative. Le règlement intérieur de l'AP-HP pourrait compléter cette disposition en prévoyant la présence d'autres directeurs d'UFR en tant qu'invités permanents.

M. GOTTMANN rappelle que la CME de l'AP-HP compte aujourd'hui 59 membres et qu'il serait pertinent de ne pas dépasser ce nombre. L'élection des membres de la CME se déroulerait selon un scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Nul ne peut être électeur ou éligible à plus d'un titre. Un suppléant est prévu pour chaque siège attribué. La répartition, les modalités de désignation et le nombre de sièges seront déterminés par le règlement intérieur de la CME. Pour les internes, la désignation se fera tous les six mois à chaque début de stage. La durée du mandat des autres membres de la CME sera de quatre ans, sachant que les membres de l'actuelle CME conservent celui-ci jusqu'aux prochaines élections en 2011.

L'organisation interne

Le directeur, conformément au projet médical d'établissement définit, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale, l'organisation de l'établissement en pôles d'activité.

Les pôles d'activité peuvent comporter plusieurs structures internes. Par ailleurs, le texte précise que « dans les CHU, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires ». Cette formulation laisse entendre que cette dénomination sera obligatoire.

Les compétences du chef de pôle

Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives et d'encadrement sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

M. GOTTSMANN souligne ainsi que le chef de pôle a une compétence très forte même s'il intervient en concertation avec les équipes et dans le respect de la déontologie et des responsabilités assignées aux uns et aux autres.

Le chef de pôle sera assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement.

Il convient de noter qu'il n'existe plus de conditions statutaires pour accéder aux fonctions de chef de pôle, qu'il s'agisse de conditions d'ancienneté ou encore de quotité de temps de travail. La liste nationale d'habilitation disparaît également. Le chef de pôle a un mandat de quatre ans renouvelable, il perçoit une indemnité forfaitaire dont le montant n'est pas encore arrêté. Il a obligation de suivre une formation à l'emploi dans les six mois suivant la nomination. A défaut de suivre cette formation, son mandat ne pourra pas être renouvelé. Le chef de pôle peut demander au directeur de mettre fin aux fonctions d'un des chefs de service du pôle, après avis du président de la CME et du président du CCEM. Pour assurer la transition, il est prévu que les chefs de pôle actuellement en poste soient maintenus avec les nouvelles compétences prévues jusqu'à l'échéance de leur mandat. **M. GOTTSMANN** précise qu'environ une trentaine de mandats arrivera à échéance en 2010, mais que la plupart d'entre eux arriveront à leur terme en 2011.

Le fonctionnement du pôle devra s'appuyer sur un contrat de pôle signé pour quatre ans entre le directeur et le chef de pôle après avis du président de la CME. Auparavant, le président de la CME était cosignataire de ce contrat. Le projet de décret prévoit que le directeur a obligation de faire une délégation de gestion au chef de pôle. Le contenu minimal de la délégation de gestion sera précisé par un arrêté qui n'est pas encore paru. Par ailleurs, en cas de dysfonctionnement, le directeur pourra retirer la délégation à tout moment. Le chef de pôle devra élaborer le projet de pôle en concertation au sein de son pôle. Les conseils de pôle ne sont par ailleurs plus prévus dans les textes, même s'ils pourront être maintenus par la voie du règlement intérieur.

Il existe une liberté d'organisation permettant de structurer les pôles en services, départements, unités fonctionnelles, unités cliniques, etc. Les responsables de structures internes sont nommés par le directeur sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME dans les conditions fixées par le règlement intérieur. Il est possible de mettre fin aux fonctions des chefs de service par décision du directeur après avis du président de la CME, du directeur de l'UFR et du président de la CCEM. La catégorie juridique « chef de service » disparaît même s'il est possible de la maintenir par la voie du règlement intérieur. Toutes les dispositions spécifiques aux chefs de service (liste nationale d'habilitation, procédure de nomination) disparaissent. En revanche, la situation des gérants de PUI semble ne pas être parfaitement traitée par le texte.

M. GOTTSMANN souligne qu'il convient désormais d'actualiser le règlement intérieur de la CME ainsi que celui de l'AP-HP. Pour le premier, l'objectif consiste à redéfinir, au regard des nouveaux textes et dans la perspective de la mise en place prochaine des groupes hospitaliers, la composition

de la CME, les modalités de désignation de ses membres, son organisation, son fonctionnement et ses compétences. Il conviendra également de définir le niveau de délégation de la CME vers les CCM.

