

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 12 AVRIL 2011

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 7 JUIN 2011

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Réorganisation des pôles dans le cadre de la mise en œuvre des groupes hospitaliers	9
III.	Présentation de la nouvelle procédure de désignation des chefs de pôle	13
IV.	Information sur le règlement électoral des élections CME/CMEL	14
V.	Dépenses de la permanence des soins au 1 ^{er} trimestre 2011	18
VI.	Information sur le rapport d'étape annuelle 2010 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France	19
VII.	Avis sur des contrats d'activité libérale	21
VIII.	Approbation du compte rendu des séances des 8 février et 8 mars 2011	21

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Réorganisation des pôles dans le cadre de la mise en œuvre des groupes hospitaliers (*Pr Hardy - Mme Lalardrie*)
- 3- Présentation de la nouvelle procédure de désignation des chefs de pôle (*Mme Terquem*)
- 4- Information sur le règlement électoral des élections CME/CMEL (*Mme Terquem*)
- 5- Dépenses de permanence des soins au 1^{er} trimestre 2011 (*M. Hubin*)
- 6- Information sur le rapport d'étape annuelle 2010 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile de France (*Dr Montagnier-petrissans*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 8- Approbation du compte rendu des séances du 8 février et 8 mars 2011
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU au titre de la révision des effectifs HU 2011.
- Avis sur la nomination à titre provisoire des chefs de service.
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur deux premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et sur une demande de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.

Composition A

- Avis sur une demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH.

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

• ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- Mme le Pr AIACH,
- M. le Pr LEVY.

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

- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- M. BURDET, directeur par interim des Ressources humaines,
- M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
- Mme VASSEUR, directrice des soins et activités paramédicales,
- Mme VEIL, directrice du pilotage et de la transformation,

- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

• ***membres excusés :***

Pr Gérard CHERON, Pr Françoise DEGOS, Pr Denis DEVICTOR, Mme Anne DESOUCHES, Pr Jean-François FLEJOU, Pr Pascale GAUSSEM, Mme Catherine HENRY, Dr Marie-France MAUGOURD, Pr Jean-Claude PETIT, Dr Philippe REMY, Pr Philippe RUSZNIEWSKI, Pr Benoît SCHLEMMER.

La séance est ouverte à 8 heures 40, sous la présidence du Président Coriat.

I. Information du Président de la CME

Le Président fait part de son émotion face au décès de Gilles ROGER, praticien hospitalier à l'hôpital Trousseau, dans le service ORL pédiatrie, dont les compétences et les qualités étaient reconnues au niveau national et international.

M. GARABEDIAN rappelle que Gilles ROGER a été membre de la CME de 2000 à 2004. Il vient de décéder à l'âge de 49 ans en laissant trois enfants, il faisait partie des meilleurs chirurgiens au monde dans sa discipline. C'est une grande perte pour tous.

La CME observe une minute de silence à la mémoire de Gilles ROGER.

Le Président indique que le Ministre de la santé réunit ce matin les dirigeants hospitaliers pour une matinée de travail sur les problématiques de l'hôpital. Il affiche ainsi sa volonté de renouer des liens avec la communauté hospitalière après avoir délibérément orienté ses vœux vers l'hospitalisation privée. La Directrice générale de l'AP-HP et le Vice-président de la CME y assistent tous deux pour représenter l'institution.

La réorganisation des pôles, a par ailleurs abouti selon le principe d'un découpage piloté médicalement par la CME et la commission des structures. Ce travail a été salué par l'ensemble des hôpitaux, il remercie particulièrement les membres de la commission des structures et la DPM. Il est temps maintenant de procéder à la désignation des chefs de pôle. La CME a adressé une lettre à la Direction générale demandant le lancement d'une information sur l'ouverture de la campagne des chefs de pôle, sans demander le classement des CCM, dans la mesure où plusieurs pôles sont multi-sites. Trois situations devraient se distinguer : un candidat faisant consensus, une deuxième avec deux candidats pour lesquels l'avis de la communauté médicale sera sollicité et enfin l'absence de candidat, pour laquelle des solutions doivent être trouvées rapidement.

L'AP-HP a obtenu trois IHU sur les six attribués en France, grâce au travail de ses équipes et au soutien de sa Directrice générale. Celle-ci a réaffirmé la volonté de l'institution d'accompagner ces structures en mettant à leur disposition les moyens d'agir. Sur les DHU, une réflexion est en cours avec les doyens qui défendent l'objectif d'une trentaine de DHU, lequel prévaut actuellement. Cela permettrait de valoriser la qualité de la recherche à l'AP-HP.

Les nouvelles sur le financement de l'hôpital, en revanche, sont inquiétantes. L'ensemble des postes, notamment du CHU, sont en baisse. Si les ressources de l'Institution ne diminuaient pas en permanence, les efforts de l'AP-HP seraient visibles. On constate en effet une réduction des financements : l'ONDAM, les aides à la contractualisation et les MIG diminuent tandis que la V11 défavorise les activités de recours qui caractérisent l'AP-HP. Les tarifs du secteur privé ne baissent quasiment pas tandis que ceux du secteur public diminuent de 1,7 %, ce qui annonce une convergence intersectorielle dont l'échéance serait fixée en 2018. Le financement de la permanence des soins accorde 70 millions d'euros dans le cadre des MIG au secteur privé, ce qui pose question quant à la définition des missions d'intérêt général confiées au secteur privé et à leur financement. A ce titre, le Président a demandé à M. AIGRAIN de s'exprimer sur le sujet lors de la réunion

ministérielle. C'est d'autant plus dommageable que l'AP-HP s'engage dans une modernisation de l'offre de soins et que la réduction des ressources entraîne celle des investissements et des emplois, mettant en danger cette démarche. Le problème réside donc dans la réduction des financements et non dans une gouvernance dont le découpage en pôles s'avère efficace. Avec un financement équitable, les résultats de l'AP-HP apparaîtraient en voie d'amélioration. Continuer à mener des réorganisations en rehaussant sans cesse les exigences d'économie risque de mettre un terme à la modernisation de l'offre de soins.

M. LYON-CAEN partage cette analyse, tout en soulignant que d'autres sont parvenus depuis longtemps à ces conclusions. Il demande au Président Coriat quelles sont les actions qu'il envisage de lancer.

Le Président répond que les faits fondant son constat datent du mois de mars 2011, ce qui laissait espérer d'autres évolutions. Il sollicite les suggestions de la CME pour aller plus avant. En tant que président de la CME, il compte procéder à l'analyse des faits, mettre en avant l'iniquité des financements pour la dénoncer et obtenir des financements au titre de la contractualisation et de l'opération hôpital 2012.

