

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 7 JUILLET 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 OCTOBRE 2009**

# **Ordre du jour**

**de la CME du mardi 7 juillet 2009  
(Salle du conseil d'administration)**

==-----==

## **SEANCE PLENIERE**

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- Rapport d'activité 2008 et plan d'action 2009 du COMEDIMS AP-HP (*Pr Bergmann*)
- 3- Information sur la réforme des études infirmières (*Mme Ricomes – Pr Fagon*)
- 4- Point sur les résultats de la certification des hôpitaux de l'AP-HP (*Pr Fagon - Mme Perier*)
- 5- Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2007 (*Pr Parc*)
- 6- Avis sur l'avis négatif de la CCAL au renouvellement du contrat d'un PU-PH consultant (*Pr Parc*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 8- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur la validation de la fin de période probatoire de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur des demandes de création de postes d'assistant des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2009
- Avis sur des demandes de renouvellement et premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers
- Avis sur une demande de mise en position de recherche d'affectation d'un praticien hospitalier
- Avis sur des désignations de chefs de service, à titre provisoire
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service et responsable de structures internes aux pôles

**Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2009
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2009

**Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2009
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2009
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH

## SOMMAIRE

I.	Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II.	Rapport d'activité 2008 et plan d'action 2009 de la COMEDIMS de l'AP-HP	8
III.	Information sur la réforme des études infirmières	10
IV.	Point sur les résultats de la certification des hôpitaux de l'AP-HP	13
V.	Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2007	15
VI.	Avis sur l'avis négatif de la commission centrale de l'activité libérale au renouvellement du contrat d'un PU-PH consultant	17
VII.	Avis sur des contrats d'activité libérale	17
VIII.	Questions diverses	18

## **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 Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - Mme DESOUCHES, Médecin de l'IRS,
  - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
  
- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - Mme le Pr. Martine AIACH,
  - Mr le Pr. GARCIA.
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
  - M. SUTTER, adjoint au directeur de cabinet,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - Mme RICOMES, Directrice du Personnel et des Relations Sociales,
  - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  - Mr. HUBIN, direction de la Politique Médicale.
  
- ***Membres excusés :***
  - Mr le Pr. FOURNIER, Mme le Dr Vidal-Trecan, Mme le Dr GIRAUDEAUX, Lariboisière

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

En préambule, M. CORIAT présente les excuses du Directeur Général, retenu au conseil d'administration de l'Institut Gustave Roussy, ainsi que de Michel Fournier, Gwenaëlle Vidal-Trecan et Véronique Giraudeau.

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

### **1. Rencontre avec les présidents de CCM sur les restructurations et l'EPRD 2009**

M. CORIAT indique que la précédente réunion du conseil exécutif depuis la dernière CME a lieu le 7 juillet. Entre temps, M. CORIAT, M. LECLERCQ et M. AIGRAIN ont reçu les présidents de CCM pour une discussion qui devrait orienter les travaux du conseil exécutif en septembre. Les présidents de CCM reconnaissent le travail effectué par la CME sur les postes médicaux, la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, l'obtention de la sortie des consultants du tableau des emplois, nommés désormais sur la valeur des individus et non dans le cadre d'un quota. Cependant, ils formulent des remarques critiques sur le saupoudrage du retrait des emplois médicaux et paramédicaux (EPM) en termes de temps médical financé. A leur demande, la CME a souhaité que le comité de suivi de l'EPRD 2009 leur présente ses travaux début septembre, avec un *focus* sur les investissements, afin que le retrait d'EPM ne soit pas supérieur aux promesses et que le temps médical reste le même.

Une divergence méthodologique est apparue en matière de restructurations. Si les groupes hospitaliers font consensus et donnent lieu au développement de projets médicaux intéressants, il n'en va pas de même pour la révision des gardes et astreintes à l'AP-HP. La CME considère que la sauvegarde des postes de PU-PH en 2010 impose de fermer des gardes et de diminuer des astreintes, dont certaines sont reconnues comme inutiles à l'offre de soins. Cela permettrait de sauver du temps à la fois médical et paramédical et d'atténuer ainsi les contraintes. Maintenir une activité médicochirurgicale à l'AP-HP nécessite la présence de médecins et le recrutement de jeunes collègues. En 2009, 225 postes de PH ont été créés, tous honorés. Le même objectif doit être visé en 2010. L'écart budgétaire s'élève pour l'instant à 3 millions d'euros, correspondant à du temps médical récupéré sur les gardes et astreintes, pour lequel il est nécessaire d'élaborer un échéancier. Les présidents de CCM s'opposent sur la méthodologie, considérant que la démarche doit être impulsée par la CME et le conseil exécutif.

M. CORIAT propose que le conseil exécutif puis la CME fixent des objectifs de fermeture de gardes à l'hôpital. Le conseil exécutif examinera cet après-midi la fermeture de sept ou huit gardes, qui seront présentées à la CME en septembre. La démarche de la CME d'ici la fin de l'année devra consister à maintenir l'activité, en évitant le saupoudrage et en finalisant la révision des effectifs.

M. GARABEDIAN souligne la gêne des présidents de CCM face à la manière dont la révision des effectifs de PH a été initiée. Celle-ci aurait dû être menée en décalage avec la révision des effectifs et dans le cadre d'une stratégie finalisée. De même, la révision des effectifs paramédicaux ne peut se contenter d'un saupoudrage et mérite une véritable stratégie. Dès octobre / novembre, une ligne directrice claire doit être communiquée. Il explique que la poursuite des restructurations ne produit pas d'impact direct visible pour l'instant.

