

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 8 FEVRIER 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 8 MARS 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 8 février 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Présentation du nouveau site Internet de la CME.
- 2- Conclusions du groupe de travail sur les activités de réanimation adultes de l'AP-HP.
- 3- Ethique de la fin de vie.
- 4- Présentation du conseil scientifique et du comité de pilotage de la recherche.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 7- Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2005.
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 janvier 2005.
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Additif à la révision des effectifs HU pour un emploi de PHU au titre de l'année 2004.

Composition C

- Avis sur les candidatures aux fonctions de chef de service ou chef de département au titre de l'article R 714-21-4 du code de la santé publique.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel, à titre provisoire.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à plein temps hors CHU, à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation, au titre de l'année 2005.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un MCU-PH.

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2005.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. le Pr CORVOL, président du conseil scientifique,
 - M. le Pr LEMAIRE, délégué à la recherche clinique du GHU est,
 - M. LIFCHITZ, direction de la politique médicale,
 - M. SUDREAU, adjoint au directeur de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de MM. PICARD, RICHARD et SALES avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Présentation du nouveau site Internet de la CME.

En propos liminaire, le **président** indique avoir évoqué dès le début de l'actuelle mandature de la commission médicale d'établissement, la nécessité d'améliorer la transparence de son action. La représentativité médicale de l'instance nécessite de faire connaître aux collègues la teneur de ses travaux et de ses débats. A cet effet, les actions menées par le groupe de la CME « informations-relations extérieures » animé par M. FAGON ainsi qu'une retranscription plus détaillée dans les comptes rendus des débats des séances, ont contribué à progresser dans cette voie. En outre, le projet de site Web de la CME, aujourd'hui finalisé, permet dorénavant la consultation des informations.

Il donne ensuite la parole à M. LIFCHITZ pour présenter le site.

M. LIFCHITZ en décrit les principales rubriques :

- l'organigramme et les missions de l'instance ;
- les réunions : le calendrier, l'ordre du jour, les comptes rendus et les documents préparatoires ;
- les revues « on line » : accès automatique sur Intranet ou avec le mot de passe et le login sur Internet ;
- l'actualité ;
- la recherche à partir d'un mot-clé.

Après avoir réalisé une démonstration au travers de ces rubriques, de la navigation et du plan du site, il précise que ces différentes fonctionnalités sont accessibles sur Internet. Il termine son exposé en signalant qu'en s'identifiant une fonction permet de mentionner l'ensemble des nouveaux documents mis en ligne depuis la précédente consultation du site, dans la rubrique « nouveautés ».

Le **président** énonce l'adresse du site : <http://cme.aphp.fr> avant de remercier les membres du GIRE, M. LIFCHITZ et Mme DIVIEN pour leur aide précieuse dans sa réalisation. Bien qu'encore incomplet, cet outil est appelé à devenir un instrument de transparence. Le site comprend un volet accessible uniquement aux membres de la CME et aux présidents des comités consultatifs médicaux et un autre ouvert à tous.

II - Conclusions du groupe de travail sur les activités de réanimation adultes de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Le **président** introduit le sujet en indiquant qu'un groupe de travail composé de représentants de la CME et de la direction de la politique médicale, co-dirigé par M. RICHARD et M. SUDREAU a établi un point sur les activités de réanimation adultes suite à la publication d'un décret et du travail réalisé par M. LEMAIRE sur ce thème.

En préambule, **M. SUDREAU** signale que toutes les unités de réanimation adultes de l'AP-HP devront faire l'objet d'une mise aux normes et recevoir l'autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en avril 2007.

Il détaille d'abord le champ étudié (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé) et la méthodologie utilisée avant de développer les résultats de l'étude réalisée sur vingt hôpitaux. Ces résultats montrent :

- une convergence des propositions du groupe de travail et de quatorze sites. Un écart a nécessité un arbitrage pour six sites ;

- une augmentation de l'offre globale de soins et un rééquilibrage entre les capacités de réanimation et de surveillance continue. Il y a aujourd'hui 826 lits (725 lits de réanimation et 101 de surveillance continue) ; les orientations finales se traduisent par une capacité globale de 856 lits répartis entre 547 lits de réanimation et 309 de surveillance continue. Cette perspective, rendue possible par l'enveloppe de 8 millions d'euros prévue dans le projet de Plan Stratégique 2005-2009 et les possibilités de redéploiement au niveau des sites permet, en outre, de se mettre en ordre de marche dans le cadre de la T2A.