M. CAPRON recommande de prendre du recul. L'attaque actuelle du service hospitalier se fonde sur le dogme libéral selon lequel le secteur privé fonctionne mieux que le secteur public. C'est une problématique politique et nationale, à laquelle seule l'opinion publique peut répondre. En tant qu'agents du service public hospitalier, notre devoir est d'alerter la population sur ces enjeux. Il serait inconscient de ne pas rejoindre les démarches entreprises dans ce sens, d'autant plus que ce pourrait être un enjeu des élections présidentielles de 2012. Il convient donc d'intervenir en conférence des présidents de CME nationale, dans les associations professionnelles et auprès du Ministre.

Le Président répond qu'il a communiqué autant que possible en tant que président de la CME et se déclare prêt à accompagner toute suggestion pour renforcer cette communication. Des données chiffrées montrent ce que les décisions gouvernementales coûtent à l'AP-HP alors même que son activité est satisfaisante.

M. LACAU-ST-GUILY souligne que l'un des enjeux principaux de la communication doit être de confronter le secteur privé à la manière dont il répondra aux missions d'intérêt général qu'il prétend pouvoir remplir.

Le Président explique qu'il est complexe de mettre en place une communication efficace. En préparation de la réunion ministérielle, par exemple, les doyens de province ont fait part de leur souhait que les internes aillent se former dans le secteur privé parce qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer l'ensemble de leur formation. C'est une position complètement différente de la nôtre.

M. LACAU-ST-GUILY répond que ce sujet fait partie des points à aborder. Le secteur privé ne remplira pas le même rôle que le secteur public en matière de formation.

M. GARABEDIAN souligne qu'aucune réorganisation sérieuse ne peut être menée sans laisser entrevoir d'issue et en supprimant les investissements quotidiens. Sans changement de mentalité, l'hospitalisation publique court à la catastrophe. Il reste possible de bloquer ces évolutions. A l'étranger, l'administration est au service de la stratégie médicale. En France, c'est l'inverse et c'est

ce qui doit être combattu. Il faut laisser la communauté médicale travailler sur des données de santé en se fixant des échéances et en s'accordant le temps de la réflexion.

M. CAPRON partage cet avis. Refuser massivement les chefferies de pôle serait l'occasion d'afficher l'opposition de la communauté médicale à cette évolution et à la gouvernance voulue par la loi HPST. Une telle action doit être portée par la CME.

Le Président craint que cette stratégie ne conduise à exclure la communauté médicale de la gestion des services. Dès septembre, il faudra travailler sur la révision des effectifs et le budget du personnel soignant. Par ailleurs, l'ONDAM a augmenté de 2,4 % en France. En Hollande, il est en diminution et le budget consacré à la santé est en réduction. Le gouvernement met en avant cet argument. Il serait préférable de réfléchir ensemble à une communication efficace sur le sous-financement de l'hôpital.

M. JULIARD souligne que l'AP-HP fait l'objet d'attaques régulières et que la communauté médicale ne comprend pas la politique de l'ARS. François CREMIEUX est prêt à venir discuter en CME de la manière dont l'ARS gère l'AP-HP en Île-de-France. Il serait intéressant de l'inviter à dialoguer.

Le Président espère modifier cette vision grâce à des rencontres régulières. Sa réticence à inviter un représentant de l'ARS s'explique par le contexte de demande de fermeture du service de chirurgie cardiaque à l'hôpital Henri Mondor. Le Président espère trouver rapidement des solutions, d'autant plus que la Directrice générale a affirmé le rôle considérable que joue cet hôpital dans l'offre de soins de l'AP-HP. Il craint que sans réponse de la communauté médicale, des PU-PH ne quittent cet hôpital. Face à l'ARS, l'AP-HP doit jouer un rôle moteur dans les propositions. De ce point de vue, le Président Coriat se réjouit des réflexions du groupe de travail sur les neurosciences et estime que la politique de la chaise vide serait problématique. En juin 2011, le Président de la CME, le Directeur de la politique médicale et l'ARS vont rencontrer le conseiller de la Ministre de l'enseignement supérieur pour défendre les postes de l'AP-HP avec les doyens.

M. CAPRON doute du résultat de ces propositions.

Le Président répond s'être engagé à impliquer la CME dans la désignation des chefs de pôle. Si la CME estime que ne pas rendre d'avis est la meilleure solution, elle le fera.

M. LEVY suggère de recevoir dans un premier temps les représentants des plus hauts niveaux politiques pour clarifier la situation, à savoir le Directeur général de l'ARS et le Ministre de la santé.

Le Président répond qu'actuellement, la direction générale de l'AP-HP négocie avec l'ARS dans le cadre de l'EPRD 2011. Il est possible d'inviter un représentant de l'ARS à une prochaine CME pour qu'il entende les problématiques de la communauté médicale. Alors que celle-ci se responsabilise et progresse, elle récolte pour seule réponse un sous-financement.

M. OURY souligne que les chefs de pôle ne maîtrisent pas nécessairement la gestion de l'ensemble de leur service et que les investissements sont insuffisants pour maintenir l'outil de travail de l'AP-HP, ce qui risque de la conduire à ne plus pouvoir assurer sa mission. Refuser les nominations de chef de pôle pourrait donc constituer une solution.

Le Président rappelle que la loi prévoit qu'en l'absence de proposition de la CME dans les délais fixés, la direction générale nomme la personne de son choix au poste de chef de pôle.

M. VALLEUR distingue plusieurs niveaux ; le premier concerne le financement de l'hôpital public, sur lequel la CME a peu de pouvoir. Il n'imagine pas qu'il soit possible de modifier la loi HPST. A un autre niveau, refuser les désignations de chefs de pôle renverrait l'image de conservateurs refusant d'évoluer. Enfin, la CME répète depuis quatre ans qu'elle va agir : il serait souhaitable de mener à terme des actions concrètes et de finaliser les restructurations.

M. DASSIER estime que la politique de la chaise vide serait préjudiciable pour l'AP-HP.

Le Directeur de la Politique médicale rappelle qu'une trentaine d'opérations de restructuration sont en cours, entraînant une mobilité du personnel médical. Il reconnaît que la vitesse d'exécution n'est pas exceptionnelle, tout en soulignant qu'il s'agit d'opérations objectivement complexes dont l'exécution trop rapide pénaliserait l'activité. L'étude des projets des groupes hospitaliers ne fait pas apparaître la mutualisation des activités alors que l'élan a été donné, notamment en pédiatrie, et que l'effort de mutualisation est sans commune mesure par rapport aux années précédentes. La DPM va donc tenter de rendre ces efforts visibles en recensant l'ensemble des opérations achevées, qui constituent des progrès considérables en termes de restructuration, de parcours du malade et d'efficience.