M. CORIAT répond qu'il reste malgré tout nécessaire d'anticiper les nominations et formations de PU-PH. Le plan stratégique devrait être finalisé en octobre / novembre. Il rappelle par ailleurs que

les retraits d'EPM, condamnés par la CME, ont été imposés par la tutelle de manière non concertée. Le saupoudrage des retraits d'emplois pose un problème réel, qui impose d'anticiper les restructurations.

Pour le Président l'impact doit provenir de la révision des effectifs initiée par les hôpitaux. Par ailleurs, les restructurations devraient permettre au Directeur Général de négocier un plan d'investissement ambitieux pour l'AP-HP, l'un de ses principaux problèmes étant l'ancienneté du bâti.

M. CAPRON s'étonne une fois de plus du contraste entre le discours de la CME et la réalité des hôpitaux. Au sein de l'instance, il est question de réflexion, de restructuration permettant des économies d'emplois et de démarches progressives. Or, cette position se traduit, dans les comités exécutifs locaux, par une « chasse aux demi-journées ».

M. CORIAT rappelle que l'écart budgétaire atteint 3 millions d'euros pour le temps médical. Cet écart peut être réglé de deux manières, dont l'une est la restructuration des gardes. Ne pas la mettre en œuvre conduit à retirer du temps médical et risque de prolonger le saupoudrage. Il convient donc de travailler sur ce sujet, que le conseil exécutif étudiera dès le 7 juillet.

Selon M. AIGRAIN, le contexte impose de reprendre la préparation du plan stratégique 2010-2014, comme prévu. Les groupes de travail ont rendu un rapport d'étape, qui développe des perspectives devant permettre des arbitrages favorables à une situation raisonnée. Cette démarche est la seule qui puisse être entreprise à court terme, sans compromettre l'activité de l'AP-HP, pour amoindrir l'effet de la politique d'efficience imposée.

M. CORIAT espère qu'il sera possible de miser ensemble sur un scénario réfléchi, appuyé sur la fermeture des gardes, lors de la présentation des travaux du comité de suivi de l'EPRD 2009 à la CME de septembre. A cette réunion, le Directeur Général devrait en effet prendre parti et abonder les demandes aux hôpitaux de rendu de temps médical, si, néanmoins, du temps médical et paramédical est dégagé à partir de la restructuration des gardes et astreintes.

M. VALLEUR souligne la force d'inertie de l'AP-HP. Pour les gardes, il lui semble effectivement impossible d'attendre du terrain qu'il sacrifie lui-même ses gardes. La décision doit être impulsée par la hiérarchie de l'AP-HP, comme pour l'ensemble des restructurations.

M. CORIAT annonce que des restructurations de gardes seront présentées en septembre, avec un rendu du temps médical et paramédical diminué.

## **2. Organisation d'un colloque**

M. CORIAT indique qu'un colloque sur la problématique du financement du CHU est organisé le 21 octobre 2009, avec des intervenants de haut niveau, avant le projet de loi PLFSS, par la conférence des présidents de CME de CHU, la conférence des doyens, la conférence des présidents d'université et la chaire Santé de l'Ecole des Sciences Politiques. Son programme est d'ores et déjà arrêté. La session d'ouverture sera animée par Bertrand Fragonard et André Grimaldi, sous l'intitulé « *Les CHU sont-ils solubles dans la T2A ?* ». Elle vise à démontrer que la T2A ne peut entraîner une allocation de ressources équitable aux CHU. Jacques Marescaux interviendra sur le thème de la réforme des CHU, accompagné de Frédéric Pierru, sociologue et auteur de nombreux articles, parus dans *le Monde*, sur la crise des CHU, de Gérard de Pourville, professeur titulaire

à la chaire Santé de l'Ecole des Sciences Politiques, et de Pierre-Louis Bras, ancien directeur de la Sécurité Sociale.

La suite de la matinée sera consacrée à la question suivante : « *Les hôpitaux universitaires étrangers font-ils mieux ?* », à partir de l'exemple de l'hôpital universitaire d'Utrecht et de l'hôpital John Hopkins, en présence d'un responsable de la T2A.

L'après-midi sera consacré à la question suivante : « *Comment relever les autres défis du CHU ?* », en présence d'Axel Kahn, pour valoriser la recherche, du nouveau président de la Conférence des doyens, pour donner les moyens d'un enseignement rénové, d'un PH vice-président de CME ou membre de CME, pour souligner la force qu'apportent les PH aux CME, ainsi qu'un président de région, pour développer le sujet de la place des conseils régionaux dans l'investissement.

Le colloque se terminera avec une table ronde en présence du rapporteur de la loi PLFSS, Jean-Marie le Guen, et de Bruno Gilles, sénateur des Bouches du Rhône. Une large participation est souhaitée, ainsi que la présence de journalistes. Un résumé de cette journée doit pouvoir venir étayer une communication avant le projet de loi PLFSS. L'annonce du colloque sera diffusée à partir du 14 juillet. Cette démarche devrait permettre de démontrer que la T2A ne peut être le pivot du financement et de l'allocation des ressources des CHU.

