

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 11 OCTOBRE 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**Compte-rendu de la séance
du mardi 13 septembre 2005**

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Projet de bilan social de l'année 2004.
- 2- Proposition du plan d'actions sur les collections biologiques.
- 3- Résultats de l'appel d'offres relatif à la prise en charge de l'obésité.
- 4- Messages électroniques intempestifs et non sollicités (SPAM).
- 5- Informatisation du domaine patient dans le cadre du schéma cible.
- 6- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 7- Désignation d'un membre de la CME au CROS.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Avis sur des avenants à des conventions hospitalo-universitaires.
- 10- Avis sur la convention associant le centre hospitalier et universitaire de Paris (UFR médicale Kremlin Bicêtre) et le centre hospitalier sud francilien.
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 5 juillet 2005.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Information sur la nomination des chefs de service ou chef de département au 1^{er} août 2005.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chefs de service à temps plein hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein.
- Avis sur la demande de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers et d'un praticien hospitalier à temps partiel.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un MCU-PH.
- Avis sur la titularisation de MCU-PH d'odontologie.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.
- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2005

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
- Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- 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'invité permanent :***

- M. le Pr BAGLIN, 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 de la politique médicale,
- Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
- Mme le Dr FERY-LEMONNIER, direction de la politique médicale,
- Mme le Pr JANIN, chef de service d'anatomie pathologique à l'hôpital Saint Louis,
- Mme LALARDRIE, direction de la politique médicale,
- M. PERRIN, direction du système d'information,
- Mme RIVET, direction de la politique médicale,
- Mme le Dr ROLLAND-BURGER, direction de la politique médicale,
- M. TOUZY, direction du personnel et des relations sociales,
- 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 Mmes DEBRAY-MEIGNAN, PALAZZO et SCHLEGEL et de MM. BEN-BRIK et SALES avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Projet de bilan social de l'année 2004.

La présentation du projet social de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris pour l'année 2004 est réalisée par M. TOUZY pour la partie portant sur le personnel non médical et par M. ANTONINI pour la partie relative au personnel médical (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la commission médicale d'établissement).

1- Le personnel non médical.

a) L'évolution des effectifs et des carrières de 2002 à 2004

Des effectifs en progression

L'effectif total rémunéré est de 72 688 en équivalents temps plein (ETP) soit une progression de près de 1 313 ETP depuis 2002. Cette augmentation concerne toutes les catégories et tous les types de personnel. On peut noter les progressions de 359 ETP pour les infirmiers, 298 ETP pour les aides-soignants, et 200 ETP pour les secrétaires médicales.

Le ratio du nombre d'agents par lits augmente depuis 2002 passant de 2,57 à 2,76.

Etirement de la pyramide des âges

L'étirement vers le haut mais aussi vers le bas de la pyramide des âges se poursuit. Les tranches d'âge supérieures à quarante ans représentent désormais plus de 49 % des effectifs contre 48,2 % en 2002. Ce vieillissement est très net pour le personnel administratif

En contrepartie, et en lien avec les nouveaux recrutements, la tranche des moins de vingt six ans passe de 8,1 % à 8,9 % des effectifs : dans la catégorie soignante B, celle des IDE, les moins de 26 ans représente désormais 14 % des effectifs, contre 12 % en 2002.

Les flux d'entrées et de sorties

On constate :

- un volume d'entrées fort, en lien avec la dernière tranche de créations d'emplois liées à la réduction du temps de travail (RTT) : 5 796 entrées. La baisse importante du nombre d'entrées directes (- 996 entre 2003 et 2004), surtout du personnel de catégorie C (- 33 % entre 2003 et 2004) c'est la conséquence d'une meilleure maîtrise du recrutement des agents hospitaliers et agents administratifs en vue de réduire les sureffectifs de ces catégories pour pouvoir mettre en stage les contractuels ;
- une stabilité des sorties sur la période : 6 008 sorties en 2004, contre 6 098 en 2002. Les flux des entrées et des sorties sont légèrement déficitaires de 212 ETP mais restent positifs sur la catégorie C et équilibrés sur la catégorie B.

b) L'absentéisme et l'organisation du travail

La durée moyenne de l'absence pour raisons médicales est en diminution sur la période et passe de 17,59 journées par agent en 2002 à 17,23 en 2004. L'absence pour maladie ordinaire par agent reste la principale cause d'absence et diminue de 0,33 point entre 2002 et 2004. L'absence pour longue maladie et pour maladie de longue durée se stabilise à 5,30 journées en moyenne par agent.