Concernant l'ARS, **la Secrétaire générale** explique que la direction générale construit progressivement son organisation de travail avec l'Agence. Chaque partie a besoin de connaître ses méthodes de travail, ses contraintes et les actions engagées. Il faut parvenir à créer une relation de confiance et à trouver le juste niveau d'information.

S'agissant du budget, plusieurs discussions sont prévues cette semaine avec l'ARS sur l'EPRD 2011 et le bilan de l'année 2010. Les exigences sont renforcées continuellement et la nouvelle campagne tarifaire les accroît. Les efforts internes (restructurations, travaux, etc.) n'en demeurent pas moins porteurs, puisqu'ils permettront de présenter une situation acceptable. C'est pourquoi le travail mené en interne doit être valorisé.

Enfin, l'un des objectifs essentiels est de reconstituer rapidement une capacité d'investissement permettant de financer non seulement les opérations les plus importantes, mais aussi les investissements quotidiens assurant l'entretien de l'outil de travail de l'AP-HP. Le but est de dégager les marges suffisantes pour pouvoir réinvestir au sein de l'AP-HP.

M. CAPRON s'enquiert de l'impact du plan régional de santé de l'ARS.

La Secrétaire générale répond qu'en l'état actuel, c'est un projet destiné à ouvrir la discussion sur le plan. Il importe, de ce point de vue, de faire le point en CME sur l'avancée du plan régional de santé. L'AP-HP sera amenée à présenter sa position dans les conférences territoriales et à l'ARS, où il serait souhaitable qu'elle prenne des positions qui ne soient pas exclusivement défensives.

M. LACAU-ST-GUILY observe que les attaques contre l'AP-HP ne constituent pas une nouveauté. Indiscutablement, cependant, on assiste au déclin de la notion d'institution. Des réponses peuvent être trouvées dans les IHU et DHU, en tissant des liens effectifs avec les structures externes. De ce point de vue, les groupes hospitaliers sont une piste : l'AP-HP doit montrer comment ils s'articulent avec le reste des structures de santé en France.

Le Président souligne que le déficit de l'AP-HP est inférieur à celui des autres structures médicales d'Île-de-France. L'hôpital de Poissy, par exemple, n'a plus d'anesthésiste et celui d'Orléans manque d'obstétriciens. Tous deux s'adressent à l'AP-HP. C'est par ces difficultés que l'ARS devrait commencer. Continuer à réduire les ressources des hôpitaux ne peut qu'être problématique.

II. Réorganisation des pôles dans le cadre de la mise en œuvre des groupes hospitaliers

En préalable, **le Président** salue le travail médical ayant présidé à l'organisation en pôles de l'AP-HP, le rôle des groupes hospitaliers, de la DPM et de la commission des structures, qui permet d'aboutir à des propositions consensuelles.

M. HARDY ajoute que le découpage en pôles résulte avant tout des réflexions menées par les sites et de l'implication de la communauté médicale.

Mme LALARDRIE précise que le découpage final illustre la recherche d'équilibre entre l'excellence du CHU et la volonté d'intégration des activités des groupes hospitaliers. Les évolutions finales vont largement au-delà des prévisions. On constate une diminution significative du nombre de pôles qui se situe à une moyenne de 10 pôles par groupe hospitalier, deux-tiers d'entre eux étant multi-sites. La taille des pôles augmente à hauteur de 80 PM et 400 PNM par pôle en moyenne, avec parfois des écarts importants. En termes qualitatifs, le découpage comporte également des évolutions fortes : il se caractérise par une dominante de pôles à dimension médicale et à forte dimension hospitalo-universitaire et de pôles métiers très structurés autour des plateaux médico-techniques et de la biologie. Des pôles de filières ainsi que des pôles de cancérologie sont également représentés. Le bilan général des projets de réorganisation de pôles témoigne d'une véritable logique médicale.

M. HARDY présente ensuite le bilan de chaque groupe hospitalier :

- **Saint-Louis – Lariboisière - Fernand Widal :**

Le nombre de pôles passe de 14 à 10. La commission des structures rend un avis favorable sous réserve que les réflexions visant à concilier rattachement polaire de la réanimation médicale de Saint-Louis-Lariboisière et le projet de regroupement des réanimations médicales et chirurgicales du site soient menées et jointes au projet. Les libellés de certains pôles sont à revoir.

- **Robert Debré :**

Le nombre de pôles évolue de 6 à 5. La commission des structures rend un avis favorable. Pour l'instant, le groupe hospitalier n'a pas trouvé de structure laissant envisager un DHU. Les réflexions se poursuivent sur ce sujet.

- **Cochin - Saint Vincent de Paul - Hôtel Dieu – Broca-La Rochefoucauld-La Collégiale :**

Le nombre de pôles passe de 19 à 10. La commission des structures a rendu un avis favorable sous réserve de compléments d'information sur le choix du rattachement de l'activité de chirurgie thoracique et sur des libellés de pôle ; elle a acté, par ailleurs, le rattachement des activités de psychiatrie au pôle Médecine Urgences.

- **Broussais-HEGP-Corentin Celton - Vaugirard-Gabriel Pallez :**
Le nombre de pôles diminue de 10 à 7. La commission a rendu un avis favorable. Le rattachement de la biologie continue néanmoins à faire discussion et pose un problème de chefferie de service, et l'aide de la CME et de la DPM seront requises sur ce point.
- **HUPE (hôpitaux universitaires Paris-Est, ex-groupe STARTT Tenon-Saint Antoine-Rothschild – Armand Trousseau-La Roche Guyon) :**
Le nombre de pôles évolue de 22 à 15. La commission des structures rend un avis favorable sous réserve du regroupement du pôle d'odontologie avec un autre pôle dans un délai de deux ans, le pôle « handicap et dépendance » qui rassemble la majeure partie des activités du site de Rothschild, devant être considéré également comme une organisation provisoire motivée par la montée en charge des activités au sein du site, dont la configuration devra être revue dans un délai de deux ans. Elle prend acte de la création d'un pôle polyhandicap pédiatrique motivé par la spécificité de La Roche Guyon et par les réflexions conduites dans le cadre de la fédération du handicap de l'AP-HP. Cette organisation aura vocation à évoluer selon les orientations proposées.
- **Bichat-Claude Bernard – Beaujon – Louis Mourier – Bretonneau – Charles Richet :**
Le nombre de pôles passe de 24 à 15. L'avis de la commission des structures est favorable, à l'exception des activités de médecine infectieuse et de réanimation qui font l'objet des demandes suivantes : regroupement des deux pôles SUPRA et Infectieux à terme, avec évaluation de la situation dans un délai de deux ans, élaboration d'une charte de fonctionnement des réanimations et surveillance continue et d'une feuille de route précisant les modalités de gestion et de fonctionnement de l'unité de surveillance continue commune à la réanimation médicale et chirurgicale qui devra être rattachée au pôle SUPRA.
- **Avicenne – Jean Verdier-René Muret :**
Le nombre de pôles diminue de 12 à 6, avec un avis favorable de la commission des structures, sous réserve du caractère temporaire et exceptionnel de l'éclatement des PUI du groupe hospitalier au sein de deux pôles différents. Le regroupement devra être réalisé dans un délai de deux ans.
- **Ambroise Paré-Raymond Poincaré-Berck-Sainte-Périne :**
Le nombre de pôles passe de 10 à 7. L'avis de la commission des structures est favorable sous réserve de compléments d'information sur la réanimation chirurgicale d'Ambroise Paré (participation du département d'anesthésie réanimation du site au fonctionnement du service) et sur l'élaboration d'un règlement intérieur pour garantir le respect des engagements pris antérieurement à cet égard.
- **Albert Chenevier – Henri Mondor – Emile Roux – Georges Clemenceau – Joffre Dupuytren :**
Le nombre de pôles évolue de 17 à 12. La commission des structures rend un avis favorable.
- **La Pitié-Salpêtrière – Charles Foix :**
Le nombre de pôles passe de 15 à 12. La commission des structures rend un avis favorable sous réserve de compléments d'information sur le rattachement polaire des réanimations médicales et chirurgicales, sur les perspectives d'élargissement du pôle ORPHÉ dans le cadre de la

