

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 10 FEVRIER 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 10 MARS 2009

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 10 février 2009 (salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 2- Projet Système Information Clinique (SIC) – Projet gestion des blocs opératoires (*Pr Lepage*)
- 3- Premier bilan des conférences budgétaires : aspects financier et organisationnel (*M. Guin – M. Pinson*)
- 4- EPRD 2009 (*F. Guin*)
- 5- Etats d'avancements des opérations prioritaires 2009 (*Pr Coriat - Pr Fagon – Pr Aigrain*)
- 6- Indications préliminaires sur le rapport de la mission d'appui IGAS/IGF (*M. Leclercq*)
- 7- Plan stratégique : point mensuel (*Pr Coriat - Pr Fagon*)
- 8- Contrat du Bon Usage (CBUS) : analyse par hôpital (*M. Pinson - Mme Lalardrie – Mme Montagnier-Pétrissans*)
- 9- Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2009 (*M. Gottsmann*)
- 10- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 9 décembre 2009.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la demande de changement d'affectation interne de 3 praticiens hospitaliers.
- Avis sur la demande de mutation interne d'un praticien hospitalier.

- Avis sur la validation de la fin de période probatoire de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la validation de la fin de période probatoire de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticiens responsables de pôle clinique ou médico-technique à l'hôpital Bicêtre et à l'hôpital René Muret-Bigottini.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de chef de service.
- Avis sur la désignation de responsables de structures internes aux pôles (services, département, unités cliniques).

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH offert à la mutation (révision des effectifs HU 2009).

Composition A

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2009).

SOMMAIRE

I. Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II. Projet Système Information Clinique (SIC) – projet gestion des blocs opératoires (IPOP)	6
III. Premier bilan des conférences budgétaires : aspects financier et organisationnel	10
IV. EPRD 2009	12
V. Etats d’avancement des opérations prioritaires 2009	15
VI. Indications préliminaires sur le rapport de la mission d’appui IGAS/IGF	16
VII. Plan stratégique : point mensuel	17
VIII. Contrat du Bon Usage (CBUS) : analyse par hôpital	18
IX. Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l’année 2009	21
X. Avis sur les contrats d’activité libérale	21
XI. Approbation du compte-rendu de la séance du 9 décembre 2008	22
XII. Questions diverses	22

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
- M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
- 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. AIACH,
- Mme le Pr. BOY-LEFEVRE,
- Mr le Pr. SCHLEMMER.

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

- M. LECLERCQ, directeur général,
- Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
- M. PINSON, adjoint au directeur de la politique médicale,
- M. GUIN, directeur économique et financier,
- Mme RICOMES, Directrice du Personnel et des Relations Sociales,
- Mme GUINGOUAIN, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Mr MORIN, Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient
- Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale.
- Mme LALARDRIE, Direction de la Politique Médicale
- Mme LUCIOLLI, Direction de la Politique Médicale.

- ***membres excusés :***

- M. le Pr. FAGON, M. le Pr BERCHE, M. le Pr. CHOUDAT.

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

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

M. CORIAT explique que le point 1 sera repris en points 3, 4, 5 et 6 de l'ordre du jour. Afin de se conformer au calendrier de l'EPRD 2009, il sera demandé à la CME de se prononcer à ce sujet lors de sa prochaine réunion en mars, pour permettre au Conseil d'Administration de procéder au vote le 27 mars suivant. Il est indispensable que la CME ait clairement exprimé son avis avant cette date.

M. CORIAT souhaite que l'avis de la CME soit le plus éclairé possible et fasse l'objet d'informations complètes. En effet, l'EPRD, s'il est voté, représente un engagement sur des décisions budgétaires guidant l'action de l'AP-HP tout au long de l'année. Son vote tardif en 2008 a généré des problèmes de responsabilisation des chefs de pôle dont les feuilles de route établies en février ont été modifiées en juillet et en septembre. Pour que la contractualisation joue pleinement, il est indispensable d'arrêter l'EPRD en mars comme le demande la législation.

Afin que la CME puisse prendre dans les meilleures conditions possibles les décisions de politique médicale l'engageant, l'intervention de M. LEPAGE sera suivie de la reprise des différentes données éclairant l'EPRD 2009.

Préalablement à l'ordre du jour, **M. LECLERCQ** annonce que Mme BRESSAND, nommée conseiller général des établissements de santé l'été dernier, a été remplacée par Roselyne VASSEUR, coordinatrice générale des soins à l'Hôpital Cochin. Il remercie Marie-Hélène GUINGOUAIN d'avoir assuré l'intérim de la fonction pendant cette période.

Par ailleurs, le conseil exécutif a rattaché l'hôpital Trousseau au groupe Tenon / Saint-Antoine / Rothschild.

Dans le cadre de la modernisation du siège, sera créée le 1^{er} mars 2009 une direction des ressources humaines regroupant les actuelles Direction du Personnel et des Relations Sociales (DPRS) et Direction du Développement et des Ressources Humaines (DDRH), dont la responsabilité est confiée à Monique RICOMES,. Hubert PEURICHARD sera directeur délégué au management et à la conduite du changement.

Enfin, le Ministère a informé l'AP-HP que dans l'attente de la loi HPST, il n'y aurait pas de publication de la liste nationale d'aptitude des chefs de service.

II. Projet Système Information Clinique (SIC) – projet gestion des blocs opératoires (IPOP) – cf. document mis en ligne sur le site Intranet de la CME

1. Projet SIC

M. LEPAGE souligne la qualité de la collaboration initiée en novembre 2008 entre l'AP-HP et le consortium AGFA, HP et Oracle. La phase de cadrage du projet SIC, en cours de finalisation,

permettra de définir le planning définitif tel que prévu dans le marché. La première étape de mise en place du serveur d'identité commun à l'ensemble de l'AP-HP s'effectuera en 2009 et à partir de 2010 sera mis en place un premier site pilote sur l'ensemble des fonctionnalités. L'AP-HP travaille avec AGFA sur une plate-forme d'informations qui offrira au personnel une vision du futur système d'information clinique.

L'application étant destinée à être utilisée par les personnels, M. LEPAGE apporte des informations sur leur intervention dans la constitution du projet. Deux domaines ont été distingués :

- **le dossier patient :**

Constitué à partir de dossiers de prise en charge, fondé sur une nomenclature internationale, se basant sur des dossiers existants AP-HP ou hors AP-HP, il devrait associer la région et les CHU. Il requiert une forte participation des collégiales, notamment dans le domaine des urgences et de la réanimation.

- **l'unité de soins :**

L'objectif est de réunir des groupes de travail chargés d'étudier les écarts par rapport aux produits actuels, pour décider de la nécessité de développements complémentaires ou d'évolution des organisations en vue d'une meilleure pratique. Ces groupes participeront à la recette de la solution et fourniront une aide au déploiement. Il serait souhaitable de disposer d'un référent médecin, soignant et « autre » par hôpital.

Le pilotage s'appuiera sur un comité de coordination composé de cliniciens, de soignants, de représentants des plateaux médico-techniques et des services informatiques, sous la direction médicale de M. FAGON et M. HINGLAIS, avec un directeur de GHU et des experts. La mise en place d'un comité d'experts extérieurs avec des responsables informatiques d'hôpitaux européens ayant déjà implémenté un tel système est également souhaitée.

M. CORIAT souligne l'importance du projet SIC pour l'AP-HP, dont la communauté médicale doit s'approprier la partie médicale. Il remercie M. HINGLAIS pour le pilotage de ce dossier difficile et se réjouit de l'excellente collaboration menée avec AGFA. L'institution de l'AP-HP peut attendre de nombreuses répercussions bénéfiques d'un système fonctionnel tel que celui-ci.