## **II. Rapport d'activité 2008 et plan d'action 2009 de la COMEDIMS AP-HP**

M. BERGMANN indique que la COMEDIMS réalise environ 35 réunions annuelles, évalue une cinquantaine de dossiers de nouveaux médicaments et une vingtaine de DM innovants. Concernant la juste prescription et le bon usage hors GHS, 321 référentiels ont été mis à jour en collaboration avec le CEDIT. La consommation de médicaments a progressé de 12,7 % en 2008 par rapport à 2007, en raison du recours aux médicaments hors GHS, innovants et coûteux, dont le prix reste stable, mais dont la quantité et le nombre d'indications augmentent. La cancérologie reste le poste largement prépondérant. L'augmentation de la part des génériques sur l'ensemble des médicaments mis en concurrence à l'AP-HP passe, en volume, de 40 % à 54 % en trois ans, et en valeur, de 11 % à 39 %, mais les médicaments pour lesquels il existe des génériques ne représentent que 6 % des coûts totaux des médicaments de l'AP-HP. Les dépenses des DM augmentent de 14 % en 2008 par rapport à 2007. La part des dispositifs hors GHS reste stable. L'augmentation est liée aux prix ainsi qu'à l'arrivée de produits innovants plus coûteux, dont l'évaluation reste succincte.

Les actions prioritaires de la COMEDIMS sont :

- l'évaluation des DM et des médicaments ;
- une communication ascendante et descendante jusqu'au prescripteur ;
- la juste prescription, en poursuivant la mise à jour des référentiels des produits hors GHS.

Il est proposé de porter les efforts sur :

- le suivi et l'adaptation des référentiels hors GHS ;
- la réalisation d'économies au quotidien, en vérifiant chaque jour les prescriptions ;
- pour les prescriptions du groupe IV des médicaments hors GHS, il faut les restreindre en contrôlant les ordonnances, en regroupant les données scientifiques, en incitant les prescripteurs à réaliser des essais cliniques, en négociant des produits compassionnels gratuits, voire en



interdisant certaines prescriptions des produits hors GHS en dehors des recommandations validées ;

- une plus grande sévérité dans les recommandations COMEDIMS-AFSSAPS-HAS-INCa ;
- une discipline rigoureuse lors de l'admission des nouveaux produits et la négociation des prix.

Cependant, ces pistes ne sont pas simples à mettre en œuvre et méritent réflexion. La COMEDIMS continue à se heurter à plusieurs difficultés : implication insuffisante des prescripteurs, manque d'efficacité de l'informatisation, protocolisation et communication à renforcer.

M. CORIAT souligne que les prescriptions hors GHS sont imputées sur le budget de l'AP-HP, l'année suivante. Ces prescriptions représentent 20 % de l'augmentation de l'ONDAM, un point qui mérite également une communication.

Mme DEGOS demande des précisions sur les génériqueurs et les IPP.

M. BERGMANN répond que les génériqueurs font peu de propositions à l'AP-HP en raison du risque qu'un autre générique soit proposé sur l'ordonnance de sortie. Leur prix et donc les coûts s'avèrent extrêmement bas pour l'AP-HP. En revanche, la sécurité sociale risque de trouver un princeps non généricable sur l'ordonnance de sortie. Par ailleurs, le pharmacien d'officine a moins le réflexe de substituer un générique sur une ordonnance d'hôpital que sur une ordonnance de médecine de ville.

M. CORIAT demande s'il existe des pistes d'actions ciblées sur une classe de médicaments.

M. BERGMANN cite la cancérologie, la nutrition parentérale, le traitement de la douleur, certains actes thérapeutiques préventifs conjuratoires notamment en anesthésie réanimation, l'administration de fibrinogène, ...) ou encore le renforcement des exigences pour l'utilisation de certains produits et de coagulation.

M. RUSZNIEWSKI demande si d'autres institutions présentent des exemples d'actions contre l'augmentation des produits innovants et coûteux.

M. BERGMANN répond que le problème provient essentiellement des utilisations ponctuelles, la majorité des prescripteurs en groupe IV faisant preuve de responsabilité.

M. LACAU-SAINT-GUILY souligne que la grande difficulté des essais est d'obtenir un haut niveau de preuves. En cancérologie, il s'avère complexe de monter un PHRC et d'obtenir l'aide des laboratoires. Il reste possible, en France, d'utiliser des médicaments de deuxième et troisième ligne avec des niveaux de preuve relativement faibles. Il n'en demeure pas moins difficile d'obtenir le nombre de patients suffisants pour renforcer la consistance des choix thérapeutiques. Par ailleurs, l'utilisation de certains médicaments risque de tripler, des résultats concluants ayant été récemment publiés.

M. FAGON n'approuve pas la remarque selon laquelle l'absence de PHRC et d'essai en laboratoire conduit à mener des essais comme s'il avait été obtenu. L'AP-HP reste l'une des rares institutions européennes possédant un périmètre et un nombre de malades suffisamment large pour monter un PHRC. La présentation de dossiers communs permettrait d'en obtenir davantage.

M. LACAU-SAINT-GUILY répond qu'une politique institutionnelle ne peut être fondée uniquement sur les résultats des PHRC.

Selon M. BERGMANN, il serait possible d'obtenir davantage de dispensation gratuite pour les essais thérapeutiques.

M. SINGLAS note un pourcentage élevé d'indications de médicaments hors GHS classés en groupe IV (13 %). Il conviendrait d'y réfléchir et d'analyser cette « philosophie thérapeutique inflationniste ».

M. BERGMANN répond que les médicaments coûteux occupent une position évolutive dans l'arsenal thérapeutique. La COMEDIMS travaille en permanence sur le groupe IV.

