

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 13 AVRIL 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 8 JUIN 2010**

SOMMAIRE

I.	Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif	5
II.	Le bilan d'activité 2009 et le plan d'action 2010 de la COMEDIMS	7
III.	Projet de Soins Central de l'AP-HP pour le plan stratégique 2010-2014	10
IV.	Communication de l'avis de France Domaine sur le bail emphytéotique administratif (BEA) Dupuytren – Bâtiment Castor	14
V.	Projet médical du Plan Stratégique 2010-2014 de l'AP-HP	14
VI.	Approbation des comptes-rendus du 9 février et du 9 mars 2010	22

ORDRE DU JOUR

(8H30 - salle du Conseil d'Administration)

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat - Pr Fagon*)
- 2- Le bilan d'activité 2009 et le plan d'action 2010 de la COMEDIMS (*Pr Bergmann*)
- 3- Projet de Soins Central de l'AP-HP pour le plan stratégique 2010-2014 (*Mme Vasseur*)
- 4- Communication de l'avis de France Domaine sur le bail emphytéotique administratif (BEA) Dupuytren – Bâtiment Castor (*M. Dumesges*).
- 5- Projet médical du Plan Stratégique 2010-2014 de l'AP-HP :
 - Synthèse des travaux du Conseil Exécutif (*Pr Coriat - Pr Aigrain - Pr Fagon*)
 - Modalités de validation par la CME (*Pr Coriat - Pr Aigrain*)
- 6- Approbation des comptes-rendus du 9 février et du 9 mars 2010
- 7- Questions diverses.

- **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 :***
 - Mme le Pr AIACH

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

- ***membres excusés :***
 - Mr le Pr BERCHE, Mr le Pr LYON-CAEN, Mr le Pr SCHLEMMER

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

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif

Le Président rappelle que les travaux du conseil exécutif ont porté sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP. Il importe de bien mettre en perspective la démarche d'élaboration du plan lancée il y a un an et demi, qui a mobilisé plus de 300 collègues et se veut transparente et lisible. Ainsi, les documents relatifs au plan stratégique sont accessibles en ligne sur le site Internet de la CME (<http://cme.aphp.fr/Actuas/folder.2010-04-09.6460313939/>). L'ensemble des orientations discutées seront présentées au point V de l'ordre du jour.

Lors de la réunion du 12 avril avec les présidents de CCM, le Président a rappelé l'action de la CME, dont il espère qu'elle est acceptée par tous. Dans les temps troublés que traverse actuellement l'AP-HP, il est essentiel de fixer une direction. Le principe posé consiste à partir de la définition d'un projet médical cible décliné de manière moderne. L'intérêt du plan stratégique réside dans la définition d'une offre de soins d'excellence à horizon 2015, à même de maintenir l'AP-HP au premier rang des CHU d'Europe. Pour y parvenir, une politique de modernisation de l'offre de soins est nécessaire. Celle-ci repose sur des restructurations médicalement pertinentes et réalistes, qui tiennent compte des notions de masse critique et d'effectifs. C'est dans cette voie que la CME s'est engagée, relayant son discours auprès de la communauté médicale et légitimant ainsi ses demandes aux tutelles.

La première demande de la CME consiste à ne pas faire du retrait d'emplois soignants un objectif en soi, mais à le soumettre à des restructurations médicalement justifiées. La deuxième demande porte sur l'investissement, devenu une variable d'ajustement budgétaire tout en restant l'un des éléments essentiels de la réalisation du plan stratégique. Pour être légitimes, les demandes d'investissement doivent cibler les opérations prévues au plan stratégique, plutôt que d'être saupoudrées sur les 37 sites hospitaliers. Ce point semble avoir été entendu par les tutelles, mais seules les notifications d'aide à l'investissement le confirmeront. La troisième demande principale est que la date limite de convergence intra-sectorielle fixée à 2012 ne s'applique pas à l'AP-HP comme un couperet. L'institution devra certes entrer dans ce cadre, mais avec une certaine souplesse au niveau du calendrier. Cette position implique de s'inscrire dans un cadre vertueux de restructuration.

Telles sont les lignes directrices que propose la CME. Il reste à l'instance à s'approprier le projet médical du plan stratégique et à le valider dans la transparence dans un délai de deux mois. Il est essentiel de parvenir à une certaine unité sur le projet médical. De ce point de vue, deux écueils sont à éviter. Le premier est le risque d'asphyxie qui pèse sur les emplois soignants et les contraintes d'investissement qui pourrait alimenter les tensions internes. Le second écueil est le reproche de corporatisme et de conservatisme souvent adressé à des médecins perçus comme n'étant pas en mesure de mener les restructurations imposées par le progrès médical.

En conclusion, le Président se déclare ravi d'ouvrir deux mois de travail sur le projet médical du plan stratégique. Il constate que malgré les difficultés, l'institution parvient à suivre l'orientation fixée et insiste sur l'association des doyens et des universités à un projet médical ambitieux. Concernant l'année 2010, la révision des effectifs hospitaliers a été menée par la CME de manière médicalement pertinente et vient d'être publiée au Journal Officiel. Des efforts ont été fournis au

niveau des dépenses de médicaments. S'agissant du retrait des emplois soignants, la demande de la CME a été entendue par le directeur général. En contrepartie, l'engagement fort de la communauté médicale à mener des restructurations au service d'une politique d'efficacité est indispensable pour maintenir le cap. Le plan stratégique possède de ce point de vue une importance majeure. Les présidents de CCM, avec lesquels le contact sera maintenu, semblent avoir compris ce discours. La CME a ainsi suivi une ligne de conduite précise et lisible, dont la transparence soutient la démarche menée par l'AP-HP auprès des tutelles.

Le Directeur Général précise que l'AP-HP entre actuellement dans une période de consultation de la CME, des organisations syndicales et des représentants des usagers, ainsi que des élus locaux sous une forme qui reste à définir. Par ailleurs, les négociations sociales centrales ont entre autres objectifs de discuter avec les organisations syndicales de thématiques médicales. Elles se sont ouvertes sur la problématique des soins de suite. Lors de ces négociations, s'est posée la question de l'interprétation de la « suspension du plan stratégique ». Celui-ci n'est pas suspendu et son élaboration se poursuit. Ainsi, les négociations sur les soins de suite et de réadaptation ont permis d'enrichir le plan des contributions des uns et des autres. Il précise que négocier avec les organisations syndicales n'implique pas nécessairement de parvenir à un accord. Il importe de présenter les grandes thématiques médicales, de les discuter et d'en adapter éventuellement la mise en œuvre.

Concernant le retrait d'emplois, la révision des effectifs médicaux s'effectue par redéploiement des postes de praticiens attachés vers des postes de PH. Les postes ne seront ouverts que devant la réalité du rendu de vacations d'une part notamment des départs en retraite ou de temps médical. Concernant le retrait des emplois non médicaux, il intervient par le non remplacement des départs en retraite se poursuit. Il faut néanmoins savoir que l'AP-HP recrute chaque année entre 4 500 et 6 000 personnes. Quant aux retraits d'emplois soignants, ils doivent se faire sur la base de projets de petite ou de grande ampleur, liés à des restructurations, à des réorganisations ou à des optimisations, à discuter avec les équipes des pôles concernés.

