

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 10 MAI 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 7 JUIN 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 10 mai 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire est.

- 2- Appel d'offre de l'année 2005 pour la labellisation des centres de référence des maladies rares :
 - avis sur les dossiers présentés par l'AP-HP ;
 - avis sur la participation d'équipes de l'AP-HP dans les dossiers présentés par d'autres centres hospitaliers universitaires.

- 3- Formation continue des médecins :
 - bilan de l'année 2004 ;
 - point sur l'accès à l'information médico-scientifique.

- 4- Avis sur des fiches de missions et structure.

- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.

- 6- Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

- 7- Approbation du compte-rendu de la séance du 5 avril 2005.

- 8- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU au titre de la révision des effectifs HU 2004.
- Propositions d'emplois de PHU au titre de la révision des effectifs HU 2005.

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticiens responsables de pôles cliniques ou médico-techniques.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de trois MCU-PH.

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. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - 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,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur par intérim de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme le Pr DALL'AVA, présidente de la commission de la formation continue des médecins,
 - M. le Dr DAVID, formation continue des médecins,
 - M. le Dr SEGOUIN, commission de la formation continue des médecins,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

Le président **de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de M. LEGRAND puis il engage l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Point sur la préparation des projets d'hôpitaux du groupement hospitalier universitaire est.

Les orientations stratégiques pour la période 2005 – 2009 du GHU Est sont exposées par M. OMNES directeur exécutif du GHU et par M. CORIAT président du comité consultatif médical du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière (cf. document mis en ligne sur le site de la CME).

Pour sa part, **M. OMNES** décrit les caractéristiques de l'offre hospitalière du GHU Est et son environnement par rapport aux besoins de la population.

M. CORIAT décline ensuite les orientations générales du plan stratégique en réponse aux enjeux et les orientations liées aux spécificités du GHU.

Après avoir souligné la clarté et la concision de la présentation, le **président** questionne les intervenants sur le calendrier et les modalités de fusion des unités de formation et de recherche (UFR) Pitié – Salpêtrière et Saint Antoine, d'autre part sur la relation qu'entretiennent l'université de Paris VI et le GHU Est.

En juin prochain, indique **M. CORIAT**, le doyen de la faculté annoncera officiellement à l'ensemble des PU-PH la fusion des deux UFR votée à la suite d'une démarche concertée. Celle-ci interviendra en septembre de même que l'élection des membres du conseil de gestion issus en nombre égal de chaque UFR ; suite à un accord, le premier doyen de la future faculté sera désigné.

Une méthodologie a été mise en place afin que chaque hôpital procède à une révision hospitalo-universitaire. La nouvelle faculté devrait être opérationnelle dès la rentrée universitaire prochaine.

Puis à l'adresse de **Mme BRAILLY-TABARD**, il précise que le conseil de gestion comprend des PU-PH et des MCU-PH, la fusion des deux UFR sera annoncée à l'ensemble des hospitalo-universitaires.

M. DUSSAULE signale que la maternité de l'hôpital Saint Antoine, totalement modernisée, a une activité comparable à celles des autres maternités et participe désormais au volet gynécologique du projet cancérologie.

M. LACAU ST GUILY souligne trois points insuffisamment développés selon lui.

Le premier concerne l'activité de la chirurgie ambulatoire ; les hôpitaux Tenon et Saint Antoine ont élaboré chacun un projet dédié à cette activité soutenu par les autres hôpitaux. Il constate avec intérêt que la volonté d'investir sur une action fait émerger des projets de la part des hôpitaux et se réjouit que celui relatif à la chirurgie ambulatoire bénéficie à l'ensemble du GHU.

Le second point a trait à la cancérologie qui a revêtu une dimension particulièrement structurante dans le GHU. Le travail a permis de réfléchir notamment sur les réseaux au sein desquels les hôpitaux s'intégreront et sur les partenaires de ces derniers en Ile-de-France.

Le vice-président évoque enfin les regroupements architecturaux et structuraux en cours ou déjà réalisés à l'hôpital Tenon notamment en ORL. Ces réalisations, à son sens exemplaires, pourraient servir de modèles à des actions ultérieures.