Le règlement intérieur de l'AP-HP devra par ailleurs définir les compétences, la composition et le fonctionnement des CCM et déterminer la nature et le périmètre des structures internes, les champs de compétences des responsables des structures internes et les modalités de désignation.

M. GOTTSMANN propose qu'un groupe de travail restreint se réunisse à cet effet, aux mois d'avril et de mai pour recenser l'existant, identifier les impacts de la réforme et proposer des modifications des textes actuels. Il sera composé de représentants de la DPM, du président de la CME, du vice-président de la CME, d'un représentant des présidents des CCM et de représentants des différentes disciplines. Les conclusions de ces travaux préparatoires pourraient être présentées à la CME de juin sous réserve de la parution des décrets.

Le président propose d'ajouter à ce groupe de travail restreint un représentant de la biologie, un représentant de l'anesthésie réanimation et un représentant de la direction des affaires juridiques de l'AP-HP.

Le directeur général revient sur la constitution du Directoire et précise qu'une lettre sera envoyée aux sept doyens de médecine pour qu'ils préparent la désignation du vice-président doyen afin de ne pas perdre de temps dans la mise en place de l'instance.

M. BERCHE demande si les doyens de pharmacie et d'odontologie seront également concernés.

Le directeur général précise que seuls sont concernés les doyens des UFR de médecine.

M. GOTTSMANN précise que sont concernés *a priori* les présidents d'université.

Pour le **président**, la CME actuelle qui rentre dans sa dernière année de mandature a un rôle important à jouer pour définir l'ensemble des prérogatives de la CME. Le président ne peut pas imaginer que les ressources médicales soient gérées en dehors de cette instance. Par ailleurs, l'homogénéité des équipes médicales est le garant essentiel de la qualité des soins. Des recrutements hasardeux pourraient casser cette homogénéité qui constitue aujourd'hui la force de l'AP-HP. La CME doit aussi garder un rôle fondamental dans l'organisation interne car il ne saurait y avoir un découpage administratif. Il en va de même pour le projet médical. Aussi, le président veillera à ce que la CME garde l'ensemble de ses compétences. Par ailleurs, chaque fois qu'il est écrit qu'il est requis l'avis du président de la CME, c'est l'avis de la CME qu'il faut entendre.

M. CAPRON ne partage pas cet optimisme. Il déplore l'application de la loi HPST qui fait passer d'un régime parlementaire à un régime monarchique absolu. La CME ne sera même pas une chambre d'enregistrement comme l'était le parlement au temps du Roi Soleil. Aussi la CME ne pourra se contenter que d'un rôle de contestation. Quel que soit le règlement intérieur, M. CAPRON ne voit pas comment la CME ne pourra pas en venir à cette extrémité. Aussi il est très inquiet sur l'avenir de la gouvernance de l'AP-HP.

M. GARABEDIAN partage cette analyse pessimiste. Il est vrai qu'il existe des marges de manœuvre dans le règlement intérieur. Cependant, la loi demeure ce qu'elle est. Il rappelle par ailleurs que les services devaient rester en place mais que les textes prévoient leur disparition et que

le chef de service n'aura plus aucune prérogative. Il n'est pas certain que le chef de pôle puisse pallier cette disparition et puisse animer une équipe médicale aussi importante.

M. GARABEDIAN rappelle également que des services ont été regroupés au moment de la création des pôles pour que ceux-ci puissent atteindre une taille critique minimale. Ces regroupements n'ont pas toujours été cohérents dans certains établissements. Il souhaite donc que l'on veille à ce que les pôles aient une véritable identité médicale avec des thématiques hospitalo-universitaires fortes. Il veut également éviter toute disproportion suivant la taille des pôles.

Le président convient du fait que personne ne souhaitait cette loi HPST et qu'elle a été combattue fortement. En définitive, cette loi répond aux besoins des petits hôpitaux de province mais pas à l'AP-HP. Concernant l'organisation, il reconnaît qu'il faut revoir l'organisation en pôle qui a été instituée il y a huit ans.

Quant à M. MUSSET, il ne pense pas que ce texte va changer radicalement le mode de gouvernance de l'AP-HP d'autant que c'est déjà le binôme président/directeur qui est prédominant dans tous les établissements. Si le président ne s'entend pas avec le directeur, ce dernier aura les mains liées.