Pour finir, la fixation de l'EPRD 2010 interviendra dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Le conseil de surveillance doit être mis en place dans un délai de quarante jours à compter de la date de parution du décret (décret n° 2010-361 du 8 avril 2010). Le directoire pourra ensuite se réunir.

M. CAPRON souligne un décalage entre le discours tenu en CME et celui tenu dans son hôpital. La direction locale afficherait en effet un raisonnement inverse en fixant un objectif de récupération de 87 ETP non médicaux et de réduction de l'investissement de 4 millions d'euros pour l'HEGP à 1,4 million d'euros pour le groupe hospitalier, tandis que l'investissement en équipement devrait passer de 4,65 millions d'euros à 1,2 million d'euros. Dans ce contexte, M. CAPRON s'interroge sur ce que représentent les déclarations des directeurs d'hôpitaux sur les retraits d'emplois et les réductions d'investissement. Les analyser permettrait d'obtenir une vision claire et de savoir s'il faut respecter l'engagement pris par la CME de démissionner si jamais les retraits d'emplois n'étaient pas fondés sur des objectifs médicalement validés.

Le Directeur Général précise qu'en 2009, l'AP-HP a dépensé 593 millions d'euros en investissement (travaux, équipement, informatique compris), dont la moitié par autofinancement, l'autre moitié par emprunt. En 2010, se conjuguent des fins de travaux coûteuses (Port Royal 1, Laennec, système d'information, etc.) qui ne sont pas sans conséquence sur la capacité de l'AP-HP à investir. La capacité à emprunter étant limitée volontairement à 30 % de budget, l'estimation de l'investissement en 2010 est établie à environ 450 millions d'euros, un montant effectivement

inférieur à celui des années précédentes. S'agissant des retraits d'emplois, le travail pour les activités cliniques a déjà commencé sur la base de restructurations médicalement pertinentes.

II. Le bilan d'activité 2009 et le plan d'action 2010 de la COMEDIMS

M. BERGMAN présente le bilan d'activité 2009 de la COMEDIMS. Trois axes de travail étaient fixés : poursuivre la politique de l'évaluation et de choix des produits pharmaceutiques, participer à la promotion du bon usage et contribuer aux travaux sur la juste prescription (JP) et le Contrat de Bon Usage (CBUS) en coopération avec la DPM. Le plan d'actions 2009 a été majoritairement suivi. La COMEDIMS a ainsi tenu environ 35 réunions, évalué une soixantaine de dossiers de nouveaux médicaments (COMED et COMAI) et une dizaine de Dispositifs Médicaux (DMI) Innovants. Elle a réévalué une quarantaine de médicaments et une dizaine de DMI. Sept groupes d'experts se sont réunis dont quatre sur de nouvelles thématiques, pour traiter une vingtaine de classes de médicaments (244 références) et une trentaine de classes de DMI (1 954 références). En 2009, la COMEDIMS a également émis des recommandations sur le bon usage des DMI drainage et sondage urinaire, sur les antifongiques en curatif, sur les plaquettes acide folique, acide folinique, etc. et publié trois numéros de son bulletin à 10 000 exemplaires. Sur la JP et le CBUS des médicaments et DMI hors GHS, 559 documents ont été mis à jour et 5 réunions ont eu lieu (CPJP, CBUS, OMEDIT) auxquelles la COMEDIMS a participé. Une procédure générale AP-HP « gestion des traitements personnels des patients hospitalisés » a également été définie.

Les dépenses de médicaments et de DMI 2009 n'ont cru que de 0,2 % par rapport à 2008. Cette quasi-stagnation concerne autant les médicaments hors GHS que GHS, et s'explique en partie par la négociation des prix malgré la hausse des prix de certains médicaments GHS face à l'arrivée des génériques. La stabilité des dépenses est liée à la diminution des prix et à une légère augmentation des volumes. Ont également joué l'effet « *pipe line à sec* », les efforts de communication de la CME et des CCM, les travaux de la COMEDIMS, la contrainte du CBUS, une plus grande sagesse des prescripteurs et un meilleur contrôle des prix (CEPS, AGEPS). Le plan de convergence constitue également un facteur explicatif. Pour autant, M. BERGMANN n'exclut pas que la stagnation des dépenses ne soit qu'un hasard transitoire. La tendance reste donc à confirmer en 2010.

Les anticancéreux et les immunoglobulines sont les produits les plus utilisés et représentent trois quarts des consommations. L'ensemble des médicaments en tête de liste augmente de 7 % : il s'agit souvent des plus chers. Les immunoglobulines sont en croissance de 14 %. Les médicaments hors GHS représentent deux tiers des dépenses en hospitalisation en 2009. Leur consommation est stable par rapport à 2008 alors qu'elle avait progressé de 20 % en 2007. Cependant, en 2010, des ATU sont à prévoir qui pourraient entraîner une tendance à la hausse car les médicaments en ATU ont des prix non négociables. Les 30 premiers médicaments hors GHS représentent 91% de la totalité des hors GHS en hospitalisation et sont en progression de 1% par rapport à 2008. On constate des efforts sur les antifongiques et les anti-coagulants parallèlement à des augmentations continues sur les anticancéreux et les immunoglobulines. Le groupe IV du CBUS représente 12 % du volume total des 30 premiers médicaments hors GHS. Les prescriptions effectuées dans ce cadre semblent le plus souvent justifiées et ne sont pas atypiques. Au niveau des DM, les dépenses sont en baisse de 5 % en 2008 hors GHS et en hausse de 14 % pour l'ensemble des dispositifs.

La COMAI remplit une mission centrée sur l'élaboration de recommandations de bon usage et l'évaluation des nouveaux anti-infectieux. Ses principales actions sont l'élaboration d'une liste des

anti-infectieux et l'émission de recommandations de bon usage. La COMAI travaille également sur un projet de réactualisation du guide « Tables d'antibiothérapie », dont la dernière version date de 1997, et mène un projet sur les anti-infectieux aux urgences. La COMAI assure également le suivi des consommations 2008 en DDJ et en euros et l'aide à la prescription.

Pour l'année 2010, la COMEDIMS s'est fixée huit actions prioritaires :

- évaluation des DM et des médicaments ;
- sensibilisation et amélioration de l'implication du prescripteur ;
- encouragement à la mutualisation des travaux et au partage d'expériences avec les COMEDIMS locales ;
- juste prescription ;
- contribution à la maîtrise des dépenses produits santé à travers le suivi des consommations DM et DMSI ;
- participation au projet NSI patient / NSI gestion ;
- renforcement des liens avec la CQSS et les commissions ;
- sécurisation du circuit du médicament.

Les efforts de la COMEDIMS en 2010 s'inscrivent dans la continuité : ils portent sur l'adaptation des référentiels, la réalisation d'économies au quotidien et dans le groupe IV hors GHS ainsi que sur une plus grande sévérité au niveau des recommandations COMEDIMS-AFSSAPS-INCA, des admissions de nouveaux produits et des prix. La COMEDIMS devra affronter les mêmes démons que sont l'informatisation préhistorique de l'AP-HP, l'implication parfois microscopique du corps médical, les difficultés d'une communication transversale et les écueils aux efforts de protocolisation.