M. LE HEUZEY attire l'attention sur l'insuffisance notoire de l'offre de soins du GHU en matière de rythmologie qui risque de devenir un problème majeur. Seuls deux praticiens hospitaliers dont un partira bientôt en retraite, exercent cette activité dans le GHU. Les patients potentiels tendent à choisir le secteur privé pour ce type d'opérations.

Cette préoccupation, intervient **M. OMNES**, est intégrée au projet médical du bâtiment complémentaire de la cardiologie en cours de réalisation au sein du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière. Sa capacité sera augmentée de dix lits de rythmologie. Le recrutement à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris des personnels dédiés à cette activité s'avère problématique en raison de l'attractivité qu'exerce le secteur privé. Le sujet est régulièrement évoqué avec les doyens.

Quant à la fusion des UFR, le résultat des travaux avec les doyens a débouché sur la création de départements hospitalo-universitaires. Ainsi, au sein de l'université, il n'existera désormais qu'une seule UFR et un seul département hospitalo-universitaire par discipline à l'intérieur du GHU.

S'agissant de la cancérologie il convient de rappeler l'importance d'une connexion avec les réseaux. Des travaux illustrent leur carence dans Paris intra-muros et les hôpitaux des GHU ouest et est y sont particulièrement confrontés, notamment dans le cadre des partenariats pour la prise en charge des patients à leur domicile avec la Ville de Paris. Le **vice-président** ajoute que l'AP-HP et le groupe cancer travaillent sur ce thème en partenariat avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Les réunions des comités de direction et des comités d'orientation donnent une vision globale des problèmes observe **M. PIETTE**. Cette connaissance d'ensemble des difficultés permet d'appréhender la solidarité entre les différents hôpitaux, essentiellement pour la prise en charge d'aval des patients relevant de la gériatrie. A cet effet, la création d'entités de court séjour gériatrique et d'équipes d'interventions gériatriques mentionnées dans l'exposé s'avèrent conformes au schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) et à la volonté de la direction générale. Cependant certains hôpitaux, non pourvus d'activité gériatrique, peuvent rencontrer des difficultés à réaliser ces créations.

L'aval conditionne la fluidité des filières. Or, tandis que de nombreux lits de soins de longue durée (SLD) ferment dans le cadre des mises aux normes, l'ouverture des lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) à l'hôpital Rothschild semble reportée à l'année 2008. Cette situation dégradera sans doute la fluidité de ces filières en raison de l'incapacité des maisons de retraite à prendre en charge des malades lourdement dépendants.

Il convient donc d'engager une réflexion afin de résoudre le problème de l'encombrement de nombreuses filières et, à son sens, l'hospitalisation à domicile (HAD) doit jouer un rôle important.

Enfin, M. PIETTE fait observer que la recherche de promoteurs extérieurs pour la reprise d'activité de soins de longue durée de l'AP-HP est en cours avec l'objectif de conclure d'ici à deux ans, alors que le problème des fermetures est immédiat.

La dimension gériatrique, déclare **M. OMNES**, s'avère très présente dans le projet du GHU Est qui comprend trois priorités : la réouverture de lits de SSR dont deux cents se trouvent actuellement fermés, la création de lits supplémentaires des soins de suite dans les hôpitaux Charles Foix et Rothschild et la création d'unités de court séjour gériatrique. Une unité de ce type a été créée cette année à l'hôpital Saint Antoine et une autre est prévue à l'hôpital Tenon pour l'an prochain.

Par ailleurs, l'administration souhaite éviter que se constituent des goulets d'étranglement dans la procédure d'admission en SLD. Actuellement, des promoteurs publics sont recherchés auxquels sera confiée la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) prochainement aménagés au sein des hôpitaux Joffre et Charles Foix. Ces EHPAD prendront le relais des lits de SLD qui fermeront progressivement à l'AP-HP de manière à garantir la fluidité de la filière en aval des services d'accueil d'urgence (SAU).

M. NAVARRO précise que l'administration, consciente des difficultés de mise en oeuvre du programme d'ouverture des lits de SSR et des unités de court séjour gériatrique, tend à décaler les fermetures de lits de SLD au terme du déploiement du plan stratégique.