M. MUSSET pense qu'il est indispensable de revoir l'ensemble des pôles de l'AP-HP comme vient de le suggérer M. Garabedian. Compte tenu de l'échéance de mars 2011, c'est pendant toute l'année 2010 que le conseil exécutif de l'AP-HP devra œuvrer pour revoir l'organisation des nouveaux pôles qui pourront être inter-hospitaliers dans le cadre des groupes hospitaliers. M. MUSSET souhaite par ailleurs que la délégation de la CME vers les CCM permette de libérer la CME de porter un avis sur certains dossiers de nomination qui sont examinés en fin de séance et qui ne posent aucun problème aux hôpitaux et aux groupes hospitaliers. Par contre, la CME a un rôle essentiel à jouer dans la nomination des hospitalo-universitaires. De ce point de vue, une harmonisation est nécessaire entre les périodes d'analyses des dossiers par la CME et les Facultés, afin de permettre aux conférences HU d'être réellement productives. En conclusion, M. MUSSET ne partage pas le pessimisme de certains mais il estime en revanche qu'un important dossier devra être construit au cours de l'année 2010 (Règlement intérieur, Redéfinition des Pôles au sein des groupes hospitaliers) pour permettre à la prochaine CME de fonctionner sur des bases adaptées.

Le président répète qu'il aurait certainement fallu édicter une loi spécifique pour l'AP-HP. Cependant, pour des raisons politiques, cette exception n'était pas possible. Par ailleurs, il ne disconvient pas du fait qu'il est impératif de revoir les pôles au cours de l'année 2010 afin de pouvoir nommer des chefs de pôle sur des pôles revisités dans le cadre des groupes hospitaliers. Il souhaite qu'une lettre soit adressée aux directions d'hôpitaux pour dire qu'une réflexion sera menée pour revoir le découpage en pôle et émettre des propositions.

M. BERCHE juge également essentiel que les pôles soient redécoupés car certains ne sont aujourd'hui que des pôles économiques. Ils doivent en revanche être des pôles hospitalo-universitaires qui portent un projet de recherche, un projet pédagogique et un projet de soins.

Il souligne par ailleurs son attachement à la notion de chef de service sans pour autant tenir absolument à cette dénomination précise. Quel que soit le nom retenu, cet échelon doit être retenu pour éviter tout dysfonctionnement et tout conflit entre le chef de pôle et les équipes.

Le président en est d'accord et répète à cet égard que la notion de service existe dans la loi HPST comme étant une structure interne au pôle. Le service n'est pas remis en cause.

Le directeur général estime nécessaire de revoir le redécoupage des pôles dans la nouvelle organisation de l'AP-HP pour leur redonner une connotation groupe hospitalier avec la constitution de pôles inter et intra groupes. Il souhaite également que ces derniers bénéficient du maximum de déconcentration en termes de gestion avec une délégation intelligente qui doit bénéficier au chef de pôle dont les responsabilités doivent être parfaitement définies. Enfin, les pôles doivent être vus sous l'angle hospitalo-universitaire. Il fait référence à de très récents textes.

Concernant la composition de la nouvelle CME, **M. DRU** juge essentiel de respecter la parité entre les HU, les H et les non titulaires sur les postes restant à pourvoir au-delà des membres déjà désignés.

Le président considère que le nombre de 59 membres est correct et ne peut augmenter démesurément. Le règlement intérieur devra ensuite arrêter une répartition équitable entre les médecins de l'institution afin que la CME en soit le reflet le plus exact.

M. REMY s'interroge sur les modalités de révision des effectifs pour 2010.

Le président rappelle que les trois révisions des effectifs de poste de PH ont été faites dans la transparence et la clarté. Les CCM reconnaissent d'ailleurs ce mérite à la CME. Les postes de praticiens hospitaliers sont publiés au *Journal Officiel*. Parallèlement, la CME veillera à ce que les engagements soient tenus concernant la réorganisation des gardes et les astreintes. Pour sa part, il ne voit pas en quoi il faudrait revoir la méthodologie. Ainsi un cadrage doit être trouvé avec la direction générale et accepté par la CME. Par ailleurs, le président reconnaît que la CME n'aura plus à voter l'EPRD, cependant il faut admettre que même en cas de vote défavorable, l'EPRD s'appliquait à l'institution.