M. SUDREAU fait également état de l'impact positif de cette démarche dans la perspective de la T2A et de la dynamique positive engagée tant avec l'ARH dans une volonté partagée d'organisation qu'au sein des hôpitaux à travers la logique de regroupement.

La mise en conformité des locaux est désormais à engager, les modalités de fonctionnement des unités de surveillance continue reste à approfondir de même que le codage de l'activité. Il conviendra enfin d'entreprendre une réflexion complémentaire sur les réanimations de chirurgie cardiaque, ainsi que sur les soins intensifs afin de réaliser un repérage et un calibrage précis de cette activité.

Au terme de l'exposé, le débat est ouvert.

Ce travail relatif à l'application des textes était particulièrement attendu, observe **M. LAPANDRY**, notamment pour les lits de surveillance continue, objets d'un dysfonctionnement majeur. Cependant, l'adéquation entre l'offre de soins de réanimation et la demande accrue à certaines périodes de l'année n'est pas évoquée alors que les SAMU savent que le manque de lits de soins continus empêche de libérer les lits de réanimation. Aussi espère-t-il des modifications prochaines dans ce domaine.

En outre, le volet relatif aux critères d'admission en réanimation n'est pas évoqué, or des conflits naissent parfois entre les médecins et les réanimateurs sur l'appréciation du besoin, de même que le devenir des unités de réanimation au sein des services de chirurgie autres que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

M. CARLI se déclare satisfait de la méthodologie retenue par le groupe de travail auquel il a participé et des résultats obtenus qui éviteront à l'institution d'une part des problèmes financiers majeurs et d'autre part des conséquences néfastes pour le fonctionnement des services qu'aurait pu entraîner une mise aux normes de la totalité des lits actuellement consacrés à la réanimation. M. CARLI est ainsi très favorable à la création de lits de surveillance continue qui manquent au bon fonctionnement des hôpitaux.

Par ailleurs, il importe de mener une réflexion sur l'organisation des réanimations chirurgicales et de se mettre en conformité avec la réglementation notamment en matière de compétence des responsables d'unités et des chefs de service. Cette démarche doit se dérouler, selon lui, dans un esprit de transparence et d'échange et non de dogmatisme.

Enfin, s'agissant des soins intensifs, l'intervenant demande si des contacts ont été pris avec l'ARH très directive avec les centres hospitaliers dans ce domaine. La situation aboutit à un contingentement des soins intensifs médicaux et à une quasi-inexistence des soins intensifs chirurgicaux au profit de soins continus ou de réanimation chirurgicale identifiés.

M. SCHLEMMER dit sa satisfaction quant aux conditions de fonctionnement du groupe de travail, mais souligne certains éléments qui demeurent méconnus notamment les conséquences de la densification de l'activité des lits de la réanimation lourde. En effet, le ratio de personnel soignant par lit de réanimation pris en compte correspond aux données du décret calculées sur l'activité actuelle basée sur des patients aux pathologies plus ou moins lourdes.

En outre, les lits de surveillance continue, pour lesquels la valorisation de l'activité reste à définir, consommeront davantage de moyens que ceux prévus car ils concernent des patients nécessitant une surveillance rapprochée.

Pour finir, **M. SCHLEMMER** aborde le problème de l'informatisation de l'activité de réanimation et sur un plan général déplore le retard pris par l'AP-HP sur le dossier prioritaire des moyens informatiques dédiés aux patients, afin de permettre le suivi de l'activité et de garantir la qualité des soins et la sécurité des malades.

Après avoir noté la nécessité de progresser rapidement sur le chapitre des réanimations chirurgicales spécialisées, **M. DASSIER** demande qui va s'occuper des lits supplémentaires de surveillance continue, qui constituent une véritable nécessité, et s'ils généreront de nouvelles listes de garde ou d'astreinte. Il souhaite également connaître la manière dont le schéma proposé s'inscrit dans la logique des pôles.

Pour **M. FAGON**, la démarche permet de s'adapter à la T2A et de se conformer au décret mais il suggère de ne pas identifier physiquement les lits de surveillance continue afin d'éviter des mouvements répétés de malades. D'autre part, il s'inquiète des conséquences de la déqualification d'une partie des lits de réanimation sur la tarification.