structuration des activités de cancérologie du GH, et sur la création de deux IHU postérieure aux réunions de la commission.

- **Bicêtre – Paul Brousse – Antoine Béclère :**

Le nombre de pôles passe de 17 à 10. L'avis de la commission des structures est positif sous réserve d'avis concernant les réanimations et les blocs opératoires. La commission est favorable au rattachement de la réanimation médicale du site de Bicêtre au pôle Médecine Interne, Immunologie clinique et Infections. Elle émet toutefois un avis défavorable à la proposition de rattachement à ce pôle de la réanimation médicale du site d'Antoine Béclère et demande qu'elle soit rattachée au pôle Médecines Aiguës. Enfin, la commission des structures demande qu'une gouvernance commune des blocs opératoires soit mise en place. Le fonctionnement des blocs opératoires du site de Paul Brousse, dès lors qu'il s'inscrit dans ce cadre, peut être intégré à l'organisation polaire au sein de laquelle sont intégrées les activités de ce site.

- **Necker :**

Ce groupe hospitalier compte 9 pôles et intègre les activités de Saint-Vincent-de-Paul. La modification a été faite en 2010 et aucune autre modification n'est attendue cette année.

M. LYON-CAEN demande des précisions sur les raisons du découpage retenu pour l'HEGP, qui ne correspond pas à celui des autres pôles (anesthésie réanimation traumatologie/aval médical des urgences).

M. HARDY répond que ce découpage tient compte de contraintes humaines.

M. CAPRON observe que le problème principal de ce groupe hospitalier concerne l'imagerie et la biologie. S'il n'est pas résolu, il n'y aura pas de candidat chef de pôle en biologie. La CME doit tenter d'obtenir une conciliation entre les protagonistes.

Le Président répond avoir rencontré les deux personnes concernées. Il semble que le différend porte sur une unité de cinq techniciens et d'un médecin permettant au responsable du pôle imagerie de faire une recherche de haut niveau avec l'INSERM. Dans le cadre d'un règlement intérieur, une solution consisterait à permettre au praticien pressenti pour la biologie de s'impliquer et de gérer l'accréditation du laboratoire au sein d'un autre pôle.

Mme AIACH précise que l'ordonnance Ballereau rend obligatoire le rattachement du laboratoire au pôle de biologie. Elle prévoit en effet un laboratoire par site ou par groupe hospitalier. En conséquence, toutes les activités de biologie et de dosage doivent être réunies au sein d'un même laboratoire. Des amendements sont actuellement proposés à l'Assemblée nationale sur des questions financières pour les laboratoires privés et sur le recrutement des hospitalo-universitaires biologistes pour les laboratoires hospitaliers.

M. HARDY estime que des solutions élégantes peuvent être trouvées dès lors qu'est partagée la volonté de trouver des solutions dans le respect de l'ordonnance Ballereau et des protagonistes.

Le Président souligne que le découpage en pôles peut évoluer par la suite. Leurs contours pourront être revus en fonction des obligations d'accréditation. **M. CORIAT** demande à **Mme AIACH** d'assurer la médiation entre les personnes concernées.

Concernant le groupe HUPE, **M. LYON-CAEN** demande qu'un *addendum* précise que l'activité handicap de Rothschild n'est pas réservée au seul groupe hospitalier et qu'un des services sera obligatoirement ouvert à d'autres structures hors GH. Concernant le GH HMN-ACH-ERX-GCL-JFF, il s'interroge sur la signification d'un pôle de recherche clinique et santé publique réunissant cinq sites.

Sur ce dernier point, **Mme LALARDRIE** indique que les activités de vigilance, de surveillance des risques et d'information médicale seront communes aux cinq sites, les activités de recherche étant davantage centrées sur l'hôpital Henri Mondor.

Concernant la Pitié-Salpêtrière et Charles Foix, **M. LYON-CAEN** salue l'initiative des pôles endocrinologie et cœur, dont la fusion pour créer un IHU va créer une dynamique exceptionnelle. Il regrette que des problématiques individuelles fassent obstacle à une telle initiative pour les neurosciences translationnelles.

Le Président abonde dans ce sens et recommande une révision des pôles de la Pitié-Salpêtrière pour rendre visible l'IHU neurosciences translationnelles.

M. CAPRON demande où se situe la réanimation médicale dans ce groupe hospitalier.

Le Président répond qu'elle se situe à la fois dans le pôle urgence et dans le pôle cœur, dans le bâtiment duquel elle est également localisée.

M. FOURNIER souligne la complexité de la création des IHU d'un point de vue financier et organisationnel. Il reste beaucoup de travail pour comprendre et construire le mode de financement des trois IHU au sein des groupes hospitaliers et de l'AP-HP, notamment du point de vue du PM. Il propose de présenter le fonctionnement général des IHU à la CME, ainsi que leur articulation avec les pôles.

Le Président confirme à M. HARDY que les réflexions concernant ce sujet peuvent se poursuivre. Concernant la réanimation médicale d'Antoine Béchère, la rattacher au pôle Médecines ne garantissait pas son bon fonctionnement. La réflexion sur ce sujet a été délocalisée et confiée à M. FAGON. Le Président soulève ensuite le problème de la périnatalité. Une solution doit être recherchée pour permettre aux laboratoires de biologie de la reproduction d'être accrédités tout en veillant à ce que les activités cliniques de consultation puissent être menées dans le cadre de pôles de gynécologie-obstétrique.