Par ailleurs, la COMEDIMS s'interroge sur son avenir dans le cadre de la loi HPST, ses missions devant être décrites dans celles de la future CME. La COMEDIMS souhaite rester proche de la direction de la politique médicale pour renforcer l'efficacité de son travail. Des questions se posent également face aux différents textes de lois (COMEDIMS, CCQSS, CEDIT, CME, DPM, AGEPS-achats, JP). Selon M. BERGMANN, l'important est d'être en prise avec les prescripteurs et les décideurs sans multiplier les sous-groupes de travail, ainsi que de garantir la proximité entre l'évaluation scientifique et des procédures d'achat. Pour conclure, les recommandations de la COMEDIMS n'auront de chance d'être appliquées qu'avec l'appui de la communauté médicale.

A l'issue de cette présentation, **le Président** précise que la CME va définir dans le cadre de la loi HPST les sujets dont elle va s'emparer, sur lesquels elle pèsera par l'intermédiaire des représentants au directoire qu'elle aura elle-même mandatée. L'année 2010 fera jurisprudence, notamment en matière d'implication de la CME dans la révision des effectifs. Le Président ne doute pas que la direction générale et la communauté médicale trouvent un mode de collaboration, la première ne pouvant se passer de la connaissance de terrain de la seconde. Les membres de la CME doivent être conscients que si l'instance abandonne des domaines d'implication, leurs successeurs ne pourront se les réapproprier. Dans ce contexte, le travail de la COMEDIMS doit relever de la CME, d'autant plus que celle-ci ne peut revendiquer un avis fort sur l'EPRD en négligeant l'un des postes de dépenses les plus importants. Le président confirme donc l'appui de la CME au travail de rationalisation des dépenses de médicaments et de DM. L'instance demandera, dans ses prérogatives, à garder un lien étroit avec la COMEDIMS.

Mme VIDAL-TRECAN souligne que la commission qualité et sécurité des soins (CQSS) est une émanation de la CME et la représente, qu'il n'y a pas d'écran fait par cette commission entre la CME et les commissions spécialisées de la CQSS comme en témoigne la présentation de ce jour. La question se pose toutefois de l'intégration de la COMEDIMS à cette commission, si l'on considère d'une part l'aspect financier des recommandations et d'autre part, la possibilité de renforcer ainsi la communication entre collègues travaillant dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Président estime préférable de ne pas alourdir la mission de la commission qualité des soins mais de maintenir un lien étroit avec la COMEDIMS. Il propose que le bureau de la CME et la CME travaillent sur un règlement intérieur définissant les prérogatives de l'instance.

M. LACAU-SAINT-GUILY considère également que la COMEDIMS et la CME doivent rester en interaction étroite. Concernant les anticancéreux, il note que les groupes I et II représentent malgré tout la majorité des prescriptions. Il insiste par ailleurs sur l'intérêt des séances de travail sur la juste prescription au sein des hôpitaux impliqués dans la cancérologie et sur celui des réunions de concertation pluridisciplinaires dont les décisions sont collégiales. L'outil ARKADOS généralisé à l'AP-HP devrait également permettre de progresser dans l'analyse des prises de décision liées au groupe IV. Ces analyses sont riches d'enseignements pour les prescripteurs.

M. BERGMAN ajoute que la décision collégiale du RCP dans le dossier patient, même dans le groupe IV, confère un poids plus important vis-à-vis des payeurs.

Mme DEGOS demande s'il existe un suivi de cohorte des malades du groupe IV.

M. BERGMAN répond que parfois, ce suivi existe effectivement. Mais il est souvent difficile de trouver des points communs pour faire une série. Ce point pourrait être amélioré.

M. FAYE s'associe aux louanges adressées à la COMEDIMS. Il s'enquiert par ailleurs de l'évolution des dépenses des DM chirurgicaux et souhaite des précisions sur la valorisation de l'innovation en chirurgie.

M. BERGMAN répond que l'évolution des DM est de +14 % en GHS et de -5 % hors GHS, en raison de la baisse des prix liée à la concurrence entre dispositifs innovants. Les procédures d'évaluation de l'ensemble des DM se poursuivent, mais il faut savoir que l'AP-HP compte 90 000 lignes de DM. Le groupe de travail a réévalué les deux tiers des références ces dernières années. S'agissant des DM innovants et coûteux, un bras de fer a parfois lieu entre les chirurgiens et l'industrie qui profite de l'utilisation payante des DM pour en faire l'évaluation au lieu de fournir un effort d'évaluation dans le cadre d'un essai gratuit. Les chirurgiens veulent d'un dispositif pour l'essayer or la démarche devrait être inverse. L'AP-HP devrait faire preuve de davantage d'exigence vis-à-vis des industriels, en insistant sur la gratuité de l'évaluation, préalable au paiement du dispositif.

Le Président indique que la direction générale communiquera prochainement sur le système d'information (SI). Ce système générant des attentes dans le cadre du bon usage du médicament, il sollicite l'opinion de M. BERGMAN sur l'apport du SI dans ce domaine.

M. BERGMAN répond que le SI patient semble très adaptatif pour la partie prescription. Il est notamment possible d'intégrer des renvois permettant d'afficher des utilisations plus simples. La

difficulté risque de provenir de normes de sécurité trop contraignantes et d'un nombre insuffisant de postes mis à disposition, tout acte de prescription devant obligatoirement passer par le SI.

M. FAGON précise que la première bascule du SI sur l'identité aura lieu en juin ou en septembre à l'hôpital Ambroise Paré. Par ailleurs, le problème réside moins dans le nombre de postes que dans l'occupation particulière des postes selon les horaires. Les portables sont une option possible. S'agissant de la confirmation de l'identité des prescripteurs, la solution d'une carte professionnelle de reconnaissance à distance est à l'étude.

Le bilan 2009 et le plan d'action 2010 de la COMEDIMS sont approuvés à l'unanimité.

III. Projet de Soins Central de l'AP-HP pour le plan stratégique 2010-2014

Mme VASSEUR rappelle que l'examen du projet de soins fait partie des compétences de la CME. Il a été élaboré par un groupe pluridisciplinaire au sein duquel la participation médicale a été réduite, du fait du mouvement de protestation contre la loi HPST concomitant.

Les objectifs du projet de soins central sont les suivants :

- définir les grandes orientations de la politique de soins de l'AP-HP dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique 2010-2014, en complémentarité avec le projet médical et en cohérence avec le projet RH ;
- préserver le sens et réaffirmer les fondamentaux du soin au quotidien ;
- prévenir les risques évitables liés aux soins ;
- contribuer aux évolutions des prises en charge thérapeutiques de l'institution, des professions paramédicales et aux priorités de santé publique ;
- répondre aux besoins, attentes et demandes des usagers.

Quatre axes de travail ont été déterminés :

- philosophie, valeurs et principes ;
- organisation et management ;
- qualité, sécurité, prévention et gestion des risques ;
- formation, compétences, métiers et recherche.

Ces grands axes ont vocation à être déclinées localement par les GH, sites et pôles selon leurs spécificités et priorités. Le suivi sera assuré par des indicateurs, dont certains seront suivis par la direction centrale des soins :

- résultat de l'évaluation du dossier de soins ;
- nombre de projets de recherche paramédicale et ETP dédiés ;
- taux de prévalence annuel d'escarres ;
- nombre d'EPP / GH / participation des paramédicaux ;
- nombre de consultations paramédicales ;
- cartographie et criticité des risques évitables liés aux soins par pôle.