Le directeur général souligne que l'esprit de la révision des effectifs telle qu'elle est conduite depuis le début du mandat de cette CME lui semble adapté à la situation car cette révision intervient en plusieurs étapes. Elle se fonde tout d'abord sur un cadrage général basé sur la démographie et le renouvellement des compétences mais aussi sur les nécessités hospitalières, tout en tenant compte des contraintes économiques. Une fois le cadrage arrêté par le directoire, la CME et les commissions peuvent décider des postes à rendre, quitte à ce que ces décisions soient soumises de nouveau au directoire.

Concernant les postes universitaires, **le président** souhaite que les hôpitaux fassent des propositions très en amont afin d'éviter toute problème de calendrier.

M. BERCHE craint une absence de valence hospitalière pour les postes HU comme cela se produit parfois en province.

M. FAGON précise que la valence hospitalière est protégée pour tous les postes titulaires HU de l'AP-HP.

M. ALVAREZ fait observer que des postes universitaires se situent aujourd'hui dans des hôpitaux n'appartenant pas à l'AP-HP mais peuvent être intégrés à celle-ci. Alors il faudra trouver la partie hospitalière.

Le directeur général souligne qu'il a rencontré un président d'université qui a affirmé qu'il était prêt à créer des postes de PU dès lors que l'AP-HP apporterait la contrepartie hospitalière ce qui

devra être mis en œuvre. Ces avancées sont intéressantes et doivent permettre d'assouplir le système.

Mme VIDAL-TRECAN demande s'il est possible que la CME de l'AP-HP envisage comme c'est de plus en plus le cas dans d'autres secteurs une parité selon le genre.

M. LYON-CAEN fait remarquer que la loi HPST est essentiellement tournée sur la gestion en pénalisant la dimension médicale. Il en veut pour preuve le fait que le président de la CME affirme qu'il n'y a pas de distinction entre les centres hospitalo-universitaires et les centres hospitaliers. La recherche et l'innovation sont ainsi réduites à la portion congrue. Il regrette que cette nouvelle organisation conduise à donner les pleins pouvoirs à un directeur qui lui-même les détient du pouvoir politique. Il rappelle les effets délétères que peuvent avoir les pressions du pouvoir politique sur les décisions prises par un directeur aussi bienveillant soit-il. **M. LYON-CAEN** juge indispensable que le règlement intérieur mette en exergue la nécessité absolue de l'innovation et de la recherche, notamment de la recherche clinique. Il déplore que la recherche clinique ne soit pas mentionnée dans le projet de loi. La loi HPST est non seulement une loi anti-médecins mais aussi une loi anti-médecine. Il estime donc qu'elle aura des effets désastreux sur la médecine française.

Le président insiste sur le fait que le projet médical doit accentuer les rôles de l'innovation et de la recherche. Compte tenu de l'importance de ce sujet, le président propose que le dossier relatif à la déclinaison à l'AP-HP de la loi HPST fasse l'objet d'un point régulier de l'ordre du jour.

M. FAYE souhaite savoir si toutes les commissions et les procédures perdurent jusqu'à la nomination de la nouvelle CME.

Le président estime qu'il faut profiter de l'année 2010 pour positionner clairement la CME future, nécessaire pour que la prochaine mandature ne se déroule pas dans le flou.

Le directeur général rappelle que le décret n'est pas encore publié. Rien ne s'oppose à ce que le fonctionnement de la CME continue dans la mesure où il n'est pas contradictoire avec le rôle des nouvelles instances.

IV. Rôle du Centre National de Gestion (CNG) en matière de gestion RH médicale (M. Gottsmann)

Il est demandé à **M. GOTTSMANN** de faire un point sur le rôle du CNG en matière de gestion des ressources humaines médicales.

Les compétences du CNG en matière de ressources humaines médicales portent sur les PH plein temps et les PH temps partiels. Elles ne portent ni sur les hospitalo-universitaires, ni sur les contractuels.

Le CNG organise les tours de recrutement et gère la publication des déclarations de vacance de postes. Aujourd'hui deux publications ont lieu (au printemps et à l'automne), alors que dans le futur il est prévu un système de publication en flux continu. Cet organisme est aussi compétent pour la gestion administrative des praticiens, à savoir pour la nomination dans le corps, le classement dans la carrière, l'enregistrement de l'affectation, la mutation entre pôle d'un même établissement, la titularisation après validation de période probatoire, l'avancement, les positions statutaires, la

démission, la radiation des cadres, la mise à la retraite et la tenue d'un dossier individuel par praticien.