M. OURY confirme la demande des laboratoires de reproduction de continuer à travailler avec les équipes cliniques et d'être intégrés aux pôles de gynécologie-obstétrique et d'assistance à la procréation.

Mme AIACH observe qu'un tel rattachement répond à une logique médicale, laquelle se heurte à l'ordonnance Ballereau.

Le Directeur de la politique médicale suggère de créer une unité fonctionnelle de biologie localisée géographiquement près de l'activité clinique.

Mme AIACH considère qu'un tel rattachement constituerait une bonne solution car il garantit l'accréditation tout en localisant l'unité fonctionnelle près des cliniciens.

Selon **M. WEILL**, l'appartenance polaire des laboratoires de reproduction et de cytogénétique ne modifiera pas leur fonctionnement quotidien avec les cliniciens. A l'hôpital Cochin, par exemple, les services de biologie de la reproduction et de cytogénétique seront installés dans le nouveau bâtiment de la maternité, ainsi que leurs laboratoires. Ces derniers devront faire partie intégrante du pôle de biologie pour être accrédités. De manière générale, le service de biologie de la reproduction pourrait être situé dans un pôle soit clinique, soit biologique, l'activité clinique étant une structure du pôle clinique tandis que l'activité de biologie serait une structure du pôle de biologie. Le chef du service de biologie de la reproduction est responsable des deux structures, clinique et biologique. Les groupes hospitaliers peuvent choisir la formule qui leur convient le mieux.

Le Président propose que la CME soumette ces deux propositions à l'hôpital.

M. OURY s'enquiert des conséquences d'une telle organisation sur la gestion du PNM.

M. WEILL indique que le rattachement du laboratoire au pôle de biologie permet de gérer les techniciens avec l'ensemble des techniciens de laboratoire du pôle. De même pour les infirmières au sein du pôle clinique. C'est un avantage pour les chefs de service.

M. RONDEAU observe que la médecine et la biologie de la reproduction sont indissociables. La recommandation de la CME n'empêchera pas des difficultés pratiques.

Mme LALARDRIE suggère de compléter la recommandation de la CME par une demande d'élaboration d'un règlement intérieur régissant les aspects pratiques et fonctionnels des relations entre ces deux activités.

A l'issue de ces échanges, **la Secrétaire générale** salue le travail de la communauté hospitalière, qui a permis d'aboutir à des propositions consensuelles et remarquables. Au sein du comité de pilotage et en lien avec la CME, des réflexions sont en cours sur le fonctionnement des futurs pôles en vue d'élaborer des recommandations. Une proposition de définition des rôles et responsabilités des chefs de pôle et de leurs collaborateurs, cadres médicaux et administratifs, sera soumise prochainement au directoire.

Le Président procède au recueil de l'avis de la CME.

La CME émet un avis favorable sur la réorganisation des pôles dans le cadre de la mise en œuvre des groupes hospitaliers.

III. Présentation de la nouvelle procédure de désignation des chefs de pôle

Mme TERQUEM rappelle que les chefs de pôle sont nommés par la Directrice générale pour une période de quatre ans renouvelable, sur présentation d'une liste de candidats établie par le président de la CME, conjointement avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical. Cette liste est présentée dans un délai de 30 jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, la directrice générale nomme la personne de son choix. En cas de désaccord sur les noms, la Directrice générale peut demander une nouvelle liste, en cas de nouveau désaccord, elle nomme la personne de son choix.

Le Président précise que les directeurs d'UFR sont associés à la procédure puisqu'il s'agit d'une proposition conjointe. Il rencontrera le 2 mai la conférence des doyens d'Île-de-France pour déterminer la procédure à suivre (président du comité de coordination ou doyens). Il affirme sa volonté de respecter la place des directeurs d'UFR dans ces propositions. A l'issue de l'avis de la CME, un nom sera proposé pour chaque pôle.

Mme AIACH indique que la conférence des doyens de santé Île-de-France en a déjà discuté.

Mme TERQUEM précise qu'il est demandé, au niveau local, de veiller à l'information des candidats, au travers d'un appel à candidature, et que ceux-ci doivent être reçus en entretien pour leur préciser les règles de désignation, d'incompatibilité et les missions d'un chef de pôle. La procédure prévoit dans un premier temps un examen des candidatures par les CCM, puis un examen motivé par les comités exécutifs avec l'avis du doyen. Tous les dossiers de candidature sont transmis au président de la CME, sans classement mais avec les observations.

Au niveau central, la procédure prévoit un examen au cours de 2 séances exceptionnelles de la CTEM, avec désignation de rapporteurs qui pourront le cas échéant se rendre sur les sites. Une CME exceptionnelle sera réunie le 31 mai 2011 suite à laquelle le président de la CME et le président du Comité de coordination de l'enseignement médical présenteront une liste à la Directrice générale qui procèdera aux nominations.

Le Président indique qu'un amendement sur les consultants devrait être déposé prochainement à l'Assemblée nationale. A ce jour, les collègues qui seront consultants le 1^{er} septembre 2011 ne pourront pas être désignés chefs de pôle. Il serait souhaitable que la CME puisse émettre des recommandations sur les délais requis pour concilier les deux fonctions, à savoir être consultant un an ou deux après sa désignation en tant que chef de pôle. Le prochain bureau devra aborder ce point.

Le Directeur de cabinet confirme que l'amendement a effectivement été déposé, mais n'a pas été pris en compte pour l'heure.

M. HUBIN avance l'hypothèse d'un PU-PH qui renoncerait à son éventuel consultanat pour poursuivre son activité hospitalière dans le cadre d'un cumul emploi-retraite en tant qu'attaché, ce qui lui laisserait la possibilité de rester chef de pôle.

M. CAPRON demande ce qui se passerait en l'absence de candidats déclarés à la chefferie de pôle.

Le Président estime que cette absence pénaliserait le pôle, qui ne pourrait être représenté face à la direction alors qu'il doit porter les demandes de PM et PNM. Il espère que la médiation de Mme AIACH permettra de trouver une solution pour le pôle biologie de l'HEGP.

IV. Information sur le règlement électoral des élections CME/CMEL

Mme TERQUEM indique que la DGOS a transmis au cabinet de l'AP-HP un projet de décret en attente de publication, prorogeant les mandats de la CME et des CCM au 31 décembre 2011. La CME devra être renouvelée d'ici la fin de l'année et les CCM seront remplacés par des CMEL, à raison d'une par groupe hospitalier, soit douze CMEL. Cinq CCM seront maintenus pour les sites hors GH : AGEPS, HAD, Hendaye, Paul Doumer et San Salvador.