D'autres indicateurs sont suivis en partenariat avec la DPM d'une part (ICALIN, IPAQ, SAPHORA, rapports de certification), avec la DRH d'autre part (taux d'encadrement, taux

d'absentéisme, *turn over* par catégorie et GH, taux de formation, tutorat) et enfin, avec la DAJ (suivi des plaintes et enquêtes de satisfaction).

Les grandes orientations du projet de soins s'articulent autour de cinq thématiques :

- **Le malade et ses proches**

Cette thématique comprend le respect, l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins, l'information du patient et de ses proches.

- **Les professionnels**

Cette thématique comprend la coordination des parcours de soins, les bonnes pratiques, les EPP, la démarche qualité et prévention des risques, les coopérations entre professions médicales et paramédicales et le développement de la recherche paramédicale.

- **L'encadrement paramédical**

L'encadrement paramédical doit être soutenu par sa hiérarchie et ses partenaires médicaux pour assurer ses missions au plus près des équipes médico-soignantes et des malades. Il s'agit de rechercher l'adéquation activité / ressources au quotidien, de garantir la continuité, l'organisation et le contrôle de la qualité des soins et des prestations, de permettre la fluidité (aval des urgences), de garantir le respect des valeurs et des règles et d'accompagner le changement et l'évolution des modes de prise en charge des malades.

- **La formation initiale et continue des professionnels tout au long de la vie**

Cette thématique vise à répondre aux enjeux démographiques, aux évolutions des pratiques et aux priorités de santé publique.

- **Le positionnement de l'institution comme « *magnet hospital* »**

Il s'agit de renforcer l'attractivité et la fidélisation des professionnels, de permettre aux équipes paramédicales de se centrer sur leur cœur de métier, de promouvoir l'innovation, la participation et le *benchmarking*.

Mme VASSEUR présente ensuite quelques exemples concrets du projet de soins pour chaque axe, organisés selon la trame contexte, objectifs, actions et indicateurs / niveaux attendus.

M. HARDY demande s'il existe un système de codage reconnu par l'institution pour analyser l'activité liée aux consultations paramédicales.

Mme VASSEUR répond qu'à sa connaissance, il n'existe pas de tel système. La question de la facturation peut se poser pour les consultations dispensées aux patients externes. Le codage de ces consultations est difficile actuellement, à moins qu'elles ne soient associées à un acte infirmier technique. Dans un premier temps, il est demandé aux directions des soins de comptabiliser les consultations paramédicales dans le bilan annuel. C'est un indicateur que la direction centrale souhaite suivre. Cette activité nécessitant des moyens dédiés et formés, doit pouvoir être analysée.

M. CAPRON demande des précisions sur le concept de « *magnet hospital* ».

Mme VASSEUR répond que ce concept est nord-américain. Confrontés à des difficultés d'attractivité et de fidélisation des professionnels, les hôpitaux américains ont fait le constat que la qualité des soins s'améliorait si l'on réduisait le *turn over* et si les conditions de travail étaient satisfaisantes (moyens, organisation, relations, participation). La collaboration des personnels

médicaux et paramédicaux est pointée comme un élément majeur de satisfaction des professionnels, de même que l'association des professionnels paramédicaux à l'évolution de leur outil de travail et des organisations qui se décident trop souvent sans eux alors qu'elles impactent directement leurs conditions d'exercice. Ces éléments requièrent une volonté managériale et l'implication des acteurs. Ce concept qui peut s'appliquer aux professionnels médicaux et paramédicaux, a été développé pour les paramédicaux, les médecins étant pour leur part déjà associés de fait et de droit aux évolutions de l'organisation.

Le Président souligne que le devoir d'attractivité de l'institution concerne également les médecins. L'efficacité, la qualité des soins et de l'organisation est un facteur de fidélisation. Certains quittent l'hôpital faute d'obtenir l'outil de travail de la qualité souhaitée. Or la démographie médicale va renforcer ce problème.

Mme VASSEUR confirme que la problématique de l'attractivité et de la fidélisation est commune aux corps médical et paramédical. Pour les paramédicaux, elle fait partie des axes du projet de soins.

M. FAYE souligne l'ambition du projet de soins de l'AP-HP. Il observe que la profession d'infirmier passe désormais par un cursus LMD et apprécie les projets de recherche prévus. Quant à l'encadrement paramédical, il joue un rôle décisif dans un contexte de transformation. Concernant le magnétisme de l'institution, les interrogations sont évidentes : comment fidéliser les infirmières de plus de quarante ans, comment masculiniser la profession ? Ces questions se posent au quotidien. Enfin, il regrette le décalage entre l'élaboration du projet de soins et du projet médical, en espérant que des ajustements restent possibles.

M. RICHARD souligne l'aspect fondamental du partenariat entre médecins et soignants en matière de recherche pour un hôpital universitaire. L'évaluation des pratiques professionnelles a déjà généré des travaux communs aux équipes soignantes et médicales. C'est un excellent moyen d'initier la communauté soignante à une activité d'évaluation, d'associer les soignants aux communications des congrès et de les initier aux publications scientifiques. Dans la phase transitoire de passage au système LMD, les médecins ont un rôle à jouer.

M. FAGON indique avoir demandé à la DRCD d'intégrer au comité scientifique un cadre infirmier et d'apporter son aide à la promotion d'études en soins. Un groupe spécifique sera dédié à la recherche en soins.

Mme VASSEUR ajoute que la collaboration des équipes paramédicales et médicales existe de longue date à l'AP-HP. Elle doit être poursuivie tout en développant des recherches en soins infirmiers. Pour l'année 2010, 5 projets de l'APHP ont été retenus lors du premier projet hospitalier de recherche infirmier (PHRI) lancé par la Ministre. La DRCD va consacrer par ailleurs des moyens à la formation de candidats en master 2 et en doctorat de recherche.

S'agissant de l'universitarisation des soins, **M. SEBBANE** souligne l'importance de reconnaître les soignants lorsqu'ils ont fait l'effort d'obtenir un diplôme universitaire. Il demande ce que prévoit l'institution pour reconnaître les compétences apportées par ces soignants.

Mme VASSEUR confirme que trop souvent, les professionnels sont formés sans qu'une évolution correspondante au sein de l'institution ne puisse être envisagée. Le projet de soins prévoit de saisir l'opportunité de la mise en œuvre des GH pour dédier du temps paramédical à des problématiques

transversales nécessitant des formations complémentaires. La reconnaissance financière, quant à elle, dépasse la responsabilité de l'APHP, même si elle est en réflexion avec la DRH.

Le Président constate que la CME rencontre des difficultés de communication avec les soignants. Il sollicite les conseils de Mme VASSEUR pour améliorer la compréhension du projet de la CME.

Mme VASSEUR propose de s'adresser à la commission centrale des soins, devant laquelle sont déjà intervenus le Pr FAGON et le directeur général, et dont le représentant, M. Frontino, siège à la CME. Une meilleure articulation avec la CME pourrait être recherchée à ce niveau. Une rencontre du président de la CME et des directeurs de soins de l'AP-HP lors de leurs réunions mensuelles constitue également une possibilité. Enfin, l'essentiel se joue sur le terrain et se construit au quotidien à travers la concertation et l'élaboration médicale et paramédicale conjointe des projets, des organisations, des évaluations des pratiques professionnelles, de la recherche etc au sein des pôles. A ce niveau, les pistes de progrès sont nombreuses.

Le Président formule le souhait d'être entendu par la commission centrale des soins pour expliquer la position de la CME.