M. CORIAT rappelle que ce discours doit être mis en perspective dans le cadre de la restructuration, qui comprend également la révision de la prise en charge globale des malades.

Mme DEGOS demande des précisions sur le coût des DM.

M. BERGMANN répond que la COMEDIMS travaille régulièrement sur les DM, en admission AP-HP et hors GHS. Le problème provient du faible niveau de preuve requis et de l'absence d'essais contrôlés en chirurgie. Il existe des marges de progrès en termes d'évaluation, mais la collaboration avec certaines collégiales chirurgicales s'avère difficile sur ce point.

### **III. Information sur la réforme des études infirmières**

Mme RICOMES précise que la réforme fait l'objet de textes à paraître, mais sa mise en œuvre commence dès le mois de septembre. L'AP-HP compte 17 instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), regroupant 6 100 étudiants dont 990 en promotion professionnelle. L'activité est placée sous la compétence du conseil régional qui assure le financement de la formation des étudiants hors promotion professionnelle à hauteur de 46,5 millions d'euros.

Actuellement, la durée totale du cursus est de 37 mois et demi pour 4 760 heures d'enseignement. Le futur référentiel réduit la durée des études à 34 mois, répartis en 6 semestres universitaires de 20 semaines chacun, pour un total de 4 200 heures, auxquelles s'ajoutent 900 heures de travail personnel non accompagné.

La formation théorique, actuellement de 2 240 heures répartie sur 64 semaines, organisée en modules de soins infirmiers et en modules transversaux, passera à 2 100 heures, réparties sur 60 semaines, en 6 unités d'enseignement (UE) centrées sur les dix compétences requises. Elle comprendra 36 % de cours magistraux, 50 % de travaux dirigés et 14 % de travail personnel accompagné.

La formation clinique, actuellement répartie sur 68 semaines, avec des stages obligatoires en fonction des disciplines, sera désormais répartie sur 60 semaines, avec des stages plus longs qui couvriront un champ plus large, incluant MCO, psychiatrie santé mentale, SLD-SSR et soins à domicile.

Le cursus de la formation, jusqu'à présent validé annuellement, avec des épreuves de diplôme d'état, sera dorénavant validé par semestre, sur la base de 30 ECTS par semestre, soit 180 ECTS au total, dont 120 liés à l'enseignement en IFSI.

Les principes pédagogiques passent de la transmission des savoirs et d'un apprentissage par objectif à une pédagogie centrée sur l'approche par compétence, en alternance intégrative avec trois paliers d'apprentissage. L'enseignement de l'anglais devient obligatoire, le volume des travaux dirigés augmente, ainsi que la part des enseignements universitaires. Les enseignements sont désormais répartis en six champs dont trois coordonnés par l'université.

L'ensemble des textes n'est pas paru, mais la réforme doit entrer en application le 7 septembre 2009. Sa mise en œuvre sera progressive. L'objectif est de pouvoir signer des conventions avec l'université et la région dans la première année de rentrée licence, master, doctorat (LMD), avant juin 2010. Le nouveau cursus infirmier permettra aux étudiants de la rentrée 2009 d'obtenir un grade licence.

L'AP-HP doit étudier le type de relation qu'elle souhaite engager avec les sept universités parisiennes concernées, pour la mise en œuvre de la réforme. Il est nécessaire de coordonner, avec les doyens, les modules placés sous leur présidence. Les textes sont clairs sur l'évolution du contenu de la formation, mais n'explicitent pas les modalités de conventionnement avec les universités.

La réforme impacte également l'accueil des étudiants en stage, dans la mesure où le système de maîtres de stages et de tuteurs est formalisé, à charge aux UC d'assurer le transfert de compétences aux étudiants. Une formation des maîtres de stage et tuteurs est déjà programmée. Des modifications d'organisation sur le terrain seront vraisemblablement nécessaires.

Mme DEGOS demande si le nombre des IFSI ne risque pas de diminuer.

Mme RICOMES répond qu'une réflexion sur le nombre d'IFSI devra vraisemblablement être engagée, en lien avec les universités. Elle rappelle qu'actuellement, la vétusté des bâtiments ne permet pas de remplir les quotas fixés par la région (2 500 au lieu de 2 800 étudiants). Les IFSI devraient être regroupés, sans que le nombre d'étudiants ne soit réduit. Par ailleurs, les textes prévoient que l'enseignement universitaire soit délivré par des enseignants chercheurs, ce qui remet en partie en cause le mode de fonctionnement des IFSI, quant au recours aux professionnels chargés des cours.

M. CAPRON demande des informations sur le master et le doctorat.

Mme VASSEUR répond qu'il est prématuré d'en parler. Cependant, l'évolution des métiers laisse envisager des liens au niveau des masters. L'intégration des étudiants en soins infirmiers dans le cursus universitaire devrait faciliter leur accession aux masters et favoriser l'évolution des métiers.

Mme AIACH souligne que le grade licence suppose l'obtention du baccalauréat et une inscription à l'université, ce qui pourrait poser problème pour la formation des aides soignantes.

Mme RICOMES répond que ce point important reste à préciser.

M. DASSIER demande ce que deviendront les IBODE et les IADE. Il craint que cette réforme n'entraîne un passage du métier au diplôme. Par ailleurs, il n'est pas certain que l'obtention du grade licence s'accompagne d'une amélioration des salaires et conditions de vie des infirmiers.