Les propositions formulées paraissent positives à **M. DESMONTS** notamment la transformation de lits de réanimation en lits de surveillance continue, car ces derniers occupant par le passé des lits en salles de réveil étaient source de dysfonctionnements.

Par ailleurs, il voudrait connaître l'approche retenue pour le regroupement des services de réanimation dans le cadre de la création des pôles.

M. LE HEUZEY s'étonne de l'absence des cardiologues dans les concertations à mener sur les réanimations de chirurgie cardiaque or ils interviennent en amont et en aval de la chirurgie cardiaque. Paris compte quatre services de réanimation cardiaque situés dans des centres lourds médico-chirurgicaux, au sein de pôles cardio-vasculaires.

Les lits de surveillance continue suscitent de l'inquiétude dans le secteur pédiatrique signale **Mme ABADIE** car ils s'avèrent susceptibles d'attirer des enfants hospitalisés actuellement dans des unités d'hospitalisation traditionnelle dotées d'un moindre ratio d'infirmiers. Ces lits risquent donc de ne pas être en nombre suffisant.

L'adéquation entre le nombre des personnels qualifiés appelés à assurer la continuité des soins et la charge de travail imposée par cette continuité a-t-elle été vérifiée, s'enquiert **M. CORIAT**.

M. CHAUSSADE demandant si les chiffres relatifs à la réanimation cités incluent les lits de soins intensifs, **M. SUDREAU** répond par la négative avant d'apporter un certain nombre de précisions suite aux remarques formulées.

Les chiffres traduisent l'activité, analysée avec précision, au cours de quatre années. Les marges importantes de sécurité prévues permettent d'affronter une éventuelle augmentation de l'activité occasionnée par une modification de l'environnement.

S'agissant des soins intensifs, certains hôpitaux ont déjà isolé et quantifié des unités, sur la base d'un dimensionnement crédible, en hépato-gastrologie, en pneumologie ou en cardiologie. Néanmoins, il est prévu d'initier un travail dans ce domaine sur le modèle de celui réalisé pour la réanimation.

Les textes relatifs aux ratios des personnels pour la surveillance continue n'étant pas encore publiés, le chiffrage proposé tient compte des ratios actuels des personnels non-médicaux. La somme de huit millions d'euros annoncée intègre la mise à niveau qui s'opérera.

Quant à la T2A, il rappelle l'importance du codage de l'indice de gravité de l'état du patient accueilli en réanimation pour obtenir les financements T2A et signale que l'ARH lors d'un contact informel s'est montrée en phase avec la vision de l'AP-HP selon laquelle l'élément déterminant de la tarification est la lourdeur du cas.

Mme PANNIER fait part de l'existence d'un document (technique de l'ARH) sur le sujet qui peut être interprété de deux façons. La première des deux interprétations possibles consiste à identifier physiquement des lits de soins continus et des lits de soins de réanimation au sein d'une unité. Ce cas de figure impliquerait de transférer les patients de lits de réanimation à des lits de soins continus à mesure de l'évolution de leur état.

Dans une seconde interprétation, on pourrait disposer de deux unités de recueil médical, l'une dédiée à la réanimation, l'autre aux soins continus. L'activité médicale pour un même lit physique serait alors codée en fonction du type de soins dont bénéficieraient les patients (réanimation ou soins continus) dans les unités de recueil médical correspondantes. Mme PANNIER pense qu'il faudrait s'en tenir à cette dernière interprétation. Elle souligne qu'en tout état de cause, l'ARH ne souhaite pas empêcher les mutualisations de moyens et multiplier les déplacements de patients.

Après avoir évoqué le dispositif mis en place avec l'ARH permettant de surveiller l'activité des services d'urgence et d'anticiper les difficultés à venir, la **directrice générale** mentionne une augmentation du nombre des passages aux urgences et des hospitalisations en raison de l'épidémie de grippe, provoquant des tensions au sein des services d'urgence. Aussi, des mesures seront prises pour mettre à disposition des lits d'aval dans les services d'adultes modifiant peut-être l'activité programmée.

Selon l'institut national de veille sanitaire et les données relatives à la cinétique de l'évolution de la grippe, intervient **M. HOUSSIN**, le pic de l'épidémie n'est pas encore atteint. La situation devrait continuer à se dégrader au cours des quinze jours prochains.

III - Ethique de la fin de vie.

La présentation de **M. LEMAIRE** s'attache à expliquer les grandes lignes de la proposition de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie votée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 30 novembre 2004 (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé).