Puis il précise que sur le site de la Pitié – Salpêtrière, à proximité de l'institut du cerveau et de la moelle dont l'AP-HP peut s'enorgueillir, des accueils complémentaires seront possibles dans un nouveau bâtiment qui hébergera notamment les activités de nutrition et de diabétologie. Il indique enfin que la validation en CME des pôles des hôpitaux Saint Antoine et Pitié – Salpêtrière n'interviendra qu'après leur approbation par les instances locales.

II - Appel d'offre de l'année 2005 pour la labellisation des centres de référence des maladies rares.

- Avis sur les dossiers présentés par l'AP-HP.
- Avis sur la participation d'équipes de l'AP-HP dans les dossiers présentés par d'autres centres hospitaliers universitaires.

En propos liminaire, le **président** rappelle que sur les trente quatre centres de référence des maladies rares labellisés au niveau national en 2004, vingt quatre relèvent de l'AP-HP. Puis, il indique que dans le droit fil de la présentation en CME le mois dernier du dossier concernant les appels d'offres relatifs aux maladies rares, M. RICHARD communique aujourd'hui le résultat du classement des dossiers de candidature remis sur table.

Ce classement fera l'objet d'un vote par la CME avant la transmission des dossiers au ministère qui procèdera à leur examen en vue de la délivrance des labels.

Après avoir présenté le groupe d'experts et le déroulement de la procédure, **M. RICHARD** précise que le travail vise à renseigner le comité national consultatif de labellisation (CNCL).

La méthode adoptée par le groupe d'experts s'est conformée aux critères de l'appel d'offre et à ceux propres à l'AP-HP. Celui-ci a souligné la qualité des quarante huit dossiers examinés. M. RICHARD fait part de l'obligation de classement et de validation des dossiers par la CME et le conseil d'administration de l'AP-HP et par l'ARH avant leur transmission au CNCL présidé par le Pr BRODIN.

Selon la procédure adoptée le classement des dossiers a été organisé en trois catégories :

- A : excellents dossiers apportant une réponse spécifique et de haut niveau à une maladie rare clairement identifiée ;
- B : excellents dossiers apportant une réponse de haut niveau à une pathologie d'organe comportant pour partie une référence à une ou plusieurs maladies rares ;
- C : bons dossiers mais ne rassemblant pas à ce jour la totalité du pré-requis de l'appel d'offre tant ministériel qu'institutionnel.

En outre, M. RICHARD signale que des équipes de l'AP-HP participent à des dossiers coordonnés par les CHU Toulouse Purpan, Nice et Bordeaux.

Le classement proposé évalue en :

- A : dix sept dossiers ;
- B : onze dossiers ;
- C : vingt dossiers.

Il achève son exposé par le calendrier de la labellisation qui se déroule de la manière suivante :

- 3 mai : la réunion du groupe d'experts ;
- 10 mai : la validation par la CME ;
- 12 mai : l'approbation par la deuxième commission du CA ;
- 17 mai : le dépôt des dossiers au ministère ;
- septembre – octobre : réunions du CNCL.

Membre du groupe d'experts, **Mme BOILEAU** souligne d'une part le travail remarquable de préparation administrative des dossiers réalisé par Mme SAUVAGNAC, de la direction de la politique médicale, d'autre part la difficulté rencontrée par le groupe à opérer la distinction entre le niveau A et B des dossiers, la définition d'une maladie rare n'étant pas univoque ; il ne faut donc pas considérer les dossiers classés B comme moins performants que ceux classés A.

Ceci justifie l'importance d'accompagner ces dossiers d'une lettre explicative lors de leur transmission au ministère, ajoute le **président**.

L'ensemble des deux cents dossiers attendus devrait parvenir au CNCL, annonce **M. GUILLEVIN** membre de cette commission, contrairement à l'an dernier où une centaine avait été écartée pour des raisons administratives. En 2004, le CNCL avait rendu un avis à partir de rapports d'experts extérieurs au comité. Cette année, leur inclusion au CNCL représente, de son point de vue, la garantie de la labellisation des meilleurs centres.

Par ailleurs, il indique que le CNCL va réfléchir au maillage territorial des centres de référence.