Mme RICOMES répond que la revalorisation salariale des infirmiers devrait faire l'objet, prochainement, de négociations. Les infirmiers pourraient être reclassés progressivement en catégorie A.

Mme VASSEUR répond que la coordination entre l'université et les IFSI vise à préserver les aspects concrets du métier. La réforme est nécessaire pour remettre à niveau la France par rapport à ses voisins européens, en matière de formation et de positionnement des infirmiers. Par ailleurs, les IBODE et les IADE vont évoluer vers une équivalence master.

M. DASSIER souligne que les infirmières européennes sont sidérées par le niveau de rémunération en France. Il espère qu'un budget est prévu pour la revalorisation salariale des infirmiers.

**M. FAYE** demande si ce cursus est commun avec d'autres diplômes paramédicaux et si des passerelles sont envisagées entre les filières. Par ailleurs, le coût de l'implication de l'université a-t-il été évalué ?

Mme RICOMES répond que le cursus n'est pas commun avec d'autres diplômes. Concernant l'impact financier de la réforme, celle-ci n'en est qu'à ses prémices. Des contacts sont en cours avec le conseil régional pour maintenir son enveloppe financière. La DHOS a par ailleurs lancé une étude d'impact sur deux régions tests, mais le résultat n'en est pas encore connu.

Mme VASSEUR ajoute qu'il est difficile de répondre aux deux premières questions, à ce stade. La demande de passerelles existe, que la réforme devrait faciliter. Les infirmières souhaitent des diplômes universitaires, qui représentent la voie de la reconnaissance en France. Elle estime que la réforme devrait faciliter la création de passerelles entre les filières. Par ailleurs, elle ne pense pas que cette réforme entraîne une diminution de la qualité professionnelle des infirmiers. L'accession au doctorat ne concernera qu'une frange étroite de la population infirmière mais elle contribuera à tirer la profession vers le haut.

M. LACAU-SAINT-GUILY demande qui assurera l'enseignement dans les IFSI. Dans un contexte de contingentement des activités médicales, il serait souhaitable d'envisager une labellisation permettant aux PH de donner des cours en IFSI, en identifiant les moyens dédiés à l'enseignement.

Mme RICOMES répond que la rentrée de septembre ne devrait connaître que peu de changements, afin d'assurer une formation satisfaisante en 2009-2010. Ce point devra bien sûr être étudié, avec les doyens, en tenant compte des répercussions de la réforme dans les services de hôpitaux.

M. DASSIER demande si l'idée d'un tronc commun entre filières paramédicales a été abandonnée.

Mme VASSEUR répond qu'en raison du nombre d'étudiants concernés, pour des raisons d'organisation, la mise en commun s'est faite à minima, en particulier pour les sages femmes et les kinésithérapeutes. Néanmoins, cette réforme n'exclut pas d'autres évolutions. Concernant l'identification des moyens dédiés à l'enseignement, le problème se posera également pour les enseignements dispensés dans les UC.

M. DASSIER demande si l'examen d'entrée en école infirmière est maintenu.

Mme VASSEUR répond que l'examen d'entrée et le diplôme de fin d'année sont maintenus, mais ces données pourraient évoluer à l'issue de la période transitoire.

M. VALLEUR fait part de l'inquiétude des doyens quant à l'accueil des étudiants, sur le plan matériel et des enseignements. Des solutions devront être trouvées rapidement.

Mme RICOMES répond qu'il est prévu de traiter ce point avec eux.

En conclusion, M. CORIAT indique qu'un nouveau point sur la réforme des études infirmières sera présenté à la CME en septembre prochain.

#### **IV. Point sur les résultats de la certification V2 / V2007 des hôpitaux de l'AP-HP**

Mme PERIER rappelle que la certification concerne l'ensemble des établissements français. Le nouveau manuel de certification V2 est structuré en quatre chapitres. Une évolution s'est produite depuis sa conception, donnant lieu à l'élaboration du manuel V2007. Chaque critère de ces manuels est coté A, B, C ou D ; les cotations C et D pouvant donner lieu à des décisions équivalentes aux anciennes recommandations et réserves.

Au 1<sup>er</sup> juillet à l'AP-HP, 80 % des hôpitaux ont passé leur 2<sup>ème</sup> visite de certification, dont 27 avec le manuel V2. La dernière visite suite à un report, aura lieu en janvier 2010. 32 hôpitaux disposent déjà du rapport définitif de certification V2007. Les résultats globaux par niveau de certification sont les suivants :

- 11 certifications simples (sans décision ou décision de type 1) ;
- 20 certifications avec suivi (avec décision de type 2) ;
- 1 certification conditionnelle (avec décision de type 3).

Les thèmes justifiant le plus souvent les décisions sont :

- la qualité - gestion des risques – vigilances ;
- les fonctions hôtelières et l'évaluation des fonctions logistiques ;
- les droits du patient et la confidentialité des données ;
- le dossier du patient ;
- le circuit du médicament ;
- les secteurs interventionnels.

Le portage et la lisibilité des actions, programmes et politique qualité gestion des risques doivent être renforcées. Les fonctions hôtelières doivent apprendre à évaluer leur plan d'action et élaborer des programmes. Le thème des droits du patient et de la confidentialité des données constitue une donnée difficile à travailler, sur laquelle il nous faut réfléchir en vue de la certification 2010. Concernant le dossier du patient, il reste de nombreux arbitrages à prendre, ainsi que sur le circuit du médicament.