Alors que 90 % des décès en Ile-de-France se produisent à l'hôpital, la fin de vie n'a jamais constitué une préoccupation particulière des médecins lesquels pratiquent la médecine pour soigner les malades et non pour les accompagner vers la mort. D'autre part, le sujet produit un sentiment d'insécurité juridique qui fait craindre aux médecins parfois à juste titre, leur parution devant la justice engendrant une certaine clandestinité des mesures prises.

Après avoir décrit le contexte et détaillé les avancées majeures apportées par le texte, le rapporteur mentionne les prochaines étapes du processus :

- l'examen de la proposition de loi par le sénat ;
- la description de la procédure collégiale et la publication du décret relatif à la directive anticipée ;
- la mise en application des dispositions dans les hôpitaux.

Il conclut sur le constat accablant d'une étude réalisée en France sur ce thème et publiée prochainement. Elle révèle que les malades meurent souvent seuls à l'hôpital, sans famille ni médecin, illustrant ainsi l'incapacité de la communauté médicale à prendre en compte ce sujet.

Puis à l'adresse du **président** qui s'interroge sur la directive anticipée, **M. LEMAIRE** précise qu'elle répond à la demande d'une association pro-euthanasie visant à créer un « testament de vie » qui aurait permis aux médecins de mettre un terme à la vie des personnes qui le souhaitent. Le texte prévoit simplement que les personnes conscientes pourront écrire leur volonté, indicative et non imposée aux médecins, concernant la fin de l'acharnement thérapeutique. On ignore s'il s'agira d'une déclaration simplement rédigée par le patient ou inscrite dans un registre national.

Suite au vote du texte, des médecins de l'AP-HP se sont exprimés dans la presse, aussi **M. CORIAT** pense que l'institution devrait définir sa position officielle.

Après avoir salué le travail considérable réalisé par M. LEMAIRE notamment auprès des parlementaires ou dans la préparation des textes réglementaires, il ne semble pas anormal à **M. HOUSSIN** que dans un contexte de débat parlementaire encore en cours des personnes intéressées par le sujet expriment leur point de vue même si on peut parfois regretter la forme des interventions.

Mme DEGOS déclare que le groupe prospective et stratégie de la CME se porte volontaire pour engager une réflexion sur la mise en place de ces nouvelles dispositions au sein de l'AP-HP, initiative saluée par le **président**.

Dans la réalité, ce sont les infirmiers et aides-soignants qui accompagnent la fin de vie, observe **Mme BRESSAND**. Cette réflexion ne peut donc s'envisager sans leur forte participation au groupe de travail. Elle s'étonne que les parlementaires n'aient pas entendu les professionnels qui quotidiennement prennent en charge les malades en fin de vie.

Par ailleurs, devant la possibilité d'arrêt de l'alimentation elle insiste pour que soient étudiées et réfléchies les conséquences pour les malades, leurs familles ainsi que les infirmiers et aides-soignants qui seront confrontés à la mort lente de malades dénutris.

M. AIGRAIN fait connaître que les chirurgiens pédiatres se sentent moins encadrés que les chirurgiens pour adultes dans les décisions qu'ils prennent de manière collégiale et dont la traçabilité est assurée.

Avant sa mise en oeuvre, il importe d'expliquer le dispositif aux hôpitaux gériatriques, observe **M. PIETTE**. Un nombre considérable d'individus meurt après 80 ans. Les ratios actuels des personnels des services de soins de suite induisent la solitude lors du décès mentionnée par M. LEMAIRE. De plus, le nombre des places dans les services de soins palliatifs s'avère bien inférieur au nombre des personnes susceptibles d'y accéder.

M. BAGLIN demande si la loi prévoit de s'appliquer aux patients survivant à raison de trois séances de dialyse par semaine et dont la qualité de vie s'avère médiocre, outre le déclin de leur conscience.

Selon **M. CARLI** il conviendra de définir des modalités pratiques d'application communes aux services d'urgence de l'AP-HP et si possible à l'ensemble des professionnels.

En réponse aux interventions, **M. LEMAIRE** précise un certain nombre d'éléments.

La loi n'empêchera pas les convictions personnelles des médecins et tandis que le texte fait l'objet d'un consensus, les partisans de l'euthanasie continueront de s'exprimer.