Mme VASSEUR en prend acte et transmettra avec plaisir des propositions de date pour que le président de la CME puisse rencontrer la CCSIRMT, tout en rappelant que M. FAYE représente régulièrement la CME à cette commission.

Le Président précise que l'intervention du président et du vice-président de la CME devant la commission possède un caractère symbolique. Elle ne remet aucunement en cause la représentation assurée par M. FAYE. M. CORIAT réaffirme se préoccuper autant du personnel médical que non médical.

M. MUSSET note l'importance accordée par la commission centrale à l'encadrement de terrain. A ce sujet, il souligne que la discipline « radiologie et Imagerie médicale » a perdu 14 cadres supérieurs et 4 cadres de proximité remplacés en partie par des faisant fonction de cadres. Lors de l'ouverture du concours de cadre, pas un seul candidat en radiologie n'a été retenu bien que certains présentent tous les pré-requis. La pratique est donc loin de la théorie : dans certains domaines, il n'existe plus de cadres de terrain pour assurer le relais entre équipes soignantes et médicales. M. MUSSET insiste donc sur ce point, comme il l'a déjà fait auprès de la DRH et du Directeur Général, et attend des réponses qu'il n'a toujours pas reçues à ce jour.

Mme VASSEUR souligne que les difficultés de recrutement des manipulateurs radio sont nationales. Par ailleurs, l'encadrement de l'AP-HP est particulièrement bien formé. Le recours à des personnes faisant fonction de cadre relève rarement d'une décision volontaire mais résulte plutôt de la nécessité de faire face à une problématique transitoire. Concernant l'importance des cadres de santé, il faut qu'ils puissent se centrer sur leur cœur de métier. Un travail est mené avec la direction de la logistique pour améliorer l'organisation des activités périphériques aux soins.

M. FAYE souligne que le projet médical et de soins dessine un projet de compétences dans une institution en mouvement. Il demande au directeur général quand il compte mettre en œuvre la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) qui est une obligation réglementaire.

Le Directeur Général répond qu'il s'attachera à faire appliquer toute la réglementation.

IV. Communication de l'avis de France Domaine sur le bail emphytéotique administratif (BEA) Dupuytren – Bâtiment Castor

M. DUMESGES précise que le dossier du bail emphytéotique administratif (BEA) Dupuytren – Bâtiment Castor a été soumis le 13 octobre 2008 et validé par le conseil d'administration du 23 octobre 2008. La réglementation et le code des collectivités territoriales imposent de mettre en parallèle cette décision avec l'avis de France Domaine, en l'occurrence positif.

Le Directeur Général précise que lors de la présentation au conseil d'administration du 23 octobre 2008, France Domaine n'avait pas rendu son avis, ce qui explique les décalages de calendrier. Son avis positif permet de conclure la signature du bail emphytéotique dans les prochains mois.

M. SEBBANE demande s'il s'agit d'une opération locale ou d'une opération plus vaste s'inscrivant dans le projet de l'AP-HP pour les soins de longue durée.

M. le Directeur Général répond que cette opération possède une double signification. Elle vise à construire un bâtiment neuf de 240 lits de soins de longue durée, en remplacement d'un bâtiment ancien situé sur le terrain de Joffre, ce qui permettra ensuite de vendre ce terrain. Au final, elle conduit à une amélioration de l'offre de l'AP-HP.

V. Projet médical du Plan Stratégique 2010-2014 de l'AP-HP

1. Synthèse des travaux du Conseil Exécutif

La synthèse des travaux du Conseil exécutif est accessible en ligne sur le site Internet de la CME.

Le Président met tout d'abord en perspective la méthode d'élaboration du projet médical du plan stratégique 2010 - 2014. Le premier temps a consisté à préparer la synthèse de l'offre de soins qui devait servir de support au projet médical. Un document datant de janvier 2009 est accessible sur le site de la CME, qui présente les recommandations des groupes de travail auxquels plus de 300 collègues ont participé. Le deuxième temps de réflexion a consisté à proposer, dans le cadre des conférences stratégiques tenues par GH, les restructurations intra GH destinées à moderniser l'offre de soins. Plus de 90 propositions ont ainsi été recueillies. Le troisième temps de réflexion a consisté en un travail du conseil exécutif, qui a séparé les décisions immédiates de restructuration d'orientations à plus long terme. A l'issue de ces travaux, il est indispensable d'entrer dans le quatrième temps de l'élaboration du projet médical du plan stratégique, à savoir son appropriation par la CME en vue d'un rendu d'avis. Le vote aura lieu à bulletin secret, lors d'une CME exceptionnelle programmée à cet effet en juin, pour que l'instance se prononce de manière transparente, lisible et informée.

Par ailleurs, le Président rappelle que le Conseil exécutif a été élargi en incluant un représentant des présidents de CCM, M. MUSSET, un représentant de la commission des structures, M. HARDY, un représentant de la commission du temps et des effectifs médicaux, M. VALLEUR, et un représentant de la gériatrie, M. SEBBANE. Enrichi il y a un an de la présence de M. LYON-CAEN, membre de la commission stratégie, le conseil exécutif peut être considéré comme représentatif de la CME. Le Président considère donc que le projet médical du plan stratégique a été élaboré dans une démarche transparente. Il reste désormais deux mois à la CME pour le valider.

M. CAPRON demande si la commission consacrée à la pédiatrie spécialisée aura rendu ses conclusions avant que la CME ne donne un avis sur le plan stratégique.

M. GARABEDIAN souhaite que les chiffres appuyant le projet médical du plan stratégique soient préalablement validés par les instances locales, afin d'éviter toute contestation. Il importe de s'accorder sur ces chiffres pour discuter des orientations du projet. M. GARABEDIAN regrette par ailleurs que les représentants des différentes spécialités touchées n'aient pas été audités, notamment en épidémiologie. Enfin, il s'inquiète de la méthode de travail suivie, en l'absence de date de jury pour la pédiatrie spécialisée et demande si ce jury comprendra un économiste.

Le Président annonce que les quatre hôpitaux concernés par la pédiatrie spécialisée ont accepté de présenter leur projet devant un jury, dont la lettre de mission est en cours de finalisation et sera envoyée dans la semaine. Le jury devrait se réunir en mai, à raison de deux jours d'audition, en vue de la présentation de ses recommandations en juin. Sont membres du jury six pédiatres de stature nationale et internationale, dont l'avis doit pouvoir être admis par tous. Le Président confirme par ailleurs souhaiter une démarche consensuelle.

Le Directeur Général confirme que le jury sera missionné en fin de semaine et que les données présentées aux experts feront l'objet d'une validation. Le problème de la pédiatrie spécialisée est avant tout un problème d'offre de soins dans la région francilienne, dont les conséquences économiques devront être prises en compte dans un second temps. Cette question peut être gérée en interne.

Le Président demande si la CME doit obligatoirement rendre son avis fin juin.

Le Directeur Général le confirme. Les mois d'avril et mai sont consacrés aux consultations et à la mise au point du projet médical. En juin, une version du plan stratégique doit pouvoir être mise en débat, en vue d'un rendu d'avis en semaine 26 par les instances concernées.