M. FOURNIER demande des informations sur la capacité d'intégration des données numériques compilées au fil des ans par les services.

M. LEPAGE répond que l'intégration s'avère complexe. L'hôpital Georges Pompidou par exemple a dû prendre en compte les dossiers existants, dont quatre ou cinq devaient être repris par METAXIS. Au final, un seul l'a été pour des raisons de coût et de complexité de l'opération. Tout dépend de la nature du dossier. Tout sera mis en œuvre pour tenter d'intégrer les dossiers médicaux bien structurés sur plusieurs années. Une garantie de moyens mais non de résultat est apportée. L'intégration des données nécessitera un travail conjoint entre l'AP-HP et l'équipe de l'outil existant, en raison des différences de présentation de la nature des données entre les outils.

Lors de la présentation du projet à une équipe, les participants ont salué le rassemblement des informations et des différentes fonctionnalités dans un même outil.

M. HINGLAIS insiste sur le fait que les médecins doivent s'impliquer sans attendre dans le paramétrage en cours de l'outil.

Il conseille aux équipes disposant d'outils de commencer à travailler sur la récupération des données, notamment en les réunissant sur Mediweb.

2. IPOP : bilan d'un an de déploiement

M. LEPAGE rappelle qu'IPOP est un projet de mise en place d'un outil de gestion du bloc opératoire dans l'aspect préopératoire et peropératoire. Lancé en 2006-2007 dans les hôpitaux Henri Mondor et Saint-Antoine, il a fait l'objet d'un déploiement accéléré sur neuf sites en 2008, l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP sera inclus au cours de l'année 2009.

Les hôpitaux Bicêtre, Bichat et HEGP, disposant déjà d'un autre outil, devront faire en sorte que l'ensemble des informations et tableaux de bord institutionnels permettent de répondre à l'objectif.

Le premier indicateur est le temps réel d'occupation des salles (TROS), calculé à partir des heures d'entrée et de sortie de la salle ; le temps de remise en état de la salle est standardisé.

Les indicateurs calculés à partir d'IPOP prennent en compte le retard des interventions et l'intervalle entre deux opérations, après le temps de remise en état de la salle, et les éventuels débordements. Certaines interventions en urgence sont menées en dehors du TROS.

Le temps de vacation s'établit à dix heures par jour sur cinq jours, sans prendre en compte le samedi matin.

Les indicateurs utilisés sont le temps d'ouverture dont la valeur cible se situe entre 80 % et 100 %, le taux d'utilisation de la salle fixé à 85 % et le taux de débordement qui doit rester inférieur à 5 %.

L'ensemble des fichiers est récupéré tous les mois. Les hôpitaux reçoivent par mail des fichiers devant permettre de contrôler la qualité des informations recueillies. Les indicateurs sont envoyés mensuellement aux pôles, services et conseils exécutifs des hôpitaux et de l'AP-HP.

Les résultats de décembre 2008 s'appuient sur un taux de complétude, insuffisant pour un certain nombre d'hôpitaux. Deux services par exemple n'ont pas démarré correctement l'application.

Les résultats comprennent également les taux de nuit et le taux réalisé par rapport au prévisionnel. La base d'IPOP précise la durée prévisionnelle de chaque opération. La comparaison avec la durée réelle permet de déceler les éventuels écarts afin de les corriger. Les services ont tendance à sous-estimer la durée prévisionnelle d'intervention. Un travail de révision des taux d'intervention prévisionnels doit être mené au bout de trois à six mois.

Une analyse est menée par bloc opératoire pour chaque hôpital en fonction du taux de vacation opératoire, du taux opératoire d'ouverture et hors ouverture qui prend en compte les urgences. La même analyse peut être menée pour l'hôpital en prenant en compte le temps opératoire, non opératoire et celui des urgences. Les résultats peuvent être décomposés dans la partie non opératoire en indiquant le retard par bloc cumulé sur chaque bloc opératoire. Il est possible d'obtenir la durée prévue et celle réalisée pour chaque service, ce qui permet à l'hôpital de cibler les services dont il faut revoir l'organisation.

Le logiciel permet de montrer pour chaque bloc le pourcentage d'interventions programmées, d'actes d'intervention en urgence et d'actes inscrits à J zéro.

En conclusion, l'application a pu être mise en place dans des délais brefs, selon un modèle de déploiement « industriel ». Les outils mettent à disposition des hôpitaux l'ensemble des informations nécessaires au pilotage des blocs. L'outil de *reporting* actuel présente un caractère légèrement artisanal, pour pouvoir être intégré dans l'outil qui sera opérationnel en juin 2009.

M. CORIAT souligne qu'IPOP permettra aux organismes en charge de la gestion des blocs opératoires d'adopter une vision précise et objective du quotidien. Permettant de redistribuer les plages opératoires disponibles, il représente un réel progrès dans l'efficacité des blocs opératoires mais n'en deviendra un qu'à condition que les chirurgiens et collègues qui les utilisent se l'approprient.

M. DRU demande comment se situera IPOP par rapport au conseil de bloc chargé de gérer les plages opératoires.

M. CORIAT répond qu'IPOP constitue un outil interne d'optimisation de la gestion du bloc destiné au conseil de bloc. La CME n'a pas pour vocation d'étudier les différentiels des hôpitaux. Il revient à ces derniers d'utiliser IPOP comme outil de gestion. Avant IPOP, les conseils de bloc n'aboutissaient pas à de réelles démarches d'amélioration. IPOP permet d'atténuer l'aspect anecdotique pour gagner en efficacité.

Le déficit en personnel paramédical de blocs opératoires est un problème signalé par l'ensemble des services. IPOP permet d'objectiver ce problème et d'y remédier.

Par ailleurs, les premiers retours informels qui ont eu lieu pendant la mission d'appui IGF-IGAS faisaient état de la possibilité de fermer un nombre important de salles de blocs opératoires à l'AP-HP. L'institution ne partage pas cette opinion et en première analyse, et a donc besoin d'outils pour prouver l'utilisation pertinente des blocs selon les critères du ministère. Il revient aux pôles de chirurgie et non à la CME d'opérer les redistributions nécessaires à l'intérieur d'un pôle.

M. LACAU-SAINT-GUILY attire l'attention sur deux problèmes techniques. Le premier concerne l'inadéquation des horaires entrés dans IPOP pour chaque discipline, par rapport aux durées d'intervention prévisibles précédemment inventoriées par l'AP-HP. Ces écarts entraînant une gestion inadéquate doivent être résolus.

Le second problème concerne la saisie des données. Les blocs se heurtent au problème des infirmières intérimaires qui les saisissent mal, voire ne les saisissent pas. Ce n'est pas non plus le travail des chirurgiens. Il se pose donc un problème de fonds sur la qualité des informations, à étudier.

M. FAIN rappelle l'importance du problème des brancardiers par rapport au temps d'intervention défini par l'entrée et la sortie en salle. Certains patients restant éveillés pendant vingt minutes voire une demi-heure en les attendant, il insiste sur une meilleure prise en compte de ce paramètre.

M. CORIAT répond qu'IPOP permet d'objectiver ce paramètre et de montrer la récurrence d'un problème auquel un coût est associé. Il revient alors au directeur d'y remédier.

M. FAIN suggère de remplacer le critère de sortie de salle par celui du réveil du patient.

M. AIGRAIN précise qu'IPOP inclut les données de la fin d'intervention et de la sortie de salle.

M. LEPAGE ajoute que la durée des interventions est paramétrable dans l'application pour chaque intervention. Le problème de la saisie reste insoluble. Les retours des différents hôpitaux sur IPOP tendent à saluer sa convivialité et sa facilité d'utilisation.