Les décisions sur les secteurs interventionnels restent élevées et représentent la moitié des sites concernés. En V201, des pratiques exigibles prioritaires ont été définies pour la HAS, sur lesquelles l'atteinte d'un niveau de résultat et non un niveau organisationnel sera demandée. C'est le cas du

circuit du médicament et des secteurs interventionnels, mais aussi de la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, des urgences, du dossier patient, de la dynamique des programmes d'EPP et de gestion des risques.

En V2, 32 références ont traité spécifiquement de la **qualité et de la sécurité des soins**, donnant lieu à 74 % des cotations C et D. Un potentiel de progrès existe donc en la matière. Les cotations C et D y sont importantes en dons d'organe, en raison d'un niveau d'information du public jugé insuffisant. Les relations avec les correspondants externes sont également pointées comme défaillantes, ainsi que le circuit du médicament ou la traçabilité du projet thérapeutique du patient. Une analyse thématique montre par exemple que l'organisation générale du circuit du médicament donne lieu à dix cotations C, immédiatement suivies de décisions telles que la centralisation des chimiothérapies, la sécurisation des circuits avec des pharmacies intermédiaires, des accessibilités non protégées etc, jusqu'aux problèmes des retranscriptions.

La prochaine certification V2010 s'effectuera par groupe hospitalier pour l'AP-HP. La simulation des résultats en groupe hospitalier se traduit par une moyenne des décisions passant de 6 à 16. Plusieurs hôpitaux actuellement confrontés à un problème de sécurité incendie, pourront entraîner la HAS à surseoir d'emblée à cette prochaine itération en cas de non conformité des locaux.

En conclusion, le bilan d'étape de la V2 à l'AP-HP révèle :

- un accroissement des exigences HAS entre la V1 et la V2 ;
- une bonne position générale de l'AP-HP par rapport aux résultats nationaux, mais ce positionnement sera nettement moins bon avec la constitution des nouveaux groupes hospitaliers ;
- des décisions émises en rapport avec les suivis des recommandations de la V1 et les exigences affichées de la V2 ;
- des thématiques plus fortement impactées telles que : évaluation des fonctions logistiques, qualité et gestion des risques, circuit du médicament, respect de la confidentialité ;
- une bonne gestion des EPP de la certification par les hôpitaux ;
- une bonne réactivité des sites sur les décisions de type 2 ;
- un soutien institutionnel central renforcé depuis 2007.

La certification représente une démarche lourde, qui mériterait d'être valorisée et anticipée et intégrée en tant que levier d'action managériale. La certification V2010, effectuée par groupe hospitalier, devra être anticipée.

M. CORIAT souligne que les communautés médicales se sont fortement impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion des risques. Comment s'explique alors le nombre de décisions élevé en la matière ?

Mme PERIER répond que le soutien apporté à la démarche qualité et gestion des risques a légèrement diminué entre la V1 et la V2 alors que les exigences se sont accrues. Le problème principal réside dans l'absence de lisibilité politique et d'une véritable structuration en la matière. Les équipes qualité présentent un niveau de compétences très hétérogène, le *turn over* y est fort et de nombreux postes restent vacants. Au niveau médical, de nettes améliorations sont visibles pour bon nombre de références concernant les prises en charge, et les évaluations des pratiques professionnelles. Par contre, le secteur interventionnel et le circuit du médicament requièrent une attention particulière.

M. VALLEUR s'enquiert du coût du processus et demande si une analyse critique en sera effectuée.

Mme PERIER répond qu'il est difficile de mener une étude d'impact financier, en raison du caractère évolutif de la certification. L'impact est néanmoins perceptible au niveau des usagers. Concernant l'amélioration de la qualité et de la prise en charge des patients, le niveau d'attente croît également. Les améliorations survenues en dix ans ne peuvent pour autant être démenties. Il serait utile de mener une analyse en termes de bénéfices-risques, au regard de la lourdeur de la démarche.

M. CORIAT signale que le colloque sur l'impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité, organisé par la HAS en avril 2010, sera largement relayé par l'AP-HP. Ce colloque résulte du constat de l'absence d'études démontrant l'impact de la démarche qualité. M. Coriat souhaite que le maximum d'équipes de l'AP-HP y présente une analyse des démarches qualité ayant entraîné des améliorations.

## **V. Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2007**

M. PARC rappelle que plusieurs conditions cumulatives régissent l'exercice d'une activité libérale :

- la durée de l'activité libérale du praticien ne doit pas excéder 20% de la durée de son service hebdomadaire, à raison de deux demi-journées par semaine ;
- le nombre et le volume de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs, respectivement, au nombre et au volume de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le nombre de PH (PU-PH, PH plein temps, MCU-PH) de l'AP-HP exerçant une activité libérale s'avère globalement stable depuis 2005 (336). La majorité d'entre eux y consacre deux demi-journées par semaine. Ceux ayant une demi-journée d'activité d'intérêt général en dehors de l'hôpital sont tenus de n'y consacrer qu'une demi-journée.

La majorité des contrats concerne des chirurgiens mais aussi des médecins (26%) et intéresse 6 % des PH de l'AP-HP toutes disciplines confondues, 161 PU-PH chirurgiens exercent une activité libérale, soit 75 % de l'ensemble avec des variations selon les disciplines (100 % en orthopédie, 88% en Chirurgie Cardiaque et en Urologie).