S'agissant de son travail auprès des parlementaires, il rend hommage à **M. FAGUIEZ** qui outre les messages positifs qu'il a véhiculés, il a fourni des précisions pratiques à chaque article de la proposition de loi, traduisant la volonté du législateur.

Les infirmiers et les aides-soignants participeront évidemment à la démarche d'autant que les mesures de fin de vie prises dans les services sont jugées positivement par 80 % des médecins contre 30 % seulement par les infirmiers.

En raison de la présence des parents, la pédiatrie constitue en effet un cas particulier pris en compte dans un texte du groupe des réanimations pédiatriques.

Quant aux patients évoqués par **M. BAGLIN**, la loi prévoit l'arrêt des soins après consultation de la famille, un dément étant considéré comme une personne inconsciente.

Fondées sur la réflexion et la délibération, les mesures ne peuvent s'appliquer dans une ambulance du SAMU ni dans un service d'urgence. Relativement récente au sein des spécialistes de ces disciplines, la préoccupation sera manifestement à l'ordre du jour dans les mois et années à venir.

En conclusion, le **président** suggère une nouvelle intervention de **M. LEMAIRE** à l'issue de la réflexion que conduira le groupe prospective et stratégie.

IV - Présentation du conseil scientifique et du comité de pilotage de la recherche.

La parole est donnée à **M. CORVOL** pour exposer le dossier portant sur le conseil scientifique et sur le comité de pilotage de la recherche clinique (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé).

La présentation traite d'abord de la continuité de la recherche entre la recherche biologique et l'application de la recherche clinique aux soins et les deux blocs de translation reliant la recherche biomédicale de base à la recherche et à la connaissance clinique et aux gains de santé.

Puis le rapporteur décline l'organisation de la recherche clinique au sein de l'AP-HP, la composition, les missions et le fonctionnement du conseil scientifique, du comité de pilotage de la recherche clinique et du développement (DRCD), de la commission d'expertise scientifique, des délégués à la recherche clinique (soit un par GHU).

Il détaille enfin les outils de la recherche clinique et les missions opérationnelles du DRCD et conclut sur la nécessité de communiquer et d'informer à l'ensemble de la communauté hospitalière le programme mis en oeuvre afin que tous ceux qui ont un intérêt pour la démarche de recherche clinique soient en mesure d'y participer.

Le **président** se félicite de l'avancée du programme tout en soulignant que l'action se déroule en relation avec la CME, représentée au sein du conseil scientifique et du comité de pilotage de la recherche.

Elément essentiel des programmes de recherche, l'évaluation semble source de difficultés car si les collègues citent l'institut de recherche financeur des travaux, ils omettent de mentionner l'AP-HP et l'hôpital d'appartenance dans leurs publications.

Le département de la recherche clinique semble s'appeler actuellement département de la recherche clinique et du développement. Il s'appelait au début DRC puis DRRC lorsqu'il y a eu la discussion régionale des PHRC.

Le président pense qu'il serait bon de fixer une fois pour toute une dénomination stable au département de la recherche clinique de l'AP-HP.

Si l'AP-HP apparaissait dans les publications, indique **M. CORVOL**, elle occuperait la première position du classement réalisé à Shanghai dans lequel Paris VI tient le premier rang français. La **directrice générale** signale qu'il faut substituer une virgule au « / » à la suite de l'organisme de recherche pour que la mention AP-HP soit prise en compte. **M. CORVOL** ajoute que l'unité de formation et de recherche médicales Georges Pompidou – Broussais figure en cinquième position française dans le classement car les collègues ont pris soins de mentionner l'AP-HP dans leurs publications.

M. BEST précise que le département de la recherche clinique et du développement fait partie de l'organigramme de la direction de la politique médicale tandis qu'il constitue une délégation régionale à la recherche clinique pour le ministère car il porte l'ensemble des projets de la région Ile-de-France dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ministériels.

Le rôle de la CME et de sa commission université, intervient **M. NORDLINGER** consiste à assurer la traduction des besoins de la recherche en termes de structures et de nominations.

Après avoir noté qu'il semble peut-être plus simple de comptabiliser les publications dans de prestigieuses revues anglo-saxonnes, il avise que certaines disciplines ne peuvent s'inscrire dans ce cadre ; aussi, examiner les publications dans des revues moins prestigieuses consentirait de mieux prendre en compte l'effort souscrit par certains hôpitaux.