Le **président** rappelle l'existence d'un certain nombre de groupements à l'échelon européen et qu'il importe de ne pas ajouter de maillon supplémentaire. En outre, ces centres ne doivent pas être confondus avec d'autres structures, tel que le canceropôle, ils exercent un ensemble de missions qu'ils vont assurer au moins quatre ans, période au terme de laquelle ils seront évalués.

Après une présentation rapide par **M. RICHARD** du classement des quarante huit dossiers, **M. de PROST** met aux voix la liste ordonnée des centres de référence maladies rares qui reçoit l'aval unanime des 38 votants.

III - Formation continue des médecins.

En préambule, **Mme DALL'AVA** remercie la directrice générale pour l'attention qu'elle porte à la formation continue des médecins au travers du soutien constant de la direction du développement des ressources humaines (DDRH).

Elle précise que M. DAVID exposera le volet consacré au bilan de l'année 2004 et M. SEGOUIN celui portant sur l'accès à l'information médico-scientifique, à travers notamment le projet des revues électroniques.

Ce projet bénéficie d'un réel soutien de la CME et des collégiales lesquelles souhaitent apporter leur aide pour promouvoir l'auto-formation dans le cadre de la formation continue des médecins alors que ces derniers disposent de moins en moins de temps pour s'informer et se former. Au-delà du besoin, la formation continue constitue une obligation législative (cf. document mis en ligne sur le site de la CME).

1- Bilan de l'année 2004.

M. DAVID détaille d'abord les axes des formations destinées à :

- l'amélioration et au développement des connaissances médicales : 307 actions,
- à la recherche et à la communication de la recherche : 22 actions,
- au management hospitalier : 31 actions.

Les formations offertes aux médecins de l'AP-HP sont de trois types : les formations présentielles, la formation à distance et l'auto-formation.

Puis il décrit le bilan quantitatif qui montre une stabilité par rapport à 2003 du nombre de journées de formation des médecins, l'évolution du nombre de journées de formation de 2000 à 2004, une stabilité du nombre des financements demandés et des sommes accordées, la répartition des participants par statut, par discipline et par spécialité.

Le bilan financier fait apparaître la ventilation des dépenses de formation (99,04 % du budget du service de la FCM est directement consacré à la formation).

Enfin, le bilan qualitatif, qui mesure l'acquisition et le développement de compétence, révèle l'excellent niveau de satisfaction globale (98 % satisfait et très satisfait) des médecins bénéficiant d'une formation.

2- Point sur l'accès à l'information médico-scientifique.

A son tour, **M. SEGOUIN** trace à grands traits le bilan et les projets dans les trois domaines cibles :

- l'accès électronique aux revues médico-scientifiques ;
- la potentialisation des ressources existantes par l'organisation de l'accès aux moyens documentaires internes à l'AP-HP en plaçant le centre de documentation médico-pharmaceutique sous la responsabilité de la commission de la formation continue des médecins, dans le cadre d'un éventuel rattachement à la DDRH ;
- la potentialisation des ressources par le développement de partenariats en Ile-de-France.

Il exprime le fait que l'accès électronique aux revues s'inscrit maintenant dans une routine. L'évolution du nombre d'articles téléchargés (de 4 000 à 40 000 téléchargements mensuels en un an) et les revues les plus consultées en sont l'illustration.

Le bilan financier montre un surcoût électronique de 258 000 euros. Il rappelle la nécessité de ne pas désabonner des versions papier des revues faisant l'objet d'un accès électronique.

Du fait des désabonnements non contrôlés des hôpitaux des versions papier, le chiffre d'affaire papier avec les éditeurs électroniques a baissé de 86 000 euros, somme qu'il faudra verser aux éditeurs.

L'orateur évoque ensuite les besoins pour 2005 – 2006 et les propositions pour pérenniser et accroître l'offre électronique. La négociation directe de l'AP-HP avec les éditeurs permettant d'obtenir des conditions plus favorables, il propose de mutualiser une partie des budgets des hôpitaux avec la formation continue des médecins ; le choix des revues s'opérera sous l'égide des collégiales. La mutualisation porterait sur 50 % des masses budgétaires 2004. La gestion en serait confiée au service de la formation continue des médecins.