La composition des futures instances n'a pas été modifiée depuis l'adoption du règlement intérieur de la CME et des CMEL.

Pour la CME, le découpage prévoit cinq collèges (79 membres à voix délibérative) :

- 10 représentants des chefs de pôle, dont un exerçant en gériatrie ;
- 23 représentants des HU titulaires, dont 8 médecins dont au moins un exerçant en radiologie et un en psychiatrie, 6 chirurgiens, 5 biologistes, 1 anapath, 1 anesthésiste-réanimateur, 1 pharmacien et 1 odontologiste ;
- 23 représentants des PH titulaires, dont 10 médecins dont un de la fédération du poly-handicap, 4 chirurgiens, 3 biologistes, 4 anesthésistes-réanimateurs, 1 pharmacien et 1 odontologiste ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels, dont 2 représentants HU et 4 représentants hospitaliers ;
- 1 représentant des sages femmes.

Les présidents des 12 CMEL siègent de droit et 4 représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage par le directeur général de l'ARS.

La composition des CMEL prévoit 4 ou 5 collèges (63 membres à voix délibérative minimum) :

- 10 représentants des responsables des structures internes ;
- 22 ou 23 (odontologie) représentants des HU titulaires ;
- 22 ou 23 (odontologie) représentants des PH titulaires ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et contractuels ;
- 1 représentant des sages femmes dans les GH concernés.

- Les chefs de pôle siègent de droit et 3 ou 4 (odontologie) représentants des internes sont désignés.

Le président de la CME est élu parmi les personnels HU titulaires et le vice-président parmi les personnels PH titulaires. Le président de la CME ne peut pas être élu parmi les représentants des chefs de pôle, ni parmi les présidents de CMEL. Le mandat n'est renouvelable qu'une fois. Pour les CMEL, le président est élu parmi les personnels HU titulaires et le Vice-président parmi les personnels PH titulaires, avec une incompatibilité entre présidence de CMEL et chefs de pôle. Les présidents de CMEL sont membres de droit de la CME, mais pas les présidents de CCM.

Concernant le corps électoral, nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre. Il n'y aura donc pas la possibilité de choisir son collège. Les praticiens attachés doivent effectuer au moins trois demi-journées. Sont éligibles l'ensemble des électeurs, à l'exception des praticiens en année probatoire ou stage, en congé maladie depuis plus d'un an ou en congé parental, ou affectés hors AP-HP. Les consultants seraient éligibles.

Concernant les opérations électorales, le vote se fera uniquement par correspondance. Les électeurs recevront le matériel électoral à leur domicile et devront le retourner par la Poste. S'agissant des modes de scrutin, un scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours est prévu pour toutes les instances. L'élection des présidents et vice-présidents se fera au scrutin secret uninominal.

Le calendrier est le suivant :

- nomination des chefs de pôle par la direction générale courant juin ;
- affichage des listes et délai de réclamation : du 29 août au 7 septembre ;
- clôture des listes d'électeurs et éligibles le 8 septembre ;
- dépôt des candidatures entre le 8 et le 23 septembre ;
- **dépouillement du 1^{er} tour : 25 octobre ;**
- **dépouillement du 2nd tour : 29 novembre ;**
- élection des présidents de CMEL : entre le 12 et le 16 décembre ;
- élection du président de la CME : janvier 2012.

Le Président souligne qu'il reste à préciser le collège dans lequel les anatomo-pathologistes voteront, et suggère de poser la question directement à la spécialité.

Concernant la représentation de la fédération du poly-handicap, **M. CAPRON** souligne que ses représentants sont tous chefs de pôles ou présidents de CCM. Il demande si un président de CCM peut être candidat sur une liste de représentants des PH titulaires.

Le Président le confirme, il est important que le poly-handicap soit représenté.

M. OURY demande si un représentant des HU peut être chef de pôle.

Le Président répond par la négative. La loi stipule que nul ne peut être élu à plus d'un titre. Les représentants des chefs de pôle sont élus au collège des chefs de pôle parmi les chefs de pôle.

M. FAYE rappelle que les chirurgiens souhaitaient que les postes réservés aux HU ne soient pas différenciés en cinq postes de PU et un poste de MCU. Dans cette discipline, le MCU a besoin de travailler pour être promu et il n'y a pas toujours de MCU à proposer. Le cas échéant, ils demandent que le MCU puisse être remplacé par un PU.

Le Président estime que ce serait souhaitable. Dans le texte, il suggère de préciser « PU-PH ou MCU-PH » ou simplement « HU » au lieu de « PU-PH et MCU-PH ».

Mme VIDAL-TRECAN estime que les représentants des MCU-PH seront peu nombreux si l'on ne contraint pas leur désignation.

M. FAIN explique que dans certaines disciplines, le nombre de MCU est tellement faible que l'élection reviendrait à désigner le seul MCU présent.

Le Président précise qu'en chirurgie, le poste de MCU est une passerelle vers le poste de PU dans les deux années suivantes.

Mme VIDAL-TRECAN répond qu'en principe, c'est également le cas en médecine.

M. LACAU-ST-GUILY suggère d'alléger les incitations pour la médecine et la chirurgie sans modifier le régime de la biologie.

Mme AIACH confirme qu'en biologie, des places doivent être réservées aux MCU-PH.

Sous réserve de l'avis de la direction des affaires juridiques, **le Président** propose de préciser que le collège des éligibles sont les HU titulaires sans distinguer entre PUPH et MCUPH pour la médecine

et la chirurgie et d'introduire la possibilité de réserver des sièges pour les « PU-PH et les MCU-PH » pour la biologie. En cas de réponse négative de la direction des affaires juridiques, cette distinction serait abandonnée. Cette proposition devra être analysée.

M. HUBIN confirme que la réglementation prévoit que la représentation des médecins à la CME soit équilibrée : il n'est pas nécessaire de descendre au niveau des grades pour la respecter.

Mme TERQUEM s'enquiert de la position de la CME sur les consultants, considérés comme éligibles par le bureau de la CME et comme non éligibles par le groupe de travail sur le règlement des élections.

Le Président répond que la CME suivra la loi et attend d'issue de l'amendement en cours.

M. HUBIN précise que la loi interdit aujourd'hui aux actuels consultants d'être chefs de pôle, mais ne dit rien sur la possibilité pour les consultants d'être électeurs et éligibles. Le bureau de la CME considère qu'ils peuvent être à la fois électeurs et éligibles. La question, même théorique, se pose car la situation d'un consultant élu est précaire tandis que le mandat pour lequel il a été élu est de 4 ans. M. HUBIN souhaite donc que la CME se prononce sur ce point.

