

COMMISSION STRUCTURES ET STRATÉGIE

(Sous-commission de la CME)

RELEVÉ DE DÉCISION

Réunion du lundi 21 mars 2016 à 17 heures

1- Informations générales : P^r Paul LEGMANN

Programme des deux prochaines réunions de la sous-commission des structures et de la stratégie

Lundi 11/04/16 à 17 h	Marc DUPONT / P ^r SALOMON : point d'informations sur le décret du 11/03/2016
Lundi 09/05/16 à 17 h	– P ^r ORLIAGUET : collégiale d'anesthésie-réanimation ; – P ^r HÉLÉNON : Collégiale de radiologie.

Publication du décret du 11/03/2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

- Un point d'information juridique est prévu à la prochaine réunion (intervention de Marc Dupont – Direction des affaires juridiques) :
 - Nomination « sur proposition du PCME, après avis du chef de pôle » (initialement « sur proposition du chef de pôle, après avis du PCME »). Le chef de pôle voit-il son rôle diminuer ?
 - Les responsables des structures internes (+/- 1 400 structures) « sont nommés pour une période de quatre ans renouvelables ». Modalités de nomination et renouvellement ? En cas de modification de structure, faut-il procéder à une nouvelle nomination ? Appel à candidatures ? À ce jour, pas de procédure homogène d'un GH à l'autre sur les organisations des structures et les nominations des responsables médicaux.
- Règlement intérieur de la CME : est en cours de rédaction (groupe du P^r JY. ARTIGOU) et devrait prévoir une délégation auprès des CMEL (importance et rôle des sous-commissions+). Cependant, au sujet de la délégation de certaines responsabilités en local (intra pôles ; validation des instances locales), le PCME souhaiterait que la CSS continue d'apporter son éclairage sur des modifications / créations / suppressions de structures internes, notamment identification de risques de conflits.
- La réunion d'un groupe *ad hoc*, sous la présidence du PCME, composée de représentants de chacune des sous-commissions en cas de situation conflictuelle est envisagée.

2. Présentation de la collégiale de gériatrie : D^r Sylvie HAULON, P^r Laurent TEILLET ([présentation jointe en annexe](#))

Recrutements : à ce jour, pas de poste vacant à l'AP-HP à la différence de certains établissements de province.

Les recrutements à l'AP-HP se font surtout par voie de mutation interne, peu ou pas de recrutements externes.

Parfois, les logiques territoriales et GH ne coïncident pas (ex. : Mondor et Bécclère relèvent de GH distincts pour un même territoire de santé).

Recommandations de la collégiale sur l'évaluation des besoins en PM

UGA (10 lits) : 1 temps plein et 1 interne ;

SSR (20 lits) : 1 PHPT et 1 interne ;

SLD (50 lits) : 1 PHPT et 1 interne.

Internat de médecine gériatrique : création d'un DES « filiarisé » avec 40 postes maximum attendus en ÎDF. Fidélisation des internes++ dans un contexte où les besoins dans les ÉPS d'ÎDF sont jugés plus nombreux. Attractivité à maintenir : formation, accueil, compagnonnage, recherche, etc.

Socle de formation : 1 an d'UGA + 2 ans de mise en responsabilité (court séjour et autres spécialités / SSR gériatrique) + 1 an de pilotage d'une « petite » structure type HDJ, voire USLD.

Par ailleurs, l'organisation d'un semestre obligatoire pour les internes de médecine générale, urgences, médecine interne pourrait être généralisée, la réflexion est à partager avec les doyens.

À noter que la réforme du DESC a retiré un semestre en gériatrie pour les étudiants en médecine interne.

Peu de services universitaires de gériatrie : 12 PU-PH à Paris (40 en France)

Personnel non médical : personnel en nombre souvent insuffisant par manque d'attractivité ; déficit d'encadrement.

Prévoir un stage obligatoire en gériatrie pour les élèves IDE ? Réflexion à mener avec les directeurs des soins.

Le transfert de compétences pose problème car il suppose du PNM très motivé et encadré.

Des projets restructurants à l'AP-HP : Adélaïde-Hautval ; Paul-Doumer (mission pilotée par le P^r L. CAPRON) ; Joffre ; engagements d'investissement dans le cadre du CPOM SLD : Sainte-Périne, Paul-Brousse, Émile-Roux et la Collégiale.

Structuration des UGA :

Service MCO ou service SSR ?

⇒ Les deux ne répondent pas aux mêmes besoins mais ont leur place.

Dimensionnement à prévoir ?

⇒ En fonction du nombre de passages aux urgences (ex. : 70 % des patients de Émile-Roux proviennent du SAU de Henri-Mondor), du bassin de population, territoire et partenariats existants...

Lien entre UGA et SSR ?

Postes partagés entre UGA/SSR ?

⇒ La collégiale est réservée. Problème de disponibilité de l'assistant. Préférence pour un AH temps plein qui tourne tous les ans.

UGA spécialisée, onco-gériatrie ?

⇒ En plein essor, mais prospective (notamment capacitaire) reste difficile pour les gériatres.

Capacitaire ?

⇒ 10 lits d'UGA / établissement seraient jugés nécessaires.

⇒ Ratio lits SSR/UGA : prévoir x 2 en SSR ?

Lien entre SLD / EHPAD

⇒ Transférabilité vers les ÉHPAD++ : réduction du nombre de lits de SLD (cible +/- 1 000 lits ?) mais avec de meilleures conditions d'hébergement et des ratios de personnels supérieurs pour des patients qui seront en définitive plus lourds.

Virage ambulatoire ?

⇒ Il est difficile en SSR : les équipes mobiles seraient sans doute plus adaptées pour éviter le déplacement des personnes âgées ?

⇒ L'HÀD n'est souvent pas adaptée car elle ne fonctionne pas la nuit pour des soins techniques indispensables.

UPOG

⇒ Partage de « territoires » entre l'orthopédie et la gériatrie. Les UPOG concernent tous types de chirurgie, pas uniquement la chirurgie orthopédique. Ratio UPOG / UGA sont équivalents.

3- Modifications de structures médicales

- Hôpital d'Hendaye (pour avis : changement intitulé de pôle)
- HU Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix (régularisation)

⇒ Sans observation

Lundi 11/04/16 à 17 h	Salle Louis Mourier (2 ^e étage, av. Victoria)
-----------------------	--