L'activité publique des PH de l'AP-HP n'est pas connue, seule l'est celle de ceux exerçant une activité libérale. A titre d'exemple à la Pitié-Salpêtrière un tiers des consultations des PH ayant une activité privée sont libérales et deux tiers, publiques. 10% de leurs actes est assuré en secteur privé contre 90% en secteur public. Selon les données de la CPAM de Paris, 165 praticiens exerçaient une activité libérale à Paris en 2007, 45 avaient signé plus de 350 feuilles de soin dont au moins 80 pour un acte technique (acte chirurgical ADC ou médico-technique ATM). Il y avait 50 % de chirurgiens dans ce groupe.

Les redevances pour actes chirurgicaux ou techniques devraient être multipliées par 2,5 ou 3 à l'avenir du fait qu'elles sont maintenant calculées non plus sur les tarifs de prise en charge par les

Assurances Sociales obligatoires mais sur l'ensemble des honoraires perçus. L'AP-HP touche par ailleurs le même GHS pour un malade hospitalisé en public ou en privé. Le relevé des honoraires est connu, avec un delta d'erreurs de plus en plus restreint.

La CCAL a cherché à travailler avec les commissions locales, qui peuvent rencontrer des difficultés dans le recueil des activités publiques, seule la déclaration du praticien faisant foi. La commission a travaillé sur l'harmonisation des cotations des actes privés / publics. L'une des difficultés réside dans le non prise en compte des actes gratuits, autant en privé qu'en public. En accord avec la CPAM de Paris, il convient de recommander de les éliminer autant en pratique libérale (en les cotant aux tarifs de base) qu'en secteur public.

La CCAL a été informée par les CLAL de 3 plaintes de patients, et a mené dix actions sur la base des rapports locaux. Pour les plaintes, deux ont été réglées par la CLAL concernée, une a été traitée par la CCAL. Les demandes de renseignements complémentaires concernaient pour 10 praticiens un défaut de transmission de l'activité publique, les chiffres ont été obtenus pour tous ou un nombre d'actes déclarés inférieur au relevé SNIR, les 10 praticiens concernés (sur 336) ont fourni des explications acceptables. Quatre praticiens exerçaient une activité libérale supérieure à leur activité publique. Trois d'entre eux ont été appelés à respecter leur contrat pour la première fois, tandis qu'une procédure est engagée contre le quatrième, récidiviste.

La CPAM a signalé cinq praticiens pour activité atypique, avec une fréquence de dépassement des tarifs opposables supérieure à 80 % des patients reçus et un niveau d'honoraires jugé trop élevé par comparaison à celui des autres PU-PH de la même discipline. Le président de la CCAL s'est entretenu avec quatre de ces personnes, le cinquième exerçant dans le cadre d'une convention. Ces praticiens se sont engagés, d'autre part auprès du Conseil de l'Ordre, à moduler leurs honoraires avec plus de tact et de mesure. Le retour de la CPAM est positif : les actions mises en œuvre ont permis d'obtenir une bonne évolution des pratiques de ces PU-PH. Dans les dernières années aucun malade n'a porté plainte au Conseil de l'Ordre de la ville de Paris dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien.

La CCAL prévoit d'autres actions :

- la transmission aux praticiens des textes réglementaires commentés ;
- des entretiens avec les praticiens ayant une activité jugée supérieure à la moyenne, afin de leur rappeler le temps prévus dans leur contrat et les délais de rendez-vous ;
- la précision des modalités de déclaration de l'activité ;
- le contrôle des actions entreprises à partir des chiffres d'activité 2009.

Il reste à mettre en œuvre un chantier sur les délais de rendez-vous des consultations et actes techniques, ainsi qu'à éditer des plaquettes d'information à l'usage des patients et des praticiens.

M. CORIAT remercie M. Parc pour son implication et ouvre la discussion.

M. DASSIER demande des précisions sur la réglementation de l'activité libérale des PU, qui réalisent six demi-journées d'activité hospitalière et cinq demi-journées d'activité universitaire.

M. PARC répond que le texte de loi n'établit aucune différence entre temps universitaire ou hospitalier : il évoque uniquement les obligations réglementaires de service.



## **VI. Avis sur l'avis négatif de la CCAL au renouvellement du contrat d'un PU-PH consultant**

M. PARC indique qu'un praticien hospitalier, chef du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Beaujon jusqu'en septembre 2005, n'a exercé en secteur libéral qu'une activité de consultation depuis cette date. Son activité libérale a été pour 2006 et 2007 supérieure à son activité publique. Il n'a pas tenu compte des alertes qui lui ont été adressées. La commission locale a transmis son dossier à la CCAL lors d'une demande de renouvellement, son contrat arrivant à terme fin décembre 2008. Après avoir reçu le praticien en réunion contradictoire, il a semblé logique à la CCAL d'émettre un avis négatif sur le renouvellement du contrat.

A propos du renouvellement des contrats, M. LYON-CAEN suggère d'inclure dans chaque dossier le rappel du respect ou non des règles du contrat, afin de permettre aux membres de la CME un vote éclairé.

M. GARABEDIAN indique que les présidents des CCAL vérifient systématiquement la conformité de l'activité, avant d'émettre un avis.

M. CORIAT suggère de notifier l'avis de la commission locale et centrale dans les prochains dossiers.

Mme MAUGOURD s'interroge sur l'impact du vote de la CME, le contrat arrivant à terme en septembre.

M. CORIAT considère que la CME doit malgré tout afficher sa position.

Mme GIRARD demande comment sont utilisées les redevances.

**M. FAYE** précise qu'elles rentrent dans les recettes de l'hôpital, en titre III, et peuvent être mobilisées pour la section d'investissement.