M. FAGON rappelle que la préparation du plan stratégique s'est appuyée sur deux groupes de travail ayant en charge l'offre de soins et l'évolution de la demande, ainsi que sur la commission de la recherche fusionnée avec la commission stratégie de la CME, qui ont auditionné six ou sept groupes thématiques. La préparation du plan s'est également appuyée sur le texte des médecins des hôpitaux, reprenant les réponses de 27 spécialités à 9 questions posées par la DPM. L'ensemble de ces contributions a abouti à l'envoi, il y a plus d'un an, d'un texte général et commun à l'ensemble des groupes hospitaliers et à l'envoi d'un document spécifique à chaque groupe reprenant des milliers de données chiffrées, largement diffusé aux groupes. C'est sur cette base que les GH ont élaboré des projets détaillés, discutés à l'occasion des conférences stratégiques, puis soumis successivement au Conseil exécutif. Ont d'abord été présentés les projets emblématiques, puis les projets de chaque GH avant de terminer par les sujets transversaux pour lesquels une méthode de travail a été élaborée. Ces documents sont accessibles sur le site Internet de la CME. Jusqu'à présent, aucun des chiffres publiés n'a été contesté.

M. CAPRON signale que le document du syndicat des médecins relève de la propre initiative du syndicat et non de la DPM. Ses questions ont également été choisies par le bureau du syndicat.

Le Président demande si les chiffres publiés sont ceux de 2008. **M. FAGON** le confirme, tout en précisant que les données du diaporama présenté à cette CME sont celles de 2009.

M. GARABEDIAN réitère sa demande de validation locale des chiffres, avec prise en compte des évolutions survenues en 2009. Il cite l'enquête du *Figaro* dont les erreurs n'ont fait l'objet d'aucun démenti, ce qu'il juge inacceptable dans une période aussi difficile.

M. FAGON répond que l'analyse par le DIM de la méthodologie du *Figaro* sera transmise à la communauté médicale. L'organe de presse n'a pas consulté l'institution pour établir son palmarès, qu'elle fonde sur la certification 2007 selon une méthode critiquable. Une demande de correctif sera adressée. M. FAGON précise que la DPM n'a aucune maîtrise sur ces publications.

Le Président souligne qu'il appartient à chaque hôpital de vérifier les chiffres publiés et de demander des explications le cas échéant, avec l'appui des directeurs exécutifs de GHU.

M. FAGON présente la liste des sujets validés en conseil exécutif, selon deux axes :

- **Classement par GH et priorisation en trois groupes : échéance immédiate (2010-début 2011), rapprochée (fin 2011-2012) et plus lointaine (2013-2014)**
Ces sujets ont été discutés avec les GH dans l'ensemble du processus. Il n'en demeure pas moins difficile de qualifier précisément le périmètre et le dimensionnement des projets, d'évaluer les besoins d'investissement et de chiffrer chaque projet.
- **Sujets transversaux**
Les grandes orientations méthodologiques et la déclinaison des sujets transversaux par GH est accessible en ligne sur le site de la CME.

Concernant le GH Bichat – Beaujon – Bretonneau - Louis Mourier, pris à titre d'exemple le travail du siège et du GH s'est concentré sur les échéances immédiates. Dans la majorité des cas, le chef de projet se trouve dans le groupe hospitalier, avec un référent au siège. Ces projets sont de taille et d'impacts variables. Ces sujets, transmis récemment aux directeurs de GH, peuvent être discutés. Il existe parallèlement des projets de réorganisation des fonctions supports et de la logistique qui ne figurent pas dans ces listes. A titre d'exemple, figurent parmi les projets à brève échéance de ce GH :

- le pôle cardiologie, le centre lourd de cardiologie, l'activité de rythmologie interventionnelle ;
- le transfert de la chirurgie ORL et de l'implantologie cochléaire ;
- l'implantation de l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- la deuxième tranche de la maternité Louis Mourier ;
- le regroupement organisationnel des maternités Bichat – Beaujon ;
- la psychiatrie et l'addictologie ;
- le court séjour gériatrique ;
- SSR gériatrique Bretonneau ;
- la neuroradiologie interventionnelle ;
- l'imagerie médecine nucléaire.

Parmi les projets à échéance rapprochée figurent :

- le centre intégré d'obésité ;
- GCS CASH / Louis Mourier ;
- la mise aux normes des réanimations et SC Bichet – Beaujon ;

- les SSR spécialisés ;
- les SSR gériatriques ;
- la fermeture nocturne du SAU Beaujon.

Les projets à échéance plus lointaine sont les suivants :

- projet de bâtiment unique ;
- regroupement physique des maternités ;
- mise aux normes des réanimations de Louis Mourier ;
- fermeture complète du SAU Beaujon ;
- département d'aval des urgences ;
- Charles Richet : projet de site et GCS avec Gonesse.

M. FAGON cite ensuite les projets à échéance immédiate, rapprochée et lointaine :

- du GH Bicêtre – Paul Antoine – Antoine Béclère ;
- du GH Cochin – Hôtel Dieu – Broca ;
- du GH Avicenne – Jean-Verdier – René Muret ;
- du GH Henri Mondor – Albert Chenevier – Emile Roux – Georges Clemenceau – Joffre Dupuytren ;
- du GH Necker Pommipidou – Corentin Celton – Vaugirard ;
- du GH Necker – Saint-Vincent de Paul – IPP ;
- du GH Pitié-Salpêtrière – Charles Foix ;
- du GH Raymond Poincaré – Ambroise Paré – Sainte Péline ;
- du GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal ;
- du GH Saint-Antoine – Tenon – Rothschild – Armand Trousseau – La Roche Guyon ;
- du GH Robert Debré ;
- de quatre hôpitaux hors GH.

Il annonce ensuite les projets transversaux, détaillés sur le site Internet de la CME :

- pédiatrie spécialisée : méthodologie groupe d'experts ;
- biologie : méthodologie validée ;
- PUI – médicaments ;
- cancérologie : méthodologie validée ;
- SSR : méthodologie validée ;
- centres intégrés obésité : appel à projet ;
- centres lourds de cardiologie : appel à projet ;
- centres lourds de neurologie médicale, chirurgicale et interventionnelle : appel à projet ;
- réanimation, soins intensifs, surveillance continue.

Le Président remercie M. FAGON et l'ensemble de la DPM pour son travail de synthèse et de réflexion. Concernant la réanimation en soins intensifs et la surveillance continue, la CNAM va procéder à des contrôles. La surfacturation de malades sans actes marqueurs risque d'exposer l'AP-HP à la menace d'une amende et d'un remboursement. Il faut éviter les écueils rencontrés à l'issue des contrôles en hôpital de jour. Concernant la neurologie, l'absence de masses critiques en termes d'effectifs médicaux chirurgicaux posera davantage problème aux structures que les

décisions de la CME et de la DPM. Il appartient aux sites de mener des réflexions avec les doyens pour garantir la pérennité de ces services.

Le Directeur Général confirme que les contrôles de la CNAM risquent d'entraîner des redressements et des pénalités, que l'AP-HP doit désormais provisionner alors que ces sommes seraient plus utiles ailleurs.

Le Président ouvre la discussion.

M. REMY sollicite un commentaire sur la thématique de la greffe, supposée faire partie des priorités mais peu évoquée par M. FAGON dans sa présentation.