L'absence pour raisons non médicales est en forte progression et représente désormais en moyenne 3,12 journées par agent, contre 1,91 en 2002.

Le temps partiel, suite à la mise en oeuvre de la RTT, continue de diminuer et concerne désormais 10,9% des effectifs, alors qu'il était supérieur à 13% jusqu'en 2001.

c) Les éléments de politique sociale et budgétaire

Malgré la politique de maîtrise des coûts, l'effort a été maintenu en matière d'avantages sociaux. Ainsi, les crédits consacrés à la formation sont en forte progression : 125 millions d'euros en 2004 contre 116,9 millions d'euros en 2002 (+ 6,9 %). Le nombre d'agents bénéficiant d'une formation continue passe de 50 095 en 2002 à 57 372 en 2004.

2- Le personnel médical.

Pour sa part, **M. ANTONINI** présente l'évolution des effectifs médicaux.

a) L'évolution globale des effectifs

La diminution depuis plusieurs années des effectifs physiques s'explique par le remplacement des praticiens attachés exerçant à temps partiel, par des praticiens à temps plein.

Cependant, exprimés en équivalents à temps plein, les effectifs rémunérés se caractérisent par une stabilité entre 2002 et 2004 alors qu'à cette période s'est mise en place la réduction du temps de travail. Les financements transmis aux hôpitaux (vingt millions d'euros) ne se sont donc pas traduits par une augmentation des effectifs rémunérés en raison de facteurs conjoncturels et structurels : la période d'inertie entre l'octroi des crédits et le recrutement effectif ; la diminution du nombre de praticiens attachés et l'augmentation du nombre de praticiens hospitaliers ; la fin probable du plein emploi médical à l'AP-HP. Ainsi, les crédits alloués dans le cadre de la RTT ont à ce jour davantage permis de fidéliser les personnels que d'augmenter le nombre d'ETP et le temps médical.

D'autre part, il convient de se montrer vigilant pour l'avenir car on observe désormais un décalage de 4 % entre les effectifs autorisés et ceux rémunérés. Les tensions, jusqu'alors cautionnées sur le recrutement des praticiens attachés, apparaissent maintenant sur le recrutement des chefs de clinique et des praticiens hospitaliers dans certaines spécialités.

b) L'évolution des effectifs par catégorie

Entre 2002 et 2004, on note une stabilité des personnels hospitalo-universitaires mais la diminution du nombre de chefs de clinique-assistant rémunérés souligne les fragilités du recrutement des CCA - AHU à l'AP-HP qui repose pour près de 40 % sur d'anciens internes de province.

Le nombre des praticiens hospitaliers a progressé de 9 % en deux ans tandis que celui des praticiens attachés a diminué de 4 % entre 2002 et 2003 et de 2 % entre 2003 et 2004.

Les effectifs d'internes de spécialité recommençaient à progresser alors que ceux de résidents diminuent et le nombre de faisant fonction d'interne augmente. Globalement, le nombre d'internes, toutes catégories confondues, prospère.

Même si sa part globale reste modeste au sein des effectifs médicaux, le nombre de praticiens contractuels a doublé en deux ans et couvre près du tiers des effectifs des services d'urgence.

c) Des données démographiques

La population médicale s'avère désormais majoritairement féminine et la tendance s'accroît avec le temps. Le vieillissement de la population médicale varie selon les catégories. La moyenne d'âge des PU-PH reste stable à cinquante trois ans contrairement à celle des MCU-PH qui vieillit ; celle des praticiens hospitaliers évolue différemment selon les spécialités avec un vieillissement en anesthésie et un rajeunissement en radiologie en raison du départ d'un certain nombre de radiologues autour de quarante cinq ans vers le secteur libéral.

d) L'évolution de la masse salariale

L'augmentation de 11 % entre 2002 et 2004 correspond principalement à l'incidence du reclassement des praticiens attachés dont la rémunération moyenne a augmenté de 33 %, sans toutefois parvenir à compenser une faible attractivité de ce statut, et des diverses mesures prévues dans les protocoles médicaux sur la RTT et la revalorisation des gardes.

Selon **M. GUILLEVIN**, on subit aujourd'hui les conséquences du déficit de recrutement d'internes, qui se traduit par un déficit de CCA et à terme de praticiens hospitaliers, tant en nombre qu'en qualité, par défaut de vivier suffisant. Il pense donc qu'il convient d'engager une politique de recrutement ouverte non seulement à Paris mais aussi en province afin de juguler une situation qui deviendra difficile dans les prochaines années.