*La CME approuve l'avis négatif de la CCAL à l'unanimité moins deux abstentions.*

## **VII. Avis sur des contrats d'activité libérale**

M. GOTTSMANN indique que sont soumis à l'avis de la CME :

- **Quatre nouveaux contrats d'activité libérale**
- **Deux renouvellements de contrat**
- **Deux avenants**
- 

L'ensemble de ces dossiers a reçu un avis favorable des instances locales.

*La CME approuve ces contrats d'activité libérale à la majorité, avec 25 voix favorables, moins 9 abstentions.*

## **VIII. Questions diverses**

### **1. Relevés individuels d'activité « quadrimestriels »**

M. DASSIER demande si l'administration pourrait transmettre des relevés individuels d'activité quadrimestriels, conformément à l'arrêté du 30 avril 2003.

M. GOTTSMANN répond qu'il s'agit effectivement d'une obligation réglementaire, qui se heurte pour l'instant à des difficultés techniques, la gestion du temps médical n'étant pas encore informatisée. Le remplissage du tableau de service constitue une condition indispensable à son établissement. Il est néanmoins possible de rappeler les commissions locales à la vigilance et de leur demander de produire ces relevés sur papier.

### **2. Production d'une suspension buvable de Tamiflu®**

M. CHERON signale qu'en deçà d'un certain âge, il n'est pas possible d'ingérer les gélules de Tamiflu®. Le laboratoire Roche ayant arrêté la fabrication de la suspension buvable, l'hôpital est à court de Tamiflu® pour les nourrissons. L'AGEPS envisage-t-elle de relancer la production ?

M. SINGLAS répond que des raisons probablement économiques ont conduit le laboratoire à arrêter la production de la suspension. La transmission de la formule aux hôpitaux est possible, et une suspension est produite, en tant que préparation magistrale, donc uniquement pour les enfants de l'hôpital Necker.

Une production hospitalière en série serait plus du ressort de l'AGEPS mais nécessiterait d'avoir du Tamiflu® poudre et de réaliser des tests préalables de stabilité et de conservation. Une PUI peut déconditionner des médicaments et les reconditionner (préparation magistrale) ce que l'AGEPS n'est pas autorisée à faire. Une alternative serait que la DGS « libère » les comprimés d'oseltamivir PG, 30 mg, sécables, qu'elle a fait fabriquer par la Pharmacie Centrale des Armées.

M. CORIAT rappelle que les procédures d'accréditation imposent de démontrer l'apport de la même qualité de prestation à l'ensemble des malades d'une institution.

Mme DEGOS s'étonne de la réaction du fabricant qu'elle juge inacceptable et qu'elle suggère de médiatiser.

M. FAGON précise qu'il sera demandé à l'AGEPS de revoir sa position.

### **3. Comité de suivi de l'EPRD**

M. FAYE rappelle que la Direction Générale s'était engagée à mettre en place un comité de suivi pour renforcer la visibilité de l'impact de l'EPRD sur l'évolution de l'emploi, sachant que la CME ne supporterait pas la suppression d'emplois ne résultant pas d'une restructuration aboutie. L'intersyndicale souhaite vivement que ce comité de suivi soit créé dans les plus brefs délais.

M. CORIAT répond que le comité de suivi va se réunir prochainement et présentera le résultat de ses travaux en septembre. Son but n'est pas de valider la suppression d'emplois mais de vérifier que la Direction respecte ses engagements.

M. CAPRON s'enquiert de la composition de ce comité.

M. CORIAT répond qu'y participent le président et le vice-président de la CME, M. PETIT, le directeur général, M. GAIN, le Professeur FAGON, et Mme RICOMES. Le comité de suivi s'est déjà réuni une première fois. La seconde réunion aura lieu prochainement. Restructuration des gardes et astreintes

**M. FAYE** rappelle que les PH touchés par la restructuration sont majoritairement des praticiens attachés, dont le contrat de travail doit être modifié en cas de diminution du temps de travail. Or, aucun avenant ne leur a été présenté.

M. CORIAT insiste sur l'approche volontariste et médicalement raisonnée de la restructuration des gardes et astreintes, avec validation finale de la CME. Le reclassement des collègues ayant une activité prééminente en gardes sera assuré si besoin. La diminution des gardes pourrait permettre de renforcer l'activité médicale de jour.

**M. FAYE** estime que la suppression des gardes pour les PH attachés représente un manque à gagner notable. Il demande à ce que ce problème soit traité.

M. CORIAT précise que les décisions sur les gardes ne prendront pas effet immédiatement.

#### **4. Création des postes d'assistants spécialistes dans les services**

Mme GOUYET signale que des demandes de postes sont déposées avec un budget, dont l'existence n'est pas prouvée. Celui-ci existe t-il vraiment ?

M. CORIAT répond que la création des postes d'assistants spécialistes représente une chance. Par ailleurs, la réalité de leur financement a été vérifiée par la Direction de la Politique Médicale et la Direction des Finances. Enfin, c'est l'hôpital qui propose la création et le financement d'un poste, à charge pour la CME de valider la décision.

Mme GOUYET ne comprend pas que des postes d'assistants soient créés là où sont présents des praticiens attachés.

M. CORIAT répond que cette décision relève de la politique médicale de l'institution.

*La séance est levée à 11 heures 35.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 8 septembre 2009 à 08h30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 26 août 2009 à 16h30**

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.