Le terme générique de « recherche médicale » induit la dilution de l'action menée dans le domaine pharmaceutique, remarque **M. LEVERGE** qui rappelle l'existence des facultés de pharmacie. Il préside la section sciences du médicament du conseil national des universités regroupant sept cents enseignants chercheurs, des unités du CNRS et de l'INSERM et cent trente praticiens hospitaliers qui participent au quotidien à la recherche clinique. Ce sujet le préoccupant particulièrement, il souhaite que le terme générique de « recherche médicale » n'exclut pas la recherche médicamenteuse ou pharmaceutique.

M. MAMAN reprend ce propos au profit de l'odontologie laquelle, jeune discipline hospitalière, réalise des efforts importants notamment dans le domaine de la recherche clinique, pour s'intégrer dans la démarche. Il plaide pour qu'elle ne soit pas oubliée dans la mise en oeuvre du processus.

Les hôpitaux et les CCM n'ont pas été cités au cours de la présentation déplore **M. FAGON** pour qui il importe que la communication soit réalisée à leur niveau notamment en direction des patients. Il regrette par exemple que la décision prise lors de la dernière réunion de la CME concernant le centre d'investigation biologique du GHU ouest n'ait pas aussi été adressée aux directeurs et présidents de CCM.

Depuis une dizaine d'années, selon **M. AIGRAIN** un important effort a été produit en matière de structuration transversale, en particulier grâce à l'action de la commission université. Néanmoins, il convient de réfléchir à la manière de mieux identifier la recherche clinique au sein des pôles d'activité médicale en octroyant par exemple des labels à des services, des pôles ou des parties de pôles. L'hôpital doit en effet jouer un rôle important dans la démarche proposée. De plus, l'ambitieux plan de financement évoqué par la direction générale doit pouvoir bénéficier non exclusivement aux structures créées autour des CIB et des centres de recherche biologique mais aussi aux unités cliniques labellisées.

Un grand nombre d'acteurs intervenant dans le domaine de la recherche clinique, **M. DUSSAULE** s'interroge sur l'articulation entre le travail des conseils scientifiques des différentes UFR et du conseil scientifique de l'AP-HP.

M. LE HEUZEY demande si l'augmentation des budgets de la recherche permettra de pallier la faiblesse des appointements des attachés de recherche clinique lesquels rejoignent souvent le secteur privé une fois formés.

Dans la mesure où peu d'internes participent à la recherche clinique, **M. GUILLEVIN** estime utile de développer, auprès des internes volontaires, une activité de recherche clinique en milieu ou fin d'internat, outre l'année de recherche réalisée souvent en laboratoire. Une telle démarche offrirait aux internes l'occasion d'enrichir leurs titres et travaux.

Pour **Mme SCHLEGEL** la présentation montre bien l'importance du rôle de la biologie et de l'imagerie dans la recherche alors que le compte rendu du conseil stratégique évoque des pôles prestataires en ces deux domaines. Elle appelle donc une correction afin de rétablir la réalité.

M. CORVOL fournit des éléments de réponse aux remarques exprimées.

Pour avoir contribué fortement au progrès de la recherche médicale, il place l'imagerie à un niveau élevé et ne l'identifie en aucun cas à une prestation de service.

Il prend acte que la pharmacie devra être explicitement citée dans les prochaines présentations et concernant l'odontologie, il indique que toutes les recherches sont enregistrées.

L'hôpital doit en effet jouer un rôle dans le domaine de la recherche mais il importe d'éviter la dispersion. Ce rôle peut s'envisager sous deux angles. Dans la première approche, l'hôpital doit manifester son projet dans le cadre d'une harmonisation entre ses pôles forts cliniques et les investissements lourds susceptibles d'être réalisés par les EPST (INSERM, CNRS...). La seconde approche correspond à l'utilisation des banques de données dans le cadre des études – domaine totalement négligé à l'heure actuelle. L'hôpital doit alors mener une réflexion en amont destinée à organiser son recrutement en patients, ses banques de données de manière à participer à la recherche clinique et thérapeutique.

L'articulation entre l'action du conseil scientifique de l'AP-HP et celle des UFR passe par une réflexion à mener avec l'université.

Le financement et la labellisation des équipes médicales constituent un problème car à l'origine de la création des CIC s'opposait la conception d'une distribution de moyens à quelques services phares intervenant dans plusieurs hôpitaux à celle de centraliser les moyens de manière transversale. L'orateur défendait la seconde thèse qui a d'ailleurs prévalu et rappelle que les projets sont nombreux face à un budget et à des effectifs limités.