M. SEGOUIN termine sur la nécessité d'effectuer des arbitrages relatifs au financement et à la gestion du panier de revues, de mettre en place une organisation centrée sur les ressources documentaires existantes et de développer des partenariats.

Le **président** souhaite que la discussion s'oriente d'une part sur le choix entre le maintien du dispositif actuel ou celui exposé, d'autre part sur la constitution d'un réseau des centres de documentation dont le pivot serait le centre de documentation médico-pharmaceutique.

M. BERNAUDIN suggère de supprimer les abonnements des hôpitaux et les budgets afférents au profit d'un centre de documentation en ligne de l'AP-HP financé par ces budgets.

Pour **M. SCHLEMMER**, qui partage cette vision, les hôpitaux ne semblent pas avoir compris les règles du jeu en vigueur. Cependant, il importe de tenir compte du fait que ces budgets financent également les dictionnaires et les guides pour les services. Puis il demande quelles sont les orientations à l'échelon national dans le domaine de la formation continue obligatoire des médecins hospitaliers et si l'AP-HP innovera eu égard à sa taille et à l'ancienneté de sa réflexion sur le sujet.

Au regard des textes en vigueur et par la qualité de la formation dispensée, l'AP-HP occupe en effet une bonne position, répond **Mme DALL'AVA**. Outre l'accès aux revues qui constitue l'auto-formation et contribue à l'évaluation des pratiques professionnelles, l'institution a créé dès 1992 une école de management (EMAMH), récemment évaluée très positivement par les anciens élèves. Tous ces thèmes se retrouvent dans les nouveaux textes.

Après avoir indiqué que le groupe informations - relations extérieures de la CME a suivi avec attention le travail difficile de la formation continue des médecins, **M. FAGON** formule trois remarques. Il lui paraît intéressant d'examiner le taux de téléchargement des revues sélectionnées par les collégiales : un certain nombre d'entre elles n'est pas téléchargé contrairement à d'autres non recommandées par les collégiales à la lumière de ces données. Par ailleurs, huit hôpitaux n'ont pas communiqué ou ne disposent pas du nom du référent pour les abonnements à distance, lequel délivre le code d'accès pour consulter les revues à domicile. Il évoque enfin le rapport entre les budgets affectés aux abonnements et le plan de retour à l'équilibre des différents hôpitaux. Il est indispensable de poursuivre et de développer cette politique ; il convient donc de coordonner la politique en ce domaine des hôpitaux, du siège et des universités et à cet effet, il avait demandé une présentation à la collégiale des présidents de CCM. L'objectif final doit tendre, à son sens, vers la suggestion de M. BERNAUDIN.

Le **président** souscrit totalement à ces observations.

M. GOËAU-BRISSONNIERE a constaté d'une part l'importance de rappeler aux collègues de prendre contact avec la personne chargée de communiquer le mot de passe, d'autre part leur réticence initiale, qui a finalement disparu, à recourir à une version électronique de la presse.

Mme DALL'AVA revient sur les coopérations avec les universités, l'INSERM ou le CNRS. Tandis que le doublon d'abonnements vise en premier lieu les hospitalo-universitaires, l'accès aux revues concerne désormais l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux de l'AP-HP.

Pour **Mme DEGOS** les revues les plus demandées par les collégiales sont les revues de spécialité et non les grandes revues de médecine interne.

M. AIGRAIN intervient à propos de l'école de chirurgie qu'il dirige implantée sur le site du Fer à Moulin. L'école constitue un important outil de formation initiale pour les internes et de formation continue pour certaines spécialités.

La réforme des études médicales, en voie de finalisation, comporte l'obligation de constituer une école de chirurgie dans chaque inter-région, sur le modèle de celle-ci. L'école participe au projet européen de création d'un simulateur des techniques chirurgicales, l'école souhaitant une sanctuarisation de son budget, d'investissement en particulier, au sein du budget de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

En terme de conclusion le **président**, au nom de la CME adhère aux propositions formulées par M. SEGOUIN quant à la pérennisation des abonnements électroniques ainsi qu'à poursuivre l'action de la commission de la formation continue des médecins en particulier au moyen de sa centralisation, à privilégier les abonnements en ligne et à développer des réseaux et des partenariats notamment avec les instituts de recherche et les universités.