M. CORIAT remercie M. LEPAGE et ses équipes.

M. LACAU-SAINT-GUILY reconnaît qu'il s'agit d'un outil convivial mais souligne la différence entre la réalité et les attentes.

M. CORIAT répond que la gestion des blocs resterait vouée à l'évocation anecdotique de problèmes ponctuels, sans un outil d'objectivation systématique tel que IPOP.

Il attire l'attention sur les trois exposés suivants en vue de l'avis que devra émettre la CME sur l'EPRD 2009 en mars prochain.

III. Premier bilan des conférences budgétaires : aspects financier et organisationnel

M. GUIN précise que les conférences budgétaires touchent à leur fin, engageant la phase de négociation avec les tutelles, pour parvenir à un accord agréé par le Conseil des tutelles, puis soumis aux instances de l'AP-HP.

Il annonce que les résultats de l'année 2008 s'avèrent supérieurs aux prévisions initiales en hospitalisation complète, de plus de un jour et partielle. Leur valorisation définitive se traduit par des recettes de séjour et co-séjour en augmentation de 36,6 millions d'euros par rapport aux prévisions d'octobre 2008, compensées par les moins bons résultats des activités externes liés à l'insuffisante anticipation des changements dans les processus de facturation, ainsi qu'aux changements de règles de facturation pour les passages aux urgences des non assurés sociaux.

Les résultats s'avèrent satisfaisants sur l'activité et les recettes, les objectifs étant dépassés sur l'ensemble de l'année sauf en mars pour des raisons de différences de calendrier scolaire. L'activité est restée soutenue tout au long de l'année.

Les éléments explicatifs de cette progression sont une reprise de l'activité chirurgicale, la progression de l'obstétrique, des séjours de médecine et une moindre progression des séjours de très courte durée. En hospitalisation partielle, plusieurs facteurs de progression en chirurgie ambulatoire, en dialyse et en radiothérapie ont entraîné une hausse de 10 %.

Les dépenses de personnel s'établissent à 4,029 milliards d'euros pour une prévision à 4,030 millions d'euros, ce qui représente un écart de 0,025 %, signe d'une gestion efficace. Les prévisions se sont donc révélées sincères, malgré un léger dépassement sur le poste du personnel non médical et une légère sous-exécution du poste du personnel médical.

M. CORIAT tient à féliciter et remercier l'ensemble du personnel soignant de l'AP-HP, l'activité ayant été maintenue, voire accrue, en dépit des difficultés de personnel. Les communautés soignantes ont gagné le pari de l'activité alors que le personnel médical était contenu, dans le cadre d'un effort patriotique. L'AP-HP a rempli ses engagements. Il espère qu'en 2009, des efforts d'efficience permettront de maintenir cette activité avec moins de contraintes et de tensions.

M. LECLERCQ s'associe aux propos de M. CORIAT. Il ajoute qu'au-delà des remerciements s'adressant à l'ensemble de la communauté hospitalière de l'AP-HP, la volonté constante de la gouvernance médico-administrative, un discours constant et des actions cohérentes ont permis l'amélioration de la gestion d'activité et des effectifs. Il reste certes des progrès à effectuer dans certains domaines, mais l'année 2008 est une année positive qui voit l'AP-HP s'orienter vers un équilibre structurel.

M. LACAU-SAINT-GUILY souligne le rôle joué par l'acceptation du service d'un effort s'inscrivant dans un projet médical.

M. CORIAT en est persuadé et pense qu'il faudra réaffirmer dans le règlement intérieur l'importance du service pour une activité lisible. La non publication de la liste d'aptitude va à l'encontre du service, mais le règlement intérieur de l'AP-HP l'autorise à garder cette colonne vertébrale lisible, le service portant la spécialité universitaire. Les doyens doivent aider à la maintenir.

M. SEBBANE remercie M. GUIN de signaler la mise en exergue de la gériatrie, notamment l'effort notable des communautés médico soignantes dans l'augmentation de l'activité. Le personnel médico soignant a non seulement travaillé davantage, mais aussi mieux avec des conséquences positives sur les soins et une fluidité accrue du parcours du patient âgé.

M. GUIN tient à remercier l'ensemble des communautés soignantes pour leur effort. Le dépassement des objectifs place l'AP-HP à un niveau de résultat légèrement plus favorable que prévu. Le déficit devrait être inférieur à 37 millions d'euros, avec des conséquences positives sur les capacités de financement des investissements futurs et la crédibilité de l'institution dans les négociations avec les tutelles.

A l'issue des conférences budgétaires, les prévisions d'activité 2009 sont :

- en hausse de 1,5 % en hospitalisation complète ;
- en hausse de 1,9 % en hospitalisation complète de plus de un jour ;
- en diminution de 4,6 % en hospitalisation partielle, en raison d'un changement de périmètre.

L'activité de l'hôpital de jour gériatrie a en effet basculé pour partie de MCO en SSR, ce qui se traduit par une diminution de l'activité globale en hospitalisation partielle et crée un risque de pertes de recettes, avant que soit renégociée la dotation de financement de la SSR.

Des éléments manquent encore pour valoriser ces prévisions. Globalement, l'activité devrait être un peu moins importante qu'en 2008.

Les éléments clés de l'activité en 2009 seront la reprise, voire l'accélération, de l'activité chirurgicale, le développement de l'activité d'obstétrique, l'extension de l'hématologie pédiatrique et l'ouverture des lits UHCD, ainsi que des mesures de soutien au développement de l'hospitalisation partielle.

L'AP-HP comptait 191 places MCO en 2007. Suite à des contrôles de l'Assurance Maladie, la capacité cible 2008 a été fixée à 59 places en MCO et 132 places en SSR, ce qui correspond à une perte potentielle d'environ 20 millions d'euros sur les recettes MCO. Une négociation en cours, non aboutie à ce stade, porte sur un abondement de la dotation annuelle de financement (DAF) finançant le SSR pour en compenser une partie de manière à pouvoir maintenir cette activité.

Des discussions sur l'ouverture de nouvelles capacités en SSR sont engagées avec les tutelles dans le cadre de l'EPRD 2009. La demande budgétaire vise à obtenir un abondement de la DAF de 6,4 millions d'euros.

IV. EPRD 2009

M. GUIN explique que la construction de l'EPRD 2009 se fonde sur un effort de soutien significatif et pérenne attendu des tutelles à travers l'impact de la v11, la meilleure prise en compte des activités de recours et de précarité, ainsi que sur la prévision d'une aide à l'investissement dont le montant reste à préciser.

L'effort d'efficience de l'AP-HP est réduit en conséquence de 100 millions d'euros à 80 millions d'euros dont 18 millions d'euros en recettes et 62 millions d'euros en économies, dont plus de 50 millions répartis sur les hôpitaux et une part importante sur le personnel.

Cette approche a fait l'objet de conférences budgétaires devant donner lieu à une restitution globale prochainement et un arbitrage sur les points non encore tranchés.

Le développement de l'activité restant une priorité dans le contexte actuel, de nouveaux projets sont intégrés à l'EPRD 2009 :

- maternité de Louis Mourier ;
- centre d'endoscopies de Beaujon ;
- ouverture du bâtiment UPR à Saint-Antoine ;
- chirurgie ambulatoire à l'hôpital Saint-Antoine ;
- ouverture de la maternité de Bicêtre.

A ces projets s'ajoutent des projets transférés sur d'autres sites repris par l'AP-HP, en attente de financements complémentaires.

Le plan d'actions prioritaires constitue un axe majeur de la construction de l'EPRD 2009 et des engagements de l'AP-HP vis-à-vis de l'ensemble de ses communautés et de tutelles. Il doit être mis en œuvre de manière complète et aussi rapide que possible.