Le Président sollicite l'avis des membres de la CME sur ce point.

M. FAYE demande si les élections répondent aux dispositions du code électoral ou du code administratif. Dans le code électoral, un électeur est éligible.

M. DASSIER suggère de procéder à un vote à bulletin secret sur l'éligibilité des consultants.

M. LYON-CAEN observe que si on lui accorde l'éligibilité, un consultant ne pourrait être chef de pôle mais pourrait devenir président de la CME. Ce sujet mérite une expertise juridique. Une telle décision n'appartient pas à la CME.

Le Président répond que la décision revient à la CME et demande à la DPM et à la DAJ d'éclairer le prochain bureau pour finaliser ce point à la prochaine réunion de l'instance.

M. WEILL s'enquiert de la date de prise de fonction des chefs de pôle.

La Secrétaire générale répond que la prise de fonction est immédiate. Elle suit leur désignation en juin 2011.

M. CAPRON demande si les listes électorales seront publiques, mises à disposition ou utilisables (adresses Email).

M. HUBIN le confirme.

En l'absence d'autres remarques, **le Président** soumet le règlement électoral des élections CME/CMEL à l'avis de la CME.

Sous réserve de l'avis de la Direction des Affaires Juridiques sur l'éligibilité des consultants, le règlement électoral des élections CME/CMEL est approuvé.

V. Dépenses de la permanence des soins au 1^{er} trimestre 2011

M. HUBIN indique que l'évolution des dépenses de la permanence des soins au premier trimestre 2011 est similaire à celle du premier trimestre 2010. On constate une légère baisse des dépenses en 2011. Si le rythme reste inchangé, la tendance à la baisse entre 2011 et 2010 serait de -1,6 million d'euros en fin d'année. Mais les 80 000 euros d'économies réalisées au premier trimestre renvoient à des évolutions contrastées : -400 000 euros sur les plages additionnelles, hausse sur les gardes HU, sur les astreintes transformées en gardes et sur les gardes d'internes. La baisse, bien que réelle, s'avère donc fragile puisque reposant en grande partie sur une moindre indemnisation des plages additionnelles, éléments de dépenses dont la variabilité est forte d'un mois sur l'autre. Au niveau des groupes hospitaliers, les situations sont également contrastées. Des réunions ont été programmées avec les GH selon une méthodologie qui prévoit une phase de diagnostic sur les dépenses de PDS liées à des obligations réglementaires ou éventuellement aménageables, la mesure de l'écart entre dépenses autorisées / budgétées / constatées, et une analyse des dispositifs de contrôle interne existants. Ce travail permettra probablement d'ajuster à la hausse l'efficacité 2011 attendue sur les dépenses de permanence des soins.

Le Président indique que la présentation de l'EPRD 2010 montre une augmentation sensible des dépenses du PM par rapport aux dépenses du PNM, loin du discours de solidarité dans l'effort tenu par la CME en 2010. Des marges de manœuvre doivent également pouvoir être dégagées dans la permanence des soins. Or celles-ci ne sont pas mobilisées, ce qui risque de s'avérer préjudiciable pour la prochaine révision des effectifs. Dans ces conditions, il convient de se déplacer sur les sites pour s'assurer que le diagnostic des dépenses de la permanence des soins soit suivi d'effets et vérifier à quoi correspondent exactement les dépenses.

Mme BLUM-BOISGARD indique que les réunions avec les équipes des GH programmées jusqu'à fin mai mettront l'accent sur le diagnostic, en particulier à partir de celui préalablement posé par les consultants. Ces réunions permettront de demander des explications aux groupes hospitaliers pour mettre en œuvre le projet médicalement justifié de la réduction des dépenses de la permanence des soins. Davantage de réponses seront disponibles fin mai.

Le Directeur de la politique médicale souligne que cette situation résulte des difficultés à réaliser des économies, de plus en plus complexes au fur et à mesure que l'on avance. Il recommande d'avertir préalablement la direction administrative et médicale des groupes hospitaliers pour que le contrôle soit perçu comme une démarche médicalisée, de suivre une approche par collégiale et de s'appuyer sur l'évolution du dispositif pour réduire le nombre de gardes au niveau de l'AP-HP, en organisant des rotations entre sites. Par ailleurs, les groupes hospitaliers présentent des reliquats de situations datant d'avant leur création et estiment devoir demander le versement d'un certain nombre d'ETP. La situation est donc complexe et plurielle et des décisions politiques devront être arrêtées, en sachant qu'il est impossible de répondre à de telles demandes. En conclusion, la redéfinition des gardes à partir de la nomenclature CNU a marqué le lancement de la révision des gardes et astreintes. Celle-ci sera menée à terme, mais nécessite plusieurs mois de travail.

Le Président explique son impatience par le risque que ferait peser des retards sur la prochaine révision des effectifs.

A ce sujet, **le Directeur de la politique médicale** indique que les demandes de maintien et de création seront désormais traitées en un seul temps contre deux auparavant. Les possibilités de financement, quant à elles, dépendront de la troisième partie de la réduction des dépenses du titre 1

qui résultent des demi-journées. Reprendre les consultations peu utilisées réduirait d'autant les possibilités de financement de postes de PH. Il faut donc s'attacher à trouver l'équilibre.

M. FAYE observe que l'effort porte avant tout sur les plages additionnelles qui touchent les praticiens prenant des gardes sans être HU. En terme d'attractivité de carrière, il regrette que ce qui correspond à un complément de rémunération soit la cible principale des réductions budgétaires. Par ailleurs, le volume n'est pas la seule donnée à prendre en compte : un regard sur la qualité des gardes et astreintes s'impose également.

Le Président répond avoir demandé une analyse médicalisée visant à vérifier la pertinence des dépenses de la permanence des soins. Sans cela, l'ARS prendra l'initiative de retirer des gardes sans que l'AP-HP ne puisse opposer d'arguments.

M. DASSIER demande si les dépenses de plages additionnelles ont diminué parce que les plages additionnelles sont moins nombreuses ou parce qu'elles sont stockées sur les CET. Concernant les astreintes, il souhaite savoir si le paiement se situe autour de 238 ou de 450 euros. Enfin, il demande si l'ARS a signifié un nombre de gardes.

Le Président répond par la négative. A ce jour, l'ARS a simplement annoncé une réflexion sur la permanence des soins et sa volonté d'être directive. Par ailleurs, la CME n'a pas demandé le retrait de plages additionnelles et personne ne s'est plaint. Il considère donc que les dépenses ont été réduites dans le cadre d'une réflexion médicale.

M. HUBIN ne peut préciser, à fin mars, si la réduction des dépenses des plages additionnelles résulte d'un effet volume ou d'un effet de transfert sur les CET. Il vérifiera ce point. Quant aux dépassements de plus de trois heures, ils sont indemnisés l'équivalent d'une demi-période de temps additionnel soit 237 €.