IV - Avis sur des fiches de missions et structure.

Avant d'engager l'examen des fiches (cf. document mis en ligne sur le site de la CME) **M. MADELENAT** informe que le groupe des structures travaille à l'élaboration d'une fiche de pôle type qui traduira explicitement les notions de valeur ajoutée du pôle et de mutualisation.

1- Pôles d'activité de l'hôpital Tenon.

Après avoir rappelé l'historique du processus de découpage en pôles de cet hôpital expérimentateur de l'organisation en pôles d'activité et que finalement seuls les pôles 2 et 3 avaient été retenus en décembre dernier, le rapporteur indique que la présentation d'aujourd'hui finalise le processus de structuration en pôles du site.

- Pôle 1 : gynécologie obstétrique reproduction santé publique.
- Pôle 2 : UNIMED.
- Pôle 3 : biologie pharmacie physiologie.
- Pôle 4 : oncologie imagerie.
- Pôle 5 : SAU médecine.
- Pôle 6 : thorax et voies aériennes.

Le groupe des structures a formulé des remarques notamment sur l'articulation entre l'imagerie et l'anesthésie réanimation avec les services des autres pôles et sur la mise en conformité architecturale de l'hôpital.

M. MADELENAT cite le pôle 1 comme le parfait exemple de pôle clinico-biologique acceptable dans le contexte d'une réalité fonctionnelle et estime cohérente la proposition d'organisation en pôles d'activité de l'hôpital Tenon.

Selon M. BERNAUDIN, la mutualisation déjà engagée du pôle de biologie n'aboutira qu'avec la réalisation des travaux réunissant les deux secteurs ; le pôle prendra alors sa véritable dimension.

M. LEVERGE mentionne les difficultés juridiques qui existent à relier la logique des pôles et celle des pharmacies à usage interne (PUI) et relate que la direction des affaires juridiques et des droits du patient considère qu'il convient d'y réfléchir.

Il se déclare opposé au projet de placer la PUI de Tenon au sein du pôle biologique qui ne présente aucun intérêt contrairement à un positionnement au côté de la santé publique au sein du pôle dédié à l'évaluation. En outre, la tarification à l'activité (T2A) concerne davantage la santé publique que les laboratoires.

Aussi, l'intervenant demande que l'hôpital Tenon insère dans son règlement intérieur : « sans préjudice des dispositions juridiques qui s'appliquent en la matière ». Il rappelle que l'établissement possède l'une des dispensations les plus importantes de médicaments à destination des patients ambulatoires, de plusieurs millions d'euros. Dans cette mission la mutualisation des compétences des préparateurs en pharmacie et des techniciens de laboratoire ne peut, à son sens, se concevoir.

M. WEILL partage ce point de vue et précise que certaines pharmacies réalisent des examens biologiques notamment des dosages de médicaments.

Le **président** propose d'aborder ce sujet à la réunion du mois de juin de la CME, à l'occasion de la discussion sur l'ordonnance portant simplification du régime juridique des établissements de santé qui pourrait remettre en cause la place de la PUI au sein des pôles.

2- Fiches de missions et structure avec débat.

GHU est

Tenon :

- *Modification du service de néphrologie A en service d'urgences néphrologiques et transplantation rénale.*
- *Modification du service de néphrologie B en service de néphrologie et dialyse.*

M. MADELENAT déclare que les rapporteurs, MM. CORIAT et FAGON, sont parvenus à donner leur accord sur un dossier particulièrement difficile dont la conclusion s'avère autre que celle initialement attendue.

- *Création d'une unité fonctionnelle de court séjour gériatrique et équipe mobile de gériatrie rattachée au service de médecine interne.*

Le débat sur cette fiche a porté sur l'identification précise du personnel qui sera affecté à temps plein dans l'unité fonctionnelle et sur une demande relative à la cohésion des fluidités avals des flux de la structure.

Inter-GHU – nord-sud

Avicenne – Paul Brousse

- *Modification du service de physiologie, explorations fonctionnelles et médecine du sport d'Avicenne et création de trois unités fonctionnelles :*
 - *UF de physiologie et médecine du sport sur le site d'Avicenne,*
 - *UF de physiologie et explorations fonctionnelles sur le site d'Avicenne,*
 - *UF de physiologie et médecine du sport sur le site de Paul Brousse, rattachée au service d' Avicenne.*

La fiche méritait des modifications mineures qui lui ont été apportées observe l'orateur.