Plusieurs grands axes ont été définis :

- **des chantiers transversaux :**
Ces chantiers concernent la modernisation du siège et la constitution des groupes hospitaliers.
- **des actions ayant un impact technique sur les recettes :**
Des mesures fiscales permettent d'espérer un rendement élevé de 4 millions d'euros sur la TVA et les salaires et s'accompagnent de la poursuite de l'amélioration de la facturation et du recouvrement.
- **des actions transversales :**
Ces actions concernent la permanence des soins avec un objectif d'économies de 10 millions d'euros, dont 2 millions d'euros ont déjà été identifiés, la rationalisation des dépenses de médicaments, la réinternalisation des examens externalisés et la prise en charge de patients transférés.

- **des actions ciblées :**

Ces actions comprennent la fermeture du site de Jean Rostand, l'ouverture de la maternité de Bicêtre, le regroupement de l'activité des greffes hépatiques, l'anticipation de la fermeture des sites de Saint-Vincent-de-Paul et de Broussais.

Les actions ciblées font l'objet de travaux avec les communautés des sites concernés. L'aboutissement du schéma global d'ici quelques semaines permettra d'en tirer toutes les conséquences pour la présentation de l'EPRD 2009.

M. CORIAT remercie M. GUIN. Il souligne que la décision que la CME devra prendre en mars devra s'appuyer sur la connaissance de l'impact de la v11 revalorisant la précarité, le recours et la polyopathie. Il s'enquiert de l'évaluation de cet impact.

M. GUIN répond que les estimations ne sont pour l'instant pas suffisamment précises. Ces informations seront communiquées dès que possible.

M. CORIAT souligne qu'en mars, la v11 sera publiée et la CME aura connaissance des engagements pris par les tutelles en matière d'aide à l'investissement. La CME ne pourrait se prononcer sur l'EPRD sans ces deux éléments.

M. AIGRAIN rappelle que l'AP-HP s'est engagée dans une démarche à efforts partagés suite aux discussions menées entre la CME et les CCM. Les résultats de cette démarche s'expriment par la diminution de la demande d'efficience qui permet d'épargner un nombre significatif d'emplois. Toutefois, cet effort resterait insuffisant s'il n'était poussé plus loin. Il est attendu d'une revalorisation significative des recettes pérennes par la revalorisation de la v11 une diminution complémentaire du déficit protégeant l'AP-HP. L'effort d'aide à l'investissement est en attente de confirmation. Les premiers chiffres communiqués sont encourageants mais doivent être confirmés pour que l'AP-HP puisse s'engager dans un plan difficile, même s'il épargnera dans une large mesure le personnel soignant.

M. LECLERCQ souligne qu'il faudra prendre en compte l'impact de la nouvelle nomenclature V11 sur les recettes. Pour l'instant, l'effet complet de ces mesures n'est pas connu, les modalités d'application de la v11 dans les hôpitaux n'étant pas encore décidées.

Par ailleurs, l'aide à l'investissement nécessaire aujourd'hui en l'état des investissements de l'AP-HP devrait être significative. L'AP-HP dispose en autorisation de programmes d'un montant se situant entre 400 et 500 millions d'euros par an. En 2009, elle prévoit d'investir plus de 750 millions d'euros, ce qui représente un effort très important. L'aide demandée vise à alléger la charge d'exploitation de cet investissement afin de pouvoir poursuivre le développement technique de l'AP-HP.

M. CORIAT demande s'il est réaliste de miser sur cent millions d'euros d'aide à l'investissement.

M. LECLERCQ répond qu'il ne peut donner de chiffres pour l'instant, le montant final dépendant du souhait de la gouvernance et des possibilités des ministères. Néanmoins, une avancée significative devrait avoir lieu.

M. CORIAT précise que les cent millions d'euros évoqués représentent le montant maximum souhaité par la gouvernance. La CME ne fixe aucun montant, mais note que les demandes

formulées par les présidents de CCM relèvent majoritairement de l'investissement. L'approbation de l'EPRD 2009 dépendra donc de l'aide à l'investissement apportée à l'AP-HP.

M. LECLERCQ précise qu'il défend un soutien à l'investissement et une aide à l'exploitation significatifs.

M. VALLEUR demande si les premiers résultats du plan d'efficience lancé en mars 2008 pourraient impacter le plan d'économies.

M. LECLERCQ répond par l'affirmative.

M. CORIAT ajoute que les économies sur les dépenses de personnel incluent celles des gardes et astreintes, dont 2 millions d'euros peuvent d'ores et déjà être actés.

M. FOURNIER s'interroge sur la prévision d'une croissance d'activité de 1,5 %, dans la mesure où certaines activités sont conditionnées par l'attribution de personnel.

M. GUIN répond que les prévisions correspondent à l'évolution tendancielle et aux mesures nouvelles intégrées dans la construction de l'EPRD en recettes et en moyens. Des projets nouveaux non encore arbitrés en conférence budgétaire pourraient s'y ajouter.

M. CORIAT souligne que l'économie de 41 millions d'euros à réaliser sur les dépenses de personnel constitue le point le plus difficile de l'EPRD 2009. Une économie de 10 millions d'euros étant attendue sur les gardes et astreintes, il reste 31 millions d'euros à trouver. La CME devra se prononcer sur la capacité de l'aide à l'investissement des tutelles à compenser cet effort.

M. LACAU-SAINT-GUILY s'enquiert du poids financier des mises à niveau des normes de sécurité dans les hôpitaux, dont le coût semble incompressible et peser sur d'autres investissements.

M. LECLERCQ a toujours attaché une attention particulière aux problèmes de sécurité. Il réserve des moyens pour la conduite d'une politique de mise en sécurité progressive, notamment pour les installations électriques, les risques incendies et l'amiante. Par ailleurs, toute construction et rénovation inclut des aspects de sécurité. Il rappelle que l'AP-HP s'inscrivant en tant qu'administration publique dans le Grenelle de l'environnement, les constructions répondront aux normes hautes qualités environnementales (HQE).

L'importance accordée à la mise en sécurité des bâtiments n'empêche pas de mener des opérations de restructuration importantes.

En 2009, l'effort d'économies devrait porter essentiellement sur une gestion plus stricte des produits de santé, sans doute moins difficile à mettre en œuvre qu'une gestion restrictive des dépenses de personnels.

L'externalisation des examens biologiques représente un coût de 6 à 7 millions d'euros pour l'AP-HP. **M. LECLERCQ** vient de signer une note validée par le conseil exécutif, demandant d'adresser ces examens au centre de tri de l'hôpital, qui décidera lui-même de leur externalisation. L'AP-HP qui regroupe tous les GHS de la nomenclature devrait être en mesure de les réaliser. Internaliser les actes de biologie demande certes la mise en place d'une logistique, mais permettrait de réaliser une économie d'un million d'euros. Cette mesure relève de l'acquisition de réflexes normaux et de la réalisation d'un effort d'efficience simple dont la concrétisation doit être vérifiée.

Mme AIACH approuve ce message et signale la faiblesse du taux de recouvrement des nombreux examens réalisés dans les laboratoires de l'AP-HP pour l'extérieur.

M. LECLERCQ répond que les mesures d'amélioration de la facturation prévue en 2009 prennent en compte ce point.

M. CORIAT remercie M. GUIN pour sa présentation.

Au nom du groupe de travail mandaté sur l'avenir de la neurologie interventionnelle à l'AP-HP **M. MUSSET** souhaite le retrait provisoire des mesures prioritaires consistant à transférer la neurologie interventionnelle depuis la Fondation Rothschild vers l'hôpital Beaujon, le groupe de travail n'ayant pas rendu ses conclusions définitives. Il apprécierait que celles-ci soient étudiées avant l'établissement de telles priorités.