Enfin, il partage l'idée de se montrer plus incitatif auprès des jeunes collègues pour les attirer vers la recherche non seulement biologique mais aussi pour d'autres thèmes dont la recherche clinique et en santé publique.

Mme VAN LERBERGHE remercie M. CORVOL d'avoir souligné la décision de la direction générale de quadrupler dans le cadre du futur plan stratégique les crédits alloués à la recherche clinique. En revanche, elle s'inquiète des réactions des membres qui aspirent à un saupoudrage des moyens alors que le pari du plan stratégique est de tirer bénéfice de l'unité de l'AP-HP en concentrant les moyens et de faire émerger des coopérations entre les équipes de l'AP-HP.

Il importe d'être conscient de ce qui fonctionne au sein de l'institution. A cet égard, la directrice générale mentionne les résultats obtenus en 2004 qui se traduisent par une augmentation de l'activité et une maîtrise des dépenses. Elle formule le vœu pour ce qui concerne la recherche que l'année 2005 apporte la preuve d'un progrès considérable fondé sur le regroupement des forces.

A cette fin, elle souhaite que le comité de pilotage et le conseil scientifique déterminent les indicateurs identifiant les progrès accomplis au cours de l'année 2005 qui pourront servir de base aux demandes d'utilisation des crédits. Tout en soulignant la qualité du travail fourni jusqu'à présent, elle espère que les propositions qui seront mises en oeuvre produiront un effet de levier permettant de passer à un stade supérieur en termes de résultats. Pour elle, les mots clés de cette démarche sont l'orientation et la sélectivité.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME approuve par 17 voix pour, 1 contre et 17 abstentions les renouvellements et les nouveaux contrats d'activité libérale.

VI - Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.

L'instance prend connaissance de la désignation des responsables d'unités fonctionnelles.

VII - Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2005.

M. ANTONINI signale la création à l'AP-HP de vingt postes de PU-PH et de sept postes de MCU-PH au titre de la recherche, alors que la création d'une quarantaine d'emplois seulement avait été annoncée au niveau national (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé). Ce résultat est très positif et souligne la place que représente l'AP-HP en ce domaine.

Il signale que la demande de création d'emploi de PU-PH en cancérologie avec une affectation hospitalière à l'hôpital Paul Brousse, a bien été retenue mais avec une localisation à l'Institut Gustave Roussy. Une demande de rectificatif a été formulée. Si cette création d'emploi s'inscrit bien dans le cadre d'un partenariat envisagé avec l'IGR, l'activité concernée a vocation à être exercée sur l'hôpital Paul Brousse.

M. LACAU ST GUILY souhaite savoir sous quel délai l'erreur sera rectifiée au regard de l'importance de cet emploi dans le cadre de l'organisation du pôle régional sud en cancérologie. **M. ANTONINI** précise que la DPM, en accord avec le doyen saisira formellement les autorités de tutelle et informera la CME des suites du dossier.

VIII - Approbation du compte-rendu de la séance du 8 février 2005.

Le compte-rendu est approuvé sans observation.

IX - Question diverse.

La chirurgie ambulatoire

M. MADELENAT fait part d'un rapport émanant de la caisse nationale d'assurance maladie relatif à l'évolution des parts de marché de la chirurgie classique et de la chirurgie ambulatoire. A la lecture du document on perçoit les nombreuses améliorations que l'AP-HP doit entreprendre en matière de chirurgie ambulatoire. A cet égard, il déplore que les grandes orientations portées par la CME ne sont pas relayées avec efficacité au sein des hôpitaux.

Aussi, en attendant la mise en oeuvre des mesures du futur plan stratégique, il souhaite que la CME dispose d'un moyen pour rappeler aux directeurs d'établissements de soutenir les initiatives prises par les services qui tentent de développer de vrais secteurs de chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire et les autres activités ambulatoires intervient **M. HOUSSIN** figurent bien parmi les priorités du projet de plan stratégique 2005 – 2009 qui sera soumis à l'approbation du conseil d'administration le 21 mars prochain. La méthode contribuant à développer la chirurgie ambulatoire en fonction de la situation des sites est en cours de préparation et la phase opérationnelle s'effectuera après le vote du CA.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures.

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

Mardi 8 mars 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 16 février 2005 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.