3- Fiches de missions et de structure sans débat.

GHU nord

Jean Verdier :

- *Création d'un service d'anesthésie-réanimation.*
- *Modification du service d'endocrinologie en service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition*

M. MADELENAT souhaite alerter la CME du fait que l'hôpital Avicenne avait présenté également une structure qui comporte des faiblesses réelles en terme d'hospitalisation ; dans le même temps son activité semble contestable et sa coexistence avec le service de Jean Verdier risque de poser des problèmes.

Saint Louis :

- *Révision du service de réanimation médicale de l'hôpital Saint Louis, vacant au départ à la retraite du chef de service le 1^{er} septembre 2005.*
- *Modification du service de médecine nucléaire de St Louis vacant au départ à la retraite du chef de service le 1^{er} septembre 2005.*
- *Création d'un département de biothérapies cellulaire et tissulaires avec 3 UF :*
 - *UF de biologie cellulaire (création),*
 - *UF banque de tissus (déjà créée),*
 - *UF de thérapie cellulaire (déjà créée),**(ces deux dernières UF sont dorénavant rattachées à ce département).*

GHU sud

Henri Mondor – Albert Chenevier :

- *Révision du service de dermatologie de l'hôpital Henri Mondor – Albert Chenevier, suite au départ en retraite de l'ancien chef de service.*

- *Modification du service de psychiatrie en département hospitalo-universitaire de psychiatrie du CHU de Créteil avec création de quatre unités fonctionnelles qui lui sont rattachées :*
 - *UF de psychiatrie de Créteil,*
 - *UF de psychiatrie de Maisons-Alfort et Boissy St Léger,*
 - *UF intersectorielle de psychiatrie du site d'Albert Chenevier,*
 - *UF intersectorielle de psychiatrie du site d'Henri Mondor.*

Paul Brousse :

- *Modification de la dénomination du département hépato-biliaire en centre hépato-biliaire et création d'une 4^{ème} UF intitulée UF de chirurgie oncologique.*

GHU est

Saint Antoine :

- *Modification du service de chirurgie générale en service de chirurgie générale et digestive, vacant au départ à la retraite du Pr Parc le 1^{er} septembre 2005.*
- *Création d'une unité fonctionnelle de réanimation chirurgicale digestive rattachée au département d'anesthésiologie.*

La CME émet un avis favorable par 31 voix ; on note 4 abstentions.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME entérine les deux renouvellements de contrat d'activité libérale par 19 voix pour, 3 contre et 15 abstentions.

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

M. ANTONINI signale que le groupe du personnel médical s'étonne du nombre croissant d'unités fonctionnelles et interroge la DPM et le groupe des structures sur l'intérêt de les multiplier. Il ajoute que dans le cadre des dispositions de la nouvelle gouvernance, l'unité fonctionnelle constitue une structure interne aux pôles et la désignation de son responsable ne relèvera plus du CA mais du responsable de pôle.

VII - Approbation du compte-rendu de la séance du 5 avril 2005.

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité sans observation.

VIII - Questions diverses.

- Les équivalences budgétaires entre les catégories d'emplois médicaux.

M. BERNAUDIN demande une information à la prochaine réunion de la CME sur les équivalences des postes de praticiens contractuels et de praticiens hospitaliers.

Il convient en effet de préciser les équivalences entre les différentes catégories d'emplois, affirme **M. ANTONINI**. Depuis deux ans, le statut de praticien attaché connaît une forte revalorisation et la valeur de l'emploi a progressé. Il importe d'évaluer cette évolution non seulement au plan théorique mais également pratique. La DPM sollicitera la direction économique et financière afin de déterminer les règles en matière d'équivalence et les rendre compréhensibles.

Mme MARCHAND estime que la pratique d'utiliser systématiquement les emplois de praticiens attachés comme monnaie d'échange ne devrait plus exister.

- La prise en charge de la transplantation pulmonaire chez l'enfant.