M. LECLERCQ rappelle que la construction finale de l'EPRD n'interviendra qu'en mars. Il s'engage donc à tenir compte de sa remarque.

M. CORIAT ajoute que les conclusions du rapport seront analysées et présentées au bureau de la CME et à la CME.

M. SCHLEMMER signale que la faculté a pris des engagements vis-à-vis du projet et regrette que le doyen n'ait pas été interrogé par le groupe en question.

M. MUSSET répond que les engagements de la faculté vis-à-vis du projet n'étaient pas connus lors de la mise en place du groupe de travail et que celui-ci a souhaité travailler en toute indépendance des stratégies locales.

M. GARABEDIAN souligne qu'il est indispensable de soutenir l'investissement, même dans un contexte difficile, pour pouvoir envisager un avenir serein. Il insiste sur le caractère indispensable des investissements dans l'amélioration de l'efficacité d'hôpitaux pavillonnaires anciens. Ces investissements présentent certes un coût immédiat, mais ils promettent un gain d'efficacité certain et relèvent de choix stratégiques.

M. LECLERCQ confirme qu'un certain nombre de restructurations nécessitera des investissements. La priorité sera accordée aux restructurations cliniques et médico-techniques, à condition qu'elles ne soient pas un simple empilement de services éclatés dans plusieurs pavillons. De plus, les constructions devront répondre à des standards opérationnels optimisant l'utilisation des surfaces.

M. CORIAT partage le souci de l'investissement et sera attentif au volume qui y sera accordé dans l'EPRD.

V. Etat d'avancement des opérations prioritaires 2009

M. CORIAT souligne que la suppression des gardes conduisant à repenser l'organisation médicale dans tous ses impacts, relève d'une démarche médicalisée menée en réflexion avec la CCOPS.

VI. Indications préliminaires sur le rapport de la mission d'appui IGAS/IGF

M. LECLERCQ rappelle qu'une mission d'appui IGAS/IGSF étudie les mesures qui permettraient d'aller vers la convergence des tarifs nationaux en 2012. Cette mission, qui s'est déroulée d'octobre 2008 à janvier 2009, devrait remettre prochainement ses conclusions définitives.

Engagée par Roselyne BACHELOT et Eric WOERTH, cette mission était composée de 11 personnes. Le chiffre de convergence a été conforté autour de quatre cent millions d'euros, ce qui implique un rattrapage de cent millions d'euros par an d'ici 2012.

Les pistes présentées, non encore validées, reposent sur une amélioration des recettes sur le plan technique. La mission se montre plus réservée sur le développement de l'activité. Cependant, M. LECLERCQ estime que celle-ci s'est développée à structure constante, en 2008.

Les réformes entamées à l'AP-HP et le plan stratégique constituent pour la mission une approche adaptée au problème.

Cette dernière considère que l'AP-HP doit améliorer sa productivité dans tous les domaines, ce qui se traduirait par une diminution des emplois médicaux et non médicaux, un lissage des investissements sur le moyen terme, à condition qu'il soit compatible avec les possibilités financières de l'AP-HP et le maintien d'un taux maximal d'endettement de 30 %. Il faut augmenter fortement les cessions immobilières.

Les conditions de réussite de la restructuration de l'AP-HP résident dans l'implication forte de la direction générale, à partager avec la gouvernance médico-administrative et l'ensemble des équipes de l'AP-HP, au regard de l'objectif d'amélioration de la prise en charge des patients et du maintien d'un outil de travail unique juridiquement.

La mission insiste sur la conduite du changement et sa méthode. Elle demande de ne pas oublier les contreparties pour le personnel concerné par les restructurations.

L'AP-HP doit donc partager avec la tutelle les modalités des efforts de restructuration pour éviter toute perturbation.

La remise du rapport aux deux ministres et au directeur général aura lieu ultérieurement.

M. CAPRON demande si les enquêteurs se sont interrogés sur l'efficacité budgétaire de la gouvernance par pôle.

M. LECLERCQ confirme ce point et précise qu'ils se sont interrogés sur son développement insuffisant. Il faut continuer à accroître la délégation de gestion auprès des pôles.

M. CORIAT souligne que celle-ci nécessite un EPRD équilibré permettant une contractualisation. Les chefs de pôle ont l'impression d'être responsables des recettes et de la valorisation des séjours mais déresponsabilisés lorsqu'ils doivent procéder par exemple à l'embauche d'intérimaires.

Mme MARCHAND attire l'attention du directeur général sur certains aspects contestés de la méthode de réduction du personnel médical concernant les praticiens attachés.

Par ailleurs, elle souligne l'inquiétude du personnel attaché pour son avenir. Elle demande que ces personnes bénéficient également d'un accompagnement social et des réintégrations.

Enfin, elle demande s'il existe un groupe de travail sur les examens biologiques externalisés. Travaillant sur le sujet depuis cinq ans, elle y participerait volontiers.

M. LYON-CAEN s'enquiert d'une évaluation chiffrée de la diminution des emplois des personnels soignants et des critères sur lesquels la mission s'est appuyée.

VII. Plan stratégique : point mensuel

M. CORIAT rappelle que l'élaboration du plan stratégique 2010-2014 aura lieu tout au long de l'année 2009 sous le pilotage conjoint du groupe « stratégie recherche » et de la DPM. La première étape portant sur la demande de soins achevée, la réflexion porte aujourd'hui sur l'offre de soins.

Mme LUCIOLLI présente les thèmes et le pilotage des différents groupes :

- politique en matière de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- politiques de dépistage et de diagnostic précoce, rôle de l'AP-HP ;
- organisation des filières de soins ;
- permanence des soins ;
- définition de masses critiques ;
- standards de soins ;
- prise en charge du poly-handicap ;
- prise en charge de l'adolescent ;
- organisation de la pédiatrie ;
- évolution des plates-formes médico-techniques ;
- évolution des métiers et coopérations ;
- évolution des prises en charge thérapeutiques et diagnostic, nouvelles compétences et adaptations des filières de formation ;
- prise en charge du vieillissement, promotion des aspects hospitalo-universitaires.

Un certain nombre de sujets sont traités en lien avec ces groupes, notamment l'organisation de la cancérologie et la recherche. Le thème de l'obésité sera traité avec le comité de liaison sur l'alimentation et la nutrition (CLAN). Un groupe de travail odontologie se met en place. Les autres thèmes abordés concernent la gynécologie médicale, les médecines de réadaptation, légale / pénitentiaire et du travail.

Les groupes de travail vont tenir leur première réunion plénière prochainement. Ils partagent l'objectif d'élaborer des recommandations de nature à faire évoluer l'offre de soins, en s'attachant particulièrement aux dimensions organisationnelles, à la continuité dans la prise en charge des patients, en privilégiant des logiques de mutualisation, en intégrant les aspects liés à la permanence des soins et en développant les axes de coopération tant entre disciplines médicales qu'entre métiers médicaux et non médicaux, tout en précisant le positionnement de l'AP-HP.

Il a été recommandé de constituer des groupes réduits pour davantage d'efficacité, interdisciplines et intermétiers, associant l'ensemble des directions, des représentants des sites et des membres de la

communauté médicale. Il a également été recommandé de faire appel à des auditions et contributions écrites d'experts internes et externes, ainsi que de prendre connaissance d'expériences internationales si besoin.

Les groupes doivent rendre un premier rapport intermédiaire fin mars et un rapport définitif fin juin.