M. FAGON répond que la seule initiative dans ce domaine concerne la greffe hépatique *intra muros*. Pour l'instant, peu d'orientations sont données. Les sujets d'actualité pour l'AP-HP sont la greffe cardiaque, puisqu'il y a quatre centres lourds mais qu'elle n'est exercée que sur trois sites, la greffe pulmonaire, la greffe de moelle, deux sites méritant d'être consolidés (Saint-Antoine – Hôtel Dieu et Necker), la greffe de reins adultes. Aucune opération n'est prévue en dehors de celles déjà identifiées. Pour la greffe hépatique *intra muros*, il était envisagé de regrouper l'activité de MCO à Bicêtre mais des départs ont freiné ce projet. En outre, les orientations de l'agence de biomédecine et de l'ARS sont attendues avant de se lancer dans des opérations lourdes. La transplantation hépatique est la seule opération lourde opérée depuis un an. Le bilan est une augmentation générale des greffes.

Le Président confirme l'augmentation générale des greffes, qui montre qu'une restructuration ne diminue pas systématiquement l'offre de soins. Il constate par ailleurs que certaines équipes n'atteignent pas la masse critique au niveau des effectifs et met en garde contre des restructurations qui résulteraient de l'épuisement des équipes, notamment en neuroradiologie et en neurochirurgie.

M. PETIT s'étonne de l'absence de l'offre de soins en périnatalité parmi les sujets transversaux.

M. FAGON répond que le sujet n'a pas été discuté en conseil exécutif. Cependant, l'ensemble des services de gynécologie-obstétrique ont été consultés la semaine précédente pour définir des orientations. M. FAGON rappelle que le projet médical du plan stratégique aboutit à une croissance de l'offre de périnatalité de 10 % d'ici 2014, correspondant à 3 000 naissances.

M. OURY souligne que le problème de la périnatalité s'inscrit dans un contexte de fermeture des structures privées. En outre, des grandes maternités vont être ouvertes, qu'il faudrait penser à adapter à l'accueil et à la sécurité des mères.

M. GARABEDIAN ajoute que la néonatalogie est confrontée à un problème de sous-effectif. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui conduit à regrouper les maternités.

Le Président souligne que ce ne sont pas les postes qui manquent, mais les candidats. Revenant aux propos de M. OURY, il demande si la présence d'une unité d'hospitalisation adulte pour les mères est indispensable en néonatalogie.

M. OURY estime qu'une réflexion est nécessaire sur ce point. Il ajoute que les pédiatres des maternités sont également en sous-effectif. Leur placement sous la responsabilité du chef d'obstétrique mais dans les équipes de pédiatrie pour les postes pose un problème de fonctionnement.

Le Directeur Général confirme le risque posé par la fermeture des maternités privées, qui doit être anticipé dans le cadre du travail avec l'ARS, même si la capacité de l'AP-HP lui permet de réaliser 3 000 accouchements supplémentaires.

M. FAGON précise que la part d'activité de l'AP-HP en Île-de-France s'établit à 20 % de 1993 à 2009, tandis que celle des cliniques passe de 43 % à 30 %, une diminution compensée essentiellement par les hôpitaux publics hors PSPH. Cette analyse est quantitative et non qualitative, elle ne tient pas compte de la pathologie des malades. M. FAGON précise également que l'AP-HP a accompagné 36 779 naissances en 2009. Pour 2014, fin du plan stratégique, l'objectif d'évolution bas est fixé à 38 800 (+5,5 %) et l'objectif haut à 41 900 (+14 %).

M. FOURNIER observe que des domaines majeurs, tels que la cancérologie, n'ont pas fait l'objet d'une étude d'impact en termes de personnel, de structures, de recettes et de dépenses. Or certains de ces projets vont devoir être engagés à brève échéance, ce qui implique que la direction des finances analyse leur impact en termes d'efficience et de coût, afin que la CME puisse se prononcer de manière lisible.

Le Directeur Général répond que le projet médical intègre déjà une partie des regroupements. Par ailleurs, toutes les opérations en cancérologie ne sont pas encore chiffrées. Il convient tout d'abord de valider l'orientation médicale de ces opérations, avant d'en préciser le chiffrage. Le Directeur Général rappelle que la vocation du projet médical du plan stratégique n'est pas d'apporter ces précisions, mais de définir des orientations médicales à partir desquelles la DRH ou la direction des investissements préciseront les calculs. Ensuite pourront être proposées des fiches projets.

M. FAYE rappelle que la CME devant tenir compte des contraintes budgétaires, le projet médical doit être accompagné d'un calibrage précis des moyens alloués aux équipes en regroupement. Certains investissements sont majeurs (bâtiments, équipements), d'autres relèvent d'un accompagnement de terrain qui a également un coût. Il importe de hiérarchiser les investissements en fonction du retour attendu. Il souligne à titre d'exemple la pertinence de l'ouverture de 14 blocs opératoires à Avicenne.

Le Président estime qu'il faut avant tout mener des restructurations permettant de dégager des marges de manœuvre afin d'éviter toute démarche déflationniste. La démarche de projets doit être menée de manière volontariste pour garantir le redéploiement des emplois et le maintien de l'investissement.

La représentante de la CNAM informe la CME que l'ARS envisage de développer les centres lourds de rythmologie de 15 à 20, mais n'envisage pas de développement pour les sites de cardiologie interventionnelle pour les angioplasties. Une réduction du nombre de sites serait même envisagée. Le projet de cardiologie interventionnelle à échéance immédiate du GH Bicêtre – Antoine Béclère – Paul Brousse doit donc être relativisé à l'aune de cette information. Si la cardiologie interventionnelle existe déjà, comme le souligne M. CORIAT, elle n'est pas pour autant autorisée.

M. MUSSET fait part de son opposition à cette vision, dans la mesure où l'hôpital Antoine Béclère est le seul hôpital du GH à disposer d'un service de cardiologie interventionnelle. Sa fermeture entraînerait celle de la radiologie interventionnelle et en particulier la fin des activités d'embolisations des artères bronchiques et utérines (avec les conséquences inéluctables sur la prise en charge des patients du service de pneumologie et des patientes du l'UF d'obstétrique au sein du pôle Femme Couple Embryon Enfant). L'équipe de radiologie ne fera qu'anticiper une décision

inéluçtable, sans attendre des années que des responsables tels que M. ECHARDOUR refusent d'aider à trouver une quelconque solution intermédiaire tout en influençant la rédaction des textes réglementaires vers la fermeture. D'autre part, dans la mesure où l'activité d'angioplastie coronaire aura atteint les seuils minimums nécessaires au développement de l'activité de cardiologie interventionnelle, M MUSSET rappelle que le moyennage de l'activité à 350 gestes sur 3 ans est l'objet d'une simple circulaire et non d'un décret.

En conclusion, **le Président** souligne que le projet médical doit être conçu de la manière la plus pertinente, sachant que l'avis de l'ARS peut être opposable. Il importe donc de prendre en compte l'information de la CNAM.

2. Modalités de validation par la CME

Le Président ouvre la discussion sur les modalités de validation du projet médical par la CME.

A propos des opérations supra-GH, **M. GARABEDIAN** attire l'attention sur l'intégration de la dimension des hôpitaux concernés par une activité. Il souligne par ailleurs que réaliser des restructurations par site à l'intérieur d'un GH est plus simple qu'en supra-GH. Dans ce contexte, l'adhésion des communautés est indispensable. Il importe donc d'insister sur les aspects positifs du projet médical du plan stratégique.