La prise en charge de la transplantation pulmonaire chez l'enfant relève d'une mission de l'AP-HP et du GHU ouest observe **M. DRU**. Son développement au sein de l'hôpital Européen Georges Pompidou réservé aux adultes ne semble pas pertinent en l'absence de concertation tandis qu'au sein du GHU ouest, l'hôpital Necker – Enfants Malades est désigné pour cette mission.

Afin d'organiser la prise en charge optimale des enfants relevant de ce type de chirurgie, il estime que l'AP-HP doit se positionner clairement entre les deux possibilités :

- le transfert des équipes chirurgicales de l'hôpital Européen Georges Pompidou vers l'hôpital Necker – Enfants Malades de manière à bénéficier d'un environnement anesthésique et paramédical optimal si le développement de ce type de chirurgie s'avère urgent,
- la formation des médecins anesthésistes et du personnel paramédical de l'hôpital Européen Georges Pompidou aux techniques chirurgicales pédiatriques si des transplantations pulmonaires chez l'enfant doivent être réalisées à terme à l'hôpital Européen Georges Pompidou.

Ce sujet important doit s'envisager dans le cadre du GHU ouest note le **président**.

En sa qualité de représentant des anesthésistes et de l'hôpital Necker – Enfants Malades, **M. CARLI** se dit ouvert aux possibilités décrites tout en observant qu'il s'avère plus aisé de soigner des enfants dans un contexte prévoyant l'infrastructure nécessaire à leur prise en charge. Si le GHU ouest engage une discussion sur ce thème, les anesthésistes souhaitent y participer, indique-t-il.

- Les soins de longue durée.

Mme DEBRAY-MEIGNAN intervient à propos du projet de reprise de l'activité de soins de longue durée de l'AP-HP par des opérateurs publics.

Elle attire l'attention sur le fait que les patients de SLD nécessitent des soins médicaux et infirmiers et un personnel dédié. Les maisons de retraite ne pourront accueillir certains malades qui demeureront alors dans les unités de soins de suite et de réadaptation et dans le même temps elles adresseront aux urgences les malades dès le moindre problème. Aussi, les représentants des gériatres croient utile de constituer un groupe de travail pour évaluer précisément les besoins de ces malades en termes de personnel médical et soignant.

M. NAVARRO partage l'idée d'une nécessaire analyse prospective.

- Le projet d'audit sur l'organisation de l'AGEPS.

M. LEVERGE propose sa collaboration et celle de la vice-présidente de la collégiale des pharmaciens à l'audit prévu sur l'organisation de l'AGEPS.

- Les heures supplémentaires des IADE et des IBODE.

Dans le cadre du redressement de l'activité de chirurgie de l'AP-HP et afin d'augmenter l'utilisation des blocs opératoires, **M. CHAUSSADE** s'enquiert des possibilités de déplafonner les heures supplémentaires des infirmiers aides-anesthésistes et des infirmiers de blocs opératoires.

Consciente du problème posé par les blocs opératoires, la **directrice générale** informe que le président de la CME et elle-même ont décidé d'engager des actions complémentaires pour développer l'activité chirurgicale .

L'an dernier, la possibilité de déplafonner les heures supplémentaires pour le mois d'août n'a pu être utilisée car la mesure a été officialisée fin juillet par les tutelles.

Pour anticiper les congés d'été, la directrice générale indique qu'elle a saisi le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins d'une demande de déplafonnement des heures supplémentaires cet été et plus largement d'assouplissement des règles d'organisation du temps de travail afin d'accompagner au mieux les pics d'activités.

Mme VAN LERBERGHE, qui suit ce dossier avec la plus grande attention, rappelle que les heures supplémentaires des personnels du secteur public hospitalier sont réalisées sur la base du volontariat et ne peuvent être imposées.

S'agissant des IBODE et des IADE, elle annonce que le ministère est prêt à engager la validation des acquis de l'expérience pour les IBODE, ce qui devrait renforcer l'attractivité des fonctions de bloc pour les IDE qui y exercent en leur offrant une possibilité d'évolution de carrière. Elle invite l'assemblée à diffuser largement cette information.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 15.

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

Mardi 7 juin 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 25 mai 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.