Le CNG gère la procédure disciplinaire. Il tient les conseils de discipline tandis que la directrice générale du CNG prononce les éventuelles sanctions. Dans des cas récents, l'AP-HP a saisi le CNG pour des sanctions disciplinaires, notamment à la suite de sanctions pénales. Toutefois, le CNG n'a pas forcément suivi la rigueur demandée par l'AP-HP.

Il gère les procédures d'insuffisance professionnelle et les décisions éventuelles de suspension de fonction. Il gère les instances statutaires (Commission Statutaire Nationale - CSN - et le Conseil de discipline).

Il gère la procédure de recherche d'affectation. C'est un arrêté du directeur général du CNG qui place les praticiens dans cette position après avis de la CSN. Une convention de mise à disposition est ensuite signée entre le CNG et les établissements. A l'issue de la procédure, le praticien peut être réintégré, placé en disponibilité d'office ou radié des cadres.

En matière de ressources humaines médicales, le CNG joue aussi un rôle de conseil et d'orientation. Il tient également une bourse à l'emploi, organise les concours de PH, d'internat et la procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins étrangers.

Il suit le déploiement du nouveau dispositif de contrat de clinicien en mettant à disposition des hôpitaux la liste des praticiens volontaires et en suivant les statistiques de ces contrats et des niveaux de rémunération. Le CNG gère également les incompatibilités déontologiques pour les médecins hospitaliers : il saisit la commission de déontologie et peut activer la clause de non concurrence fixée par la loi HPST.

M. GOTTMANN poursuit en faisant un point sur le nombre de dossiers de recherche d'affectation en cours sur l'AP-HP. S'agissant de praticiens extérieurs placés en recherche d'affectation à l'AP-HP, le CNG a soumis 9 dossiers depuis 2008 ; à ce jour, six ont été acceptés par l'AP-HP. En sens, inverse, s'agissant des praticiens de l'AP-HP pour lesquels une demande de placement en position de recherche d'affectation a été présentée au CNG, l'AP-HP a soumis 8 dossiers depuis 2008 mais seul un a été accepté par le CNG. Parmi ces 8 dossiers, deux ont été réglés en interne.

M. FAYE souhaite savoir s'il s'agit d'une instance purement administrative ou d'une instance paritaire.

M. GOTTMANN ne peut pas préciser la composition du conseil d'administration du CNG. Il peut simplement dire qu'il existe des représentants des praticiens dans cet organe. Par ailleurs, aucune des procédures mises en œuvre par le CNG, dès lors qu'elles portent atteinte aux intérêts individuels des agents, ne peut se faire sans passage devant le conseil de discipline ou devant la commission statutaire nationale, qui sont deux instances paritaires.

M. REMY s'enquiert du mode de nomination des représentants des médecins.

M. GOTTMANN précise que des médecins sont désignés au conseil d'administration sur la base de la représentativité nationale des syndicats.

M. VALLEUR regrette que les demandes de l'AP-HP soient peu entendues par le CNG alors que l'AP-HP apporte son appui au CNG.

M. RYMER ne souhaite pas que l'on confonde recherche d'affectation et sanctions disciplinaires ou insuffisance professionnelle pour lesquelles existent des procédures particulières. Or certains dossiers qui sont présentés au CNG relèvent de la commission de discipline. Cette situation explique que ces dossiers ne soient pas acceptés par le CNG.

M. GOTTMANN souligne que les dossiers relatifs à la procédure d'insuffisance professionnelle sont aussi rejetés par le CNG.

M. DASSIER signale que le CNG considère que l'AP-HP doit pouvoir anticiper ses restructurations en tant qu'institution importante. Le CNG intervient davantage auprès des hôpitaux périphériques ou dans les petites structures où des pans entiers d'activité disparaissent. M. DASSIER constate que le CNG espère à tort ou à raison que les grands centres hospitaliers que ceux de Paris, Lyon et Marseille sont capables d'anticiper leurs difficultés et de les résoudre.

Mme DESOUCHES tient à préciser que c'est aussi le choix du candidat.

Le directeur général indique que la CME, sur la base d'un dossier argumenté et enrichi par une inspection interne, a refusé une demande du CNG. Il souhaite ardemment que le praticien dont il est question ne soit pas nommé à l'AP-HP. Après avis de la CME, il se réserve le droit de se tourner vers des recours gracieux puis juridiques pour faire valoir cette décision.