M. CORIAT remercie Mme LUCIOLLI et souligne la qualité du travail réalisé par les collègues impliqués dans les groupes thématiques.

M. LYON-CAEN félicite Mme LUCIOLLI pour le travail réalisé.

M. CAPRON note que le groupe « Valeurs » n'a pas été mentionné.

Mme LUCIOLLI répond que certains groupes n'ont effectivement pas été cités, mais figurent sur le tableau général de l'organisation des travaux.

Mme VIDAL-TRECAN rappelle que M. FAGON avait demandé que des membres de la commission qualité et sécurité des soins participent à ces groupes.

Mme LUCIOLLI répond que cette suggestion a été retenue. Les aspects qualité et DIM sont systématiquement intégrés dans les groupes. Mme LUCIOLLI reste à la disposition de ceux qui souhaitent davantage de détails.

M. CORIAT estime particulièrement intéressante la méthode d'élaboration du plan stratégique.

M. LYON-CAEN demande des informations sur l'interaction entre les initiatives locales et le travail réalisé en CME, ainsi que sur le calendrier.

Mme LUCIOLLI souligne la difficulté de l'articulation des calendriers, d'où le souhait d'un premier rendu des travaux fin mars, pour pouvoir l'intégrer dans la lettre de cadrage. Par ailleurs, les personnes travaillant sur l'élaboration du plan stratégique vont étudier avec les directeurs exécutifs l'articulation possible avec les directoires des groupes hospitaliers, afin d'intégrer la réflexion des groupes offres et les projets médicaux.

Elle rappelle que M. FAGON a demandé à l'ensemble des départements de la DPM de commencer à travailler sur les aspects socles. Ces derniers sont en train d'alimenter la réflexion des groupes en fournissant des données. Une fois que les groupes auront démarré et qu'il y aura un correspondant par groupe hospitalier sur le projet médical, l'articulation des calendriers sera plus simple. Des personnes provenant des sites, proposées par les directeurs exécutifs seront alors intégrées dans les groupes offres.

VIII. Contrat du Bon Usage (CBUS) : analyse par hôpital *(cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME)*

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que les hôpitaux sont entrés dans une dynamique de sécurisation des circuits du médicament et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Une nette évolution s'est produite par rapport à 2005. La plupart des hôpitaux MCO obtiennent

désormais un score supérieur à 80. Seul un hôpital MCO obtient un score légèrement inférieur à 80, en raison de la non-conformité d'un rendu de documents.

Tous les hôpitaux hors MCO obtiennent une note supérieure à 80, sauf Berck pénalisé par l'absence d'une COMEDIMS.

En MCO, 50 % des hôpitaux ont amélioré leur score, 45,5 % l'ont diminué tout en restant pour la plupart au-dessus du score institutionnel. L'hôpital Beaujon reste stable.

Hors MCO, la dynamique de sécurisation est importante, celle-ci étant plus facilement applicable selon les termes des CBUS. Tous sont en augmentation sauf deux hôpitaux stables.

Au niveau national, trois thèmes prioritaires ont été repris dans lesquels l'AP-HP rencontre également le plus de difficultés. Le premier concerne le circuit des DMI et la traçabilité. L'outil institutionnel en cours de déploiement est PhédraDM, l'outil de traçabilité de pause pour les chirurgiens et les interventionnels étant le SAG. Peu d'hôpitaux ont atteint l'objectif, à l'exception de ceux possédant un faible nombre de DMI et de l'HEGP, les autres rencontrant de réelles difficultés pour la mise en route de la sécurisation de ce circuit.

Le deuxième thème concerne la préparation centralisée des anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien : 53 % des poches restent non centralisées. La Pitié-Salpêtrière devrait atteindre très rapidement 100 % de reconstitution centralisée. Six hôpitaux doivent encore effectuer des travaux et la réflexion doit se poursuivre dans le cadre de la création des groupes hospitaliers.

Le troisième thème concerne la dispensation nominative des médicaments, réalisée par la PUI, qui recouvre trois étapes : l'analyse de l'ordonnance, la dispensation nominative sécurisée des médicaments et son accompagnement par des conseils de bon usage. Actuellement, l'analyse pharmaceutique des ordonnances dépendante de diverses contraintes (informatisation, temps...) n'est pas réalisée pour tous les services de l'AP-HP..

Par ailleurs, il n'existe pas de système automatisé capable de répondre à l'ensemble des besoins de l'AP-HP en ce qui concerne la préparation des doses unitaires de médicaments par patient . Des expériences sont en cours : automates de formes sèches, armoires sécurisées, système RDB et robots de dispensation globale permettant de sécuriser la distribution.

L'AP-HP a besoin sur ce sujet d'un projet institutionnel, actuellement inexistant.

Le comité de pilotage du CBUS procédera en 2009 à des visites dans les hôpitaux Cochin, Necker, Avicenne, Louis Mourier, Raymond Poincaré - Berck, Charles Foix et Paul Brousse. Ce dernier obtient un bon score mais de mauvaises réponses dans le suivi des prescriptions, les prescripteurs tendant à répondre hors groupe, ce qui peut s'avérer pénalisant en cas de contrôle par l'Assurance Maladie ou l'ARH.

M. SINGLAS souligne qu'il existe peu de différences entre les hôpitaux. Il s'avoue gêné par l'autoévaluation et le manque d'homogénéité des réponses aux items. Lorsqu'un item vaut plus de points, les hôpitaux tendent à s'en accorder davantage que dans la réalité. Les visites évoquées par Mme MONTAGNIER-PETRISSANS permettront de redresser ces points.

Dans l'ensemble, les hôpitaux parisiens obtiennent de bons résultats. Des efforts sont à mener pour renforcer la centralisation des cytotoxiques, réduire les retards de certains dans ce domaine et améliorer la sécurisation du circuit du médicament. La robotisation permettrait d'aller dans ce sens.

M. PINSON souligne que la dimension formelle du CBUS provient en partie de l'absence de moyens de l'ARH pour contrôler cette autoévaluation, sachant qu'un renforcement de ce contrôle par les ARS est annoncé en étape intermédiaire.

Par ailleurs, le CBUS a attiré l'attention sur deux sujets, ceux de la juste prescription et du circuit des médicaments et dispositifs médicaux. Cette démarche ne se substitue pas à une politique et peut inclure d'autres éléments.

En 2009, l'accent sera mis sur le circuit des médicaments, la continuité du travail, une meilleure utilisation des informations sur la prescription ainsi que sur le portage dans le domaine patient de l'outil de traçabilité des DMI développé à la Pitié-Salpêtrière.

D'autres lieux de réflexion et de portage s'ajouteront au CBUS, qui sont la COMEDIMS et le groupe offre « politique du médicament ».

M. CORIAT souligne que le CBUS inclut la problématique réglementaire et celle de la juste prescription.

Mme DEGOS estime qu'il ne faut pas oublier les dispositifs médicaux.

Selon **M. CAPRON**, la présentation du CBUS évoque l'accident survenu à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul en décembre. Il demande si les systèmes de prévention mis en place tiennent compte du retour d'expérience.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS répond que le robot mis en place actuellement à l'HEGP aurait évité la livraison du produit dans le service, grâce à un système de lecture de code-barres. Les systèmes non automatisés n'auraient pas fait abstraction de l'erreur humaine initiale, qui s'inscrit dans une chaîne.

Des automates commencent à être commercialisés en France mais restent des machines complexes dont la maintenance et le suivi humain demandent un effort important.

M. CORIAT ajoute qu'un effort doit également être mené sur l'étiquetage.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS répond qu'il faut effectivement renforcer l'étiquetage des solutés massifs, des ampoules et des gélules individuelles.