S'agissant de la mise en œuvre des décisions, **le Vice-président** souligne que la définition d'un chef de projet ou d'un duo médico-administratif reconnu par les intervenants est un facteur de succès. L'ouverture du bâtiment Jean Dausset en témoigne. A l'inverse, des contre exemples marqués par l'absence de désignation de chef de projets pourraient être cités. Enfin, s'il importe de mener un large débat, l'unanimité des communautés, illusoire, ne peut être attendue pour engager les actions.

M. HARDY souligne que la première étape consiste à obtenir le consensus le plus large possible. Par ailleurs, il suggère de réaliser en juin une projection financière du plan stratégique tenant compte de différentes hypothèses, afin de lui donner davantage de lisibilité. Enfin, il importe de définir les principes méthodologiques de hiérarchisation des projets.

M. FAGON souligne que le plan stratégique n'aura de sens que lorsque le projet médical sera accompagné d'une trajectoire financière couvrant l'ensemble du plan stratégique et des capacités d'investissement de l'AP-HP. A ce propos, sur plus de 580 millions d'euros d'engagements en 2010, des choix difficiles devront être posés entre les travaux, l'équipement et le système d'information, ainsi que sur l'amplitude de ces investissements. Ces débats seront difficiles, y compris au sein des GH.

Le Président note que l'élaboration du projet médical constitue un préalable à la définition des investissements nécessaires. C'est en montrant les réalisations souhaitées et leur inscription dans une démarche logique que les demandes de l'AP-HP peuvent être entendues des tutelles.

M. CAPRON s'interroge sur la capacité de la CME à traiter l'ensemble des projets cités par M. FAGON en deux mois. Il est impossible à l'instance de se prononcer sur tous ces sujets dans un délai aussi bref. M. CAPRON suggère donc de se limiter aux cas les plus épineux. Un avis majoritaire de la CME serait pris en compte par le terrain.

Le Président estime que la CME a la capacité de ne pas se limiter aux projets les plus délicats. Il importe de prendre position sur les sujets importants, afin de ne pas laisser la porte ouverte à l'ARS.

M. LACAU-SAINT-GUILY soulève plusieurs points d'attention, en commençant par les projets supra-GH, dans lesquels l'institution joue un rôle essentiel d'incitation et d'arbitrage. Le problème de fonds réside dans l'inscription du plan stratégique dans une stratégie régionale complexe, dont la vision est prégnante et sur laquelle il est difficile d'agir. Par ailleurs, M. LACAU-SAINT-GUILY demande si les activités non énoncées dans le plan stratégique, telles que l'ophtalmologie ou la stomatologie, seront laissées de côté. Il espère que le projet médical aura une réelle vertu restructurante.

Le Président souligne que le plan stratégique vise à déterminer des orientations dans les domaines où elles sont nécessaires. C'est un projet médical, à considérer comme tel. Par ailleurs, l'AP-HP n'est pas le seul décisionnaire. Si, par exemple, les doyens n'accompagnent pas les projets de la neuroradiologie, il est difficile de renforcer l'effectif. Les activités qui ne sont pas citées en tant que telles dans le plan stratégique continueront à exister.

M. FOURNIER estime que la CME est à même de définir sa position sur les thèmes concernés dans le temps qui lui est imparti, au moins sur les sujets les plus complexes. Les points de méthode soulevés jusqu'à présent lui semblent relever d'une méconnaissance du travail du Conseil exécutif, qui ne se résume pas à un regroupement de personnes prenant des décisions parallèles. Au contraire, le Conseil exécutif traite une suite de problèmes complexes arrivant à haute cadence, dans des délais d'instruction restreints, à la fois contraint par le calendrier et la somme des documents. Il mène un travail d'instruction des dossiers et de synthèses partielles, en tentant de simplifier les problèmes les plus complexes. C'est particulièrement vrai pour le niveau supra-GH. Ce fonctionnement étant posé, M. FOURNIER estime positive la prise de connaissance par la CME des résultats des réflexions intermédiaires du Conseil exécutif. L'instance n'apportera pas pour autant un avis définitif : il s'agira davantage d'une contribution à un processus complexe. Un point final fin mai n'est pas envisageable, pour plusieurs raisons, la première étant l'absence de connaissances précises du contexte budgétaire et la seconde étant l'inconnue de l'évolution des capacités financières de l'institution, liées à son activité. La troisième raison est que certains problèmes dépendent de l'ARS, dont les décisions sont nécessaires pour poursuivre le plan. Enfin, certains projets nécessitent des années de mise en œuvre. Dans ces conditions, la CME ne peut que contribuer en temps limité à préciser des orientations générales, à vérifier l'absence d'oublis majeurs et à élaborer une synthèse à l'intention de la tutelle.

Le Président ajoute à cette analyse l'inconnue de la démographie médicale. Il convient de fixer une orientation, en tenant compte de l'ensemble des incertitudes.

M. SEBBANE souligne qu'on ne peut tout vouloir et son contraire. Dans le domaine gériatrique, les options n'ont pas été discutées, au point que des réalisations ont effectivement eu lieu au détriment de la prise en compte d'une réflexion institutionnelle à la mesure de la problématique. Par ailleurs, la CME ne peut faire abstraction d'une approche par GH et par site hospitalier. Le plan stratégique doit articuler les dimensions supra-GH, GH et site.

M. GARABEDIAN souligne que le temps joue contre la CME et que l'allongement des délais de restructuration tue les équipes. Des décisions rapides sont requises, au regard de la déstabilisation considérable des équipes médicales et paramédicales que produisent des plans à cinq ou six ans.

M. FAYE revient sur la valeur contractuelle du plan stratégique. S'il est opposable comme l'affirme **M. CORIAT**, il possède une valeur contractuelle vis-à-vis de la tutelle. Il est donc possible que celle-ci définisse le plan d'investissement en regard des efforts fournis. Sans cet aspect contractuel, l'AP-HP risque de ne pas pouvoir préserver les emplois ni les investissements. **M. FAYE** estime donc qu'il faut exiger un engagement des tutelles à la hauteur des ambitions du plan stratégique. Il pense par ailleurs que l'angle d'approche thématique du plan (cancer etc.) est déstabilisant pour les spécialités universitaires. Ce prisme implique d'identifier, au sein des spécialités, des sous-sections ou des unités fonctionnelles, ce qui n'est pas sans conséquence sur les structures. Jusqu'à présent prévalait l'idée de l'absence de segmentation des spécialités chirurgicales. Si c'est l'une des conséquences du plan stratégique, ce sujet devra être débattu.

Le Vice-président souligne que l'enjeu du plan cancer de l'AP-HP est d'améliorer la coordination des intervenants et de conserver l'avantage qu'apportent les CHU en termes d'adossement de l'activité cancer, avec un parcours patient mieux identifié, aux disciplines universitaires. Il faut préserver à la fois les atouts des CLCC et ceux de l'organisation de l'AP-HP.

En conclusion, **le Président** remercie les membres de la CME pour leur participation et proposera une synthèse des discussions au prochain bureau.

VI. Approbation des comptes-rendus du 9 février et du 9 mars 2010

Sous réserve des modifications souhaitées en séance par M. DASSIER et M. FRONTINO, les comptes-rendus du 9 février et du 9 mars 2010 sont approuvés à l'unanimité.

En l'absence de question diverses, la séance est levée à 12 heures 50.

*

* *

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

Mardi 11 mai 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 avril 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.