V. Questions diverses

Le président propose à la CME d'examiner les questions diverses car l'un de ses membres souhaite poser une question au directeur général qui doit s'absenter avant la fin de la réunion.

M. WEILL souhaite aborder le dossier relatif à la restructuration de la biologie entre Cochin et l'Hôtel Dieu et aux difficultés rencontrées dans le travail avec la mission "efficience". Les consultants de la mission "efficience" ont demandé un projet de service à chaque chef de service. Tous, sauf un, ont répondu à cette demande. Malheureusement, les consultants n'ont pas assez discuté de ces projets avec les chefs de service concernés. Certains projets n'ont même pas été lus. M. WEILL, comme d'autres de ses confrères, regrette que cette mission externe ait appliqué des raisonnements purement mathématiques et non organisationnels. En outre le benchmarking étant truffé d'erreurs, les calculs qui en découlaient étaient eux-mêmes erronés. En tant que chef de pôle, M. WEILL estime que cette méthode de travail est très peu respectueuse des équipes professionnelles et de leur travail. La présence de la mission "efficience" peut, certes, être utile pour lancer des projets, mais il déplore que la méthode de travail des consultants, qui ne tient pas assez compte des projets de service, place les chefs de pôle en porte-à-faux vis-à-vis des chefs de service et, de ce fait, les fragilise dans leurs fonctions. Cela ne peut pas faciliter les restructurations.

Le directeur général maintient la position prise lors de la dernière CME à ce sujet. Il se rendra à Cochin la semaine prochaine pour répéter que ce sont les projets qui font l'optimisation et non l'inverse. Le benchmark doit être partagé entre la mission Efficience et les équipes. Ces impératifs seront rappelés la semaine prochaine avec fermeté.

VI. Avis sur des contrats d'activité libérale (M. Gottsmann)

M. GOTTSMANN présente deux nouveaux contrats et quatre renouvellements. Avant de passer au vote, **le président** souligne que ces contrats ont reçu l'aval de la commission des effectifs.

Les propositions sont approuvées avec 7 abstentions, 3 voix contre et 21 voix pour.

VII. Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements, au titre de l'année 2010 (M. Gottsmann)

M. GOTTSMANN présente la demande de quatre praticiens, dont trois sont conformes à la réglementation.

Les propositions sont adoptées à l'unanimité par la CME.

VIII. Approbation du compte rendu de la séance exceptionnelle du 26 janvier 2010

Le compte rendu de la séance exceptionnelle du 26 janvier 2010 est approuvé à l'unanimité.

IX. Questions diverses (suite)

M. FAYE alerte la CME sur les calibrages embryonnaires des moyens pour la fusion qui interviendra à l'HEGP. Il appelle à un arbitrage du directeur général pour ces rapprochements.

Le président répète qu'il a attiré l'attention du directeur général, il est indispensable que les restructurations s'engagent dans une démarche gagnant/gagnant.

M. FAGON indique que le directeur général se rend demain à l'HEGP pour valider le montage du projet tant pour le personnel médical que non médical.

Le président propose de faire un point sur ce dossier lors de la prochaine réunion.

M. DASSIER déplore que le projet touchant la gynécologie et l'urologie manque de moyens. Il regrette également la répartition des activités entre les deux étages de l'établissement, qui a été décidée à la va-vite et sans information des acteurs de terrain. Ces décisions arbitraires conduisent à des inerties voire des résistances.

Le président convient du fait qu'un effort de communication doit être fait.

M. FAGON indique que la discipline a validé des critères d'évaluation de l'activité ainsi que le ratio de personnel. La DPM applique strictement ces critères. C'est sur cette base que le débat est possible. Cependant, il perdure la possibilité de réévaluer cette estimation si elle s'avère inadaptée.

M. DASSIER ne remet pas en cause la démarche déployée. La répartition des activités est en revanche anarchique sans tenir compte de la qualité de ces activités et sans concertation. Il regrette ce manque de dialogue.

M. FAGON indique que ce travail doit être conduit localement.

M. DASSIER répond qu'il évoque ce dossier devant la CME pour un arbitrage car il ne peut pas évoquer cette question localement.

Le président rappelle que le rôle de la CME est de traiter de la répartition des médecins anesthésiste. Il estime que ce problème d'organisation hospitalière doit se régler en interne mais sera traité par la CME en cas de blocage.

La séance est levée à 12 heures 30.

*

*

*

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

Mardi 13 avril 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 31 mars 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.