Mme GUINGOUAIN note que l'informatisation de la distribution des PUI évitera la livraison dans les services de produits non commandés, mais estime que le contrôle ultime reste le plus important. Elle rappelle l'importance de l'organisation des soins, les erreurs les plus fréquentes résultant d'une erreur d'identification ou des interruptions de soins. La distribution médicamenteuse doit être réfléchie à part.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS signale que les hôpitaux américains et australiens recourent à un système de code-barres avec alerte. Un tel système au moins pour les médicaments et les dispositifs médicaux faciliterait la sécurisation des circuits.

M. SEBBANE s'enquiert de la définition retenue pour définir les hôpitaux hors MCO, dont certains présentent aussi de l'activité MCO. Il demande s'il n'aurait pas été plus pertinent de parler d'activité MCO et hors MCO.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS reconnaît le bien-fondé de cette remarque. Elle explique que les réponses des hôpitaux ne permettaient pas d'établir cette distinction. Bien qu'imparfaite, cette classification avait pour but d'étudier les différences entre hôpitaux MCO et hors MCO, la sécurisation des médicaments s'avérant généralement meilleure dans les hôpitaux hors MCO.

M. SINGLAS signale le problème de la prescription des médicaments hors GHS, dont la part a cru de 20 % en 2008. Ces prescriptions seront sans doute étudiées de près par les ARS, exposant l'AP-HP à un risque de non remboursement. Il estime que l'AP-HP doit mener elle-même cet effort.

M. CORIAT se déclare conscient du problème.

IX. Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2009

M. GOTTMANN annonce l'ouverture de 75 postes de PU-PH sur 76 demandes formulées par l'AP-HP. Le poste d'immunobiologie à l'HEGP n'a pas été retenu.

Sur 38 demandes de MCU-PH, 36 postes ont été ouverts. Deux postes n'ont pas été retenus, l'un en urologie à Cochin, l'autre en orthopédie à Necker.

M. GOTTMANN annonce en odontologie l'ouverture de deux postes de PU-PH et de huit postes MCU-PH.

M. CORIAT rappelle que l'université de Paris V a réaffirmé son souhait d'une parfaite collaboration en transparence avec l'AP-HP. Les représentants de l'AP-HP ont réassuré l'université de leur volonté d'une étroite collaboration tout en insistant sur la nécessaire harmonisation des calendriers, la mise en oeuvre d'une démarche commune impliquant de pouvoir s'appuyer sur une même temporalité.

X. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. LYON-CAEN note que les demandes proviennent de services qui ont participé au blocage du codage et sollicite un état des lieux de la situation actuelle du codage avant de se prononcer.

M. CORIAT croit savoir que le codage était opérationnel en fin d'année dans les services concernés.

M. PINSON précise que l'AP-HP a opéré un rattrapage de 100 % en termes d'exhaustivité.

Les contrats d'activité libérale sont approuvés à la majorité avec 17 votes pour, 5 votes contre et 16 abstentions.

XI. Approbation du compte-rendu de la séance du 9 décembre 2008

Le compte-rendu de la séance du 9 décembre 2008 est approuvé à l'unanimité.

XII. Questions diverses

1. Conséquences de la non publication de la liste d'aptitude aux fonctions de chefs de service en 2009

M. HARDY s'enquiert des conséquences de la non publication de la liste d'aptitude 2009 pour les chefferies de service.

M. GOTTMANN explique que la nomination d'un chef de service obéit à une réglementation distinguant deux régimes selon la structure concernée.

Les responsables des structures créées en vertu de la réglementation antérieure à la nouvelle gouvernance sont désignés à partir de listes d'habilitation à diriger les services, établies chaque année au 1^{er} janvier par le ministère de la santé, sur arrêté conjoint du directeur général, du directeur de l'UFR et du président de la CME après avis du responsable de pôle, du CCM et de la CME.

Les responsables des structures internes aux pôles, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, sont désignés par arrêté signé par le responsable du pôle après avis du CCM, de la CME et du directeur de l'UFR, sans que l'inscription sur une liste nationale d'habilitation à diriger les services ne soit exigée.

Dans le cadre du projet de loi Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires (HPST), tous les services devraient perdre leurs spécificités juridiques, qu'ils soient ancienne ou nouvelle gouvernance. Les dispositions régissant les services de type ancienne gouvernance ont donc ainsi la vocation à disparaître si la loi est votée telle qu'en l'état.

En préfiguration du vote du parlement, la DHOS a fait part de sa décision de ne pas procéder à la publication de la liste nationale au titre 2009. Il ne sera donc pas possible de mettre en œuvre des nominations de type ancienne gouvernance en 2009 pour toute vacance intervenue à partir du 1^{er} janvier 2009.

Sous réserve de modification de structure, ces dispositions concernent à priori 93 nominations pour des renouvellements de postes à échéance de mandat quinquennal et 36 nominations liées à des départs en retraite.

Dans l'attente du vote de la loi HPST, la DHOS préconise de faire nommer tous les responsables de service par le responsable de pôle, dans le cadre de la procédure « nouvelle gouvernance », pour que l'exigence d'inscription sur la liste d'habilitation à diriger un service ne soit pas nécessaire.

M. CORIAT précise que la seule structure de référence dans le cadre de la loi HPST devient le pôle, désormais dirigé par un chef de pôle.

Selon la DHOS, tous les services font partie de la nouvelle gouvernance à partir du moment où il y a un renouvellement de poste ou une création faisant suite à un départ à la retraite. La loi reconnaît

aux institutions une liberté d'organisation interne. M. CORIAT propose de s'en saisir pour maintenir la lisibilité des services au sein du pôle. Les internes choisiront une spécialité et non un pôle réunissant des spécialités différentes.

M. SINGLAS demande si l'absence de publication de liste d'aptitude en 2009 ne concerne que ceux n'y figurant pas en 2008.

M. CORIAT répond qu'il s'agit d'une liste annuelle. Il sera possible de nommer des chefs de service dans toutes les chefferies de service vacantes jusqu'au 31 décembre 2008. Les conséquences évoquées s'appliquent aux chefferies de service libérées à partir du 1^{er} janvier 2009.

M. GARABEDIAN revient sur le problème des services. La médecine française lui semblait bien représentée au niveau international dans la recherche, sous l'impulsion des chefs d'équipe. Confondre les problèmes économiques et ceux de la structure hospitalo-universitaire serait une erreur, de même que confondre chefs de pôle et chefs de service.

Les CHU devront donc faire preuve de prudence. Un chef de pôle responsable économiquement est nécessaire, mais il ne remplit pas le rôle de chef de service hospitalo-universitaire. Il faut laisser une liberté de direction aux équipes hospitalo-universitaires, sous peine sinon de remettre en question la structuration de chaque pôle, à revoir à l'aune de l'activité médicale.

L'application de la loi HPST est telle, qu'elle conduira à revoir l'organisation de chaque pôle pour garantir une cohérence économique et médicale.

M. CORIAT réaffirme que l'organisation interne relève de la CME et de la gouvernance au sens large, ce que reconnaît explicitement la loi. Il faut trouver un équilibre entre le chef de service et le chef de pôle.

M. GARABEDIAN insiste sur la nécessaire cohérence des pôles, dans l'hypothèse où l'organisation reviendrait aux pôles et non plus aux services.

2. Réforme des attestations de formation spécialisées (AFS) et attestations de formation spécialisées approfondies (AFSA)

M. CAPRON annonce que la réforme des AFS et AFSA en diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et diplôme de formation médicale spécialisée appliquée (DFMSA) pour les diplômés hors communauté européenne est repoussée d'un an. Elle s'appliquera en novembre 2010, ce qui laisse du temps au groupe des internes pour étudier la mise en application du texte à l'AP-HP et espérer des modifications.