Le Président ajoute que le paiement des dépassements est hétérogène. Il serait souhaitable de l'harmoniser.

M. VALLEUR souligne que les spécialités chirurgicales sont facilement modélisables pour les gardes et astreintes. Il déplore que des gardes de chirurgie soient supprimées alors que parallèlement les gardes d'anesthésistes sont maintenues.

Le Président souligne que les représentants de la spécialité et la CME insistent sur le retrait des gardes inutiles, à charge pour les hôpitaux d'y procéder.

M. DASSIER indique que son syndicat insiste également sur la suppression des gardes « couchées ». Une garde d'anesthésiste sans garde de chirurgien doit être supprimée.

VI. Information sur le rapport d'étape annuelle 2010 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Île-de-France

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS indique que le score du rapport d'étape 2010 de l'AP-HP est de 85,9 sur 100 et montre, à l'aide d'un graphe, le niveau de respect de l'institution aux exigences fixées par le CBUS. Ce niveau, même s'il s'améliore chaque année, est encore loin de satisfaire à l'ensemble des exigences.. D'après les textes en vigueur, les lits et places SSR et SLD

ne sont pas à l'heure actuelle soumis au contrat de bon usage. L'AP-HP a néanmoins décidé d'engager l'ensemble de l'institution dans cette démarche et on constate que pour les hôpitaux concernés les scores obtenus sont bons. En revanche, certains hôpitaux de court-séjour rencontrent encore des difficultés à atteindre le score minimum attendu, puisque deux d'entre eux ont un score inférieur à 80, ce qui pourrait les pénaliser dans le taux de remboursement des produits facturables en sus des GHS s'ils n'appartenaient pas à l'AP-HP. Concernant la sécurisation des circuits des produits de santé au sein des groupes hospitaliers, les niveaux très hétérogènes constatés laissent présager une réflexion complexe.

Le niveau de respect des exigences par rapport à certains objectifs est détaillé à titre d'exemple afin d'illustrer les difficultés rencontrées. Si l'on prend l'exemple de la participation des médecins aux réunions plénières de leur COMEDIMS locale, on s'aperçoit qu'il est souvent difficile de les mobiliser mais on note un nombre de médecins membres titulaires très différentes selon les hôpitaux. Un autre objectif du CBUS est de promouvoir l'analyse des événements indésirables liés aux circuits des produits de santé. L'ARS a ainsi positionné l'AP-HP par rapport aux autres grands types de structures de soins de la région IDF. On s'aperçoit que le CHU ne déclare que 0,06 événements indésirables pour 100 lits contre 16 événements pour 100 lits dans le secteur privé. Il est donc important d'inciter les hôpitaux à déclarer et à les analyser ce type d'événements pour prendre des mesures correctrices.

Du point de vue de la forme, les rapports d'étape sont souvent incomplets et les délais de réponse ne sont pas respectés. Les scores d'hôpitaux n'ont pas réellement évolué entre 2009 et 2010 mais le niveau d'exigence a augmenté. Les audits réalisés en 2010 témoignent d'une implication plus grande des différents acteurs et ont permis une harmonisation des modalités de réponse entre les hôpitaux. La sensibilisation de tous reste malgré tout difficile. Les outils informatiques et les restructurations en cours constituent à la fois un frein et une opportunité.

Ces constats sont posés dans un contexte en évolution. La certification V2010 et le CBUS voient leurs objectifs converger et le rapport d'étape du CBUS sera utilisé par la HAS. Les conseillers généraux des établissements de santé qui ont fait le point en 2010 sur l'état de la sécurisation du circuit du médicament à l'AP-HP ont émis 40 recommandations correspondant à environ 300 mesures. Parallèlement, la demande de maîtrise des dépenses des produits de santé se renforce. En 2011, un certain nombre de produits « traceurs » seront contrôlés par l'assurance maladie et par l'ARS. L'analyse des pratiques cliniques est également un point à développer. Enfin, un nouveau CBUS devra être négocié en 2011 et le niveau d'exigence à atteindre augmentera.

En conclusion, le contrat de bon usage est un outil incitatif mais insuffisant pour sécuriser au mieux les circuits des produits de santé. La procédure de certification de la HAS examine la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre. Les critères de réussite dans ce domaine sont directement liés à la volonté institutionnelle, laquelle est présente. Une priorisation des actions à mettre en œuvre, l'optimisation des organisations et des ressources et la conception de ces circuits comme un processus de soins, où la sécurité de la prestation finale dépend de la qualité de chacun des actes de chaque professionnel, ainsi que de la fluidité et de la sécurité des interfaces entre les étapes et les acteurs sont essentielles.

A l'issue de cette présentation, **M. SINGLAS** rappelle que la CME a nommé 12 médecins à la COMEDIMS centrale, dont 8 ne sont jamais venus. En revanche, les groupes de travail fonctionnent bien au niveau local et central car les médecins participent à la révision des grandes classes de médicaments. Par ailleurs, l'insuffisance des scores s'explique en grande partie par celle

des outils et systèmes informatiques. Enfin, trop de personnes s'occupent du circuit du médicament et les commissions sont innombrables. Plus de 70 % des items du contrat de bon usage relèvent des pharmaciens, ce qui représente une forte charge de travail au détriment des autres activités.

Citant l'exemple des médicaments hors GHS, **le Président** observe que l'implication de la communauté médicale est réelle dès lors qu'elle en a la volonté. Il considère également qu'il faut rendre plus lisible les structures de réflexion.

M. SINGLAS rappelle qu'en fin d'exercice, il est obligatoire d'analyser localement les écarts avec les prévisions et en début d'exercice, de faire des prévisions sur les consommations des médicaments et dispositifs médicaux hors GHS. Pour ce faire, les médecins et les utilisateurs doivent s'impliquer dans la réflexion. Il est extrêmement difficile de les y conduire.

Le Président suggère à la commission de préciser ses besoins et lui propose de relayer ses demandes auprès des médecins.

VII. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME 1 nouveau contrat d'activité libérale, ainsi qu'un renouvellement qui ont tous deux reçus un avis favorable de la CTEM.

Ces contrats sont approuvés à la majorité moins 2 voix défavorables et 5 abstentions.

VIII. Approbation du compte rendu des séances des 8 février et 8 mars 2011

Les comptes rendus des séances des 8 février et 8 mars 2011 sont approuvés à l'unanimité.

Le Président rappelle que M. LEVY est invité permanent à la CME, en qualité de doyen représentant la faculté d'odontologie.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 20.

*

* *

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

Mardi 10 mai 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 avril 2011 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.