M. CORIAT ajoute que ce texte défavorise l'AP-HP, en ciblant des régions à démographie médicale problématique.

M. GOTTMANN ajoute que la conférence des DG de CHU a adressé une note au ministère listant les difficultés qu'appelle le projet de texte et demandant des ajustements.

3. Formation des internes

M. SCHLEMMER ajoute que les débats s'annoncent également difficiles pour les postes d'internat en Ile-de-France, pour des raisons de gestion politique de la démographie médicale. Il est choisi de favoriser les régions sous médicalisées par le numerus clausus du concours de P1 avec un accroissement des places ouvertes dans les facultés des régions concernées, ainsi que par l'affectation des postes d'internes par le ministère. Or ces dispositions ne tiennent pas compte des capacités de formation des différentes UFR.

L'Ile-de-France possède un tissu hospitalo-universitaire unique, à même d'assurer une mission de formation s'étendant au-delà de son territoire. Les facultés de certaines régions sous-médicalisées annoncent elles-mêmes qu'elles ne sont pas en mesure d'assurer la formation dans certaines spécialités. Des discussions importantes doivent être menées, dans lesquelles la CME devra se positionner en défendant sa capacité de formation.

M. VALLEUR sollicite l'opinion du président et du doyen sur l'ouverture de la Fédération d'hospitalisation privée à la formation des internes.

M. SCHLEMMER répond que la loi HPST prévoit l'ouverture de certains terrains de stage par convention dans des établissements privés, selon des conditions restrictives : sont exclusivement concernées les régions confrontées à un déficit potentiel de formation de la part des CHU, d'une manière telle qu'il s'agisse toujours de conventions avec une équipe, et non un établissement, pour une durée délimitée.

En revanche, confier la formation à des établissements privés dont ce n'est pas la mission pose problème au niveau des CHU à tous égards qui doivent donc faire preuve de vigilance sur la rédaction du contenu de la loi. Ce point est étudié par la commission Marescaux.

M. CORIAT affirme la présence des CME aux côtés des doyens sur ce sujet. Il souligne que les CHU disposent d'un verrou, les DES étant validés par des instances universitaires.

M. AIGRAIN estime que l'agrément des services constitue un autre verrou. Il appelle également à la vigilance et espère une solidarité nationale entre les CHU.

4. Informations sur les revendications et les actions programmées par le SNPHAR

M. DRU explique que le SNPHAR menait en 2008 des négociations avec le ministère sur la retraite des PH, la permanence des soins et la reconnaissance de la pénibilité des gardes et astreintes. Les négociations ont été rompues unilatéralement le 9 octobre 2008. Le SNPHAR a tenté de maintenir le contact, sans succès. Dans l'espoir d'une reprise du dialogue social, il a lancé la grève des 16 et 17 octobre 2008, qui a rassemblé 60 % des médecins PH de l'hôpital public.

Face à l'absence d'ouverture du ministère et dans le but de reprendre les négociations, le SNPHAR a décidé de durcir le mouvement et de n'effectuer les nuits et week-ends que sous assignation, ce qui s'apparente à une grève des gardes et astreintes pour l'administration. Puis, le SNPHAR a demandé aux praticiens de refuser tout travail dans des conditions tendues, mais selon une organisation intra-hospitalière permettant d'assurer des soins aux patients sans « écarteler » les praticiens entre plusieurs secteurs d'activité. Enfin, le SNPHAR est membre de l'intersyndicale de

l'INPH qui appelle à la rétention du codage depuis le 7 février 2009, sachant que les anesthésistes ne codent pas le plus souvent.

M. DASSIER précise que le codage des anesthésistes est effectué *de facto* lorsque les chirurgiens procèdent au leur. La rétention du codage s'avère certes particulièrement gênante, mais deux intersyndicales (INPH et CPH) préconisent la rétention du codage entre le 10 février et la fin de la procédure parlementaire sur la loi HPST.

M. CORIAT condamne cette décision qui atteint l'outil de travail de l'hôpital. La CME devra prendre position sur le problème.

M. VALLEUR estime que les syndicats se trompent de cible.

M. PINSON signale que la rétention du codage ne sera plus légale selon la loi HPST. Par ailleurs, elle pénalise l'hôpital sur sa recette ainsi que le temps de travail des DIM.

M. AIGRAIN ajoute qu'il faut poursuivre la révision du tableau de la permanence des soins et des gardes et astreintes, de façon à ce que la réduction de ces dernières permette une revalorisation significative de celles qui persisteront et dont la pénibilité aura pu être mise en évidence. Ceci s'inscrit dans les nouvelles modalités de financement mises en place sous la conduite des ARS et de la DHOS.

M. CORIAT acquiesce. Il pensait que la nouvelle réglementation du financement des gardes de la DHOS visait à revaloriser les gardes à forte pénibilité en diminuant le nombre de gardes globales. La création du Conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, placé sous la présidence de Pierre CARLI, lui semblait répondre en partie à la prise en compte de cette question.

M. DRU répond que le rôle du Conseil national de l'urgence ne comprenant pas les revendications syndicales, sa nomination ne remplace pas les négociations interrompues. Les éléments de désaccord proviennent du seuil de pénibilité élevé établi par la DHOS, sans compter de nombreux aspects allant à l'encontre du principe selon lequel la diminution du nombre de gardes permettrait de revaloriser celles restantes.

M. CARLI confirme que le Conseil national de l'urgence n'exerce pas de mission syndicale. En revanche, il travaille sur la manière d'assurer la permanence et la qualité des soins. Il doit apporter une base forte et prospective sur laquelle fonder les fondes. La valorisation financière des gardes et astreintes n'est pas de son ressort. Les deux sujets ne se recoupent pas totalement.

M. CHERON explique que le combat syndical doit être reconnu voire soutenu lorsque c'est nécessaire. L'appel à la rétention du codage relève d'une procédure d'urgence. Néanmoins, il ne faut pas se tromper d'ennemi. Le sujet a été fortement débattu en 2008, en envisageant notamment l'impact de ses conséquences financières sur les processus de révision des effectifs.

Dans l'hypothèse d'une rétention du codage, la CME devrait prendre position dès sa prochaine réunion.

M. CORIAT souscrit à cette proposition.

M. DASSIER note que la « rétention » et non la « grève » du codage représente sans doute une mesure d'urgence proposée par deux intersyndicales de PH pour faire pression sur les pouvoirs publics. Sa position sur la grève du codage n'a cependant pas changé sur ce point depuis juin 2008.

Il signale par ailleurs que certains médecins anesthésistes ayant voulu participer à la grève du 29 janvier 2009, qui portait notamment sur la défense du service public, ont été réquisitionnés abusivement, non pour assurer un service minimum mais pour que le service fonctionne strictement normalement. Il demande des explications sur ces réquisitions abusives qui se sont produites à l'hôpital Tenon et Louis Mourier, l'administration n'étant pas responsable de cet état de fait.

M. PINSON répond que l'administration adopte par rapport aux grèves une position de neutralité, de respect du droit de grève et de maintien du service public. Si des faits contestables apparaissent, ils seront étudiés.

M. DASSIER répond que tous partagent, en cas de grève, le principe du maintien d'un service public minimum, et non d'un service à niveau constant en recourant à des réquisitions abusives. Il signale d'ailleurs que dans les autres établissements de l'AP-HP, ce principe d'un service public minimum fut respecté.

M. PINSON répond que la mise en œuvre du service minimum et le respect du droit de grève sont les principes appliqués.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 05.

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

Mardi 10 mars 2009 à 08h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 25 février 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.