Il importe en effet d'élargir les possibilités de recrutement, remarque le **président**, l'exposé ayant démontré que le problème concerne toutes les catégories de médecins et non seulement les PU-PH.

Le numerus clausus rappelle **M. BAGLIN**, a été augmenté pour pallier les déficits observés dans certaines disciplines, zones géographiques et modalités d'exercice. Mais les nouveaux étudiants opérant les mêmes choix que leurs aînés, le ministère juge utile de résoudre le problème de l'orientation des flux avant de poursuivre la progression prévue du nombre d'étudiants formés.

M. LACAU ST GUILY se réjouit de l'accroissement de 7,2 % du nombre de secrétaires médicaux lesquels jouent un rôle essentiel au sein des services cliniques tant dans le cadre de la mise en place du plan cancer qui induit l'organisation de nombreuses réunions que dans les fonctions de logistique et d'accueil. Il importe, lui semble-t-il, de ne pas assimiler les activités de cette catégorie de personnel aux activités des autres personnels administratifs.

Du point de vue de **M. BERNAUDIN**, il existe des raisons autres que le simple aspect financier pour expliquer le fait que des médecins refusent de rejoindre l'AP-HP et d'autres souhaitent la quitter. On doit donc regarder les motifs qui causent l'absence d'attractivité de l'institution.

D'une enquête réalisée par les radiologues auprès de ceux qui ont quitté l'hôpital au cours des trois dernières années il résulte, signale **M. RYMER**, que la première raison évoquée de leur départ tient à la pénibilité de l'exercice hospitalier et non au niveau des émoluments dont le différentiel entre le public et le privé reste cependant bien réel.

L'écart de rémunération, intervient **M. ANTONINI**, ne constitue pas le seul élément déterminant le choix d'une carrière dans le secteur public ou dans le secteur privé, les conditions de travail entrent également en compte. La direction de la politique médicale et la collégiale des radiologues examinent ensemble les possibilités de transformer un certain nombre de gardes en astreinte grâce à la télétransmission des images. Si les gardes sont demandées par les CCA, les praticiens hospitaliers les vivent comme une contrainte les incitant à se tourner vers d'autres choix professionnels.

Un des axes forts de la politique de l'AP-HP vise à fluidifier les filières de soins, souligne **M. PIETTE**. Pour assurer rapidement l'aval des services de court séjour et des services d'urgence, les services de soins de suite doivent disposer des personnels nécessaires, en particulier d'infirmiers. Cet objectif implique, outre les mesures fléchées, une attractivité des postes. Or, le ratio du nombre d'agents par lit mentionné dans le bilan social démontre que dans les hôpitaux de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD) qui traitent des patients atteints de pathologies lourdes, le ratio est deux fois inférieur à celui des hôpitaux de court séjour. De plus, le ratio ne progresse pas dans les hôpitaux de gériatrie contrairement aux autres hôpitaux. Ce contexte s'avère décourageant à ses yeux et en décalage avec les objectifs annoncés.

La **directrice générale** précise que le calcul du ratio s'opère sur la base des effectifs réels et non théoriques. Or, les services gériatriques ont été plus atteints que les autres par les vacances de postes infirmiers. Elle rappelle d'ailleurs qu'elle s'est engagée de manière déterminée pour diminuer le nombre de postes vacants. La politique sociale menée par l'institution semble avoir porté ses fruits puisque depuis deux ans le déficit d'infirmiers de l'AP-HP a diminué dans une proportion supérieure à celle observée dans les autres établissements d'Ile-de-France.

S'agissant des soins de longue durée, Mme VAN LERBERGHE indique que l'enquête réalisée à l'AP-HP par l'Inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) met en exergue une disparité très importantes des ratios de personnel entre les hôpitaux sans lien avec la lourdeur des pathologies. On doit donc s'efforcer de pourvoir les postes vacants et de s'interroger sur ces disparités qui appellent des mesures correctrices.

II - Proposition du plan d'actions sur les collections biologiques.

La parole est donnée à **M. NAVARRO** pour présenter les résultats des travaux réalisés depuis deux ans sur les collections biologiques (cf. document remis sur table).

1- La situation à l'AP-HP en matière de collections biologiques.

La nécessité de conserver, d'utiliser et de valoriser les prélèvements d'origine humaine est évidente pour la compréhension diagnostique, l'aide à la classification et la recherche. Cette pratique doit tenir compte de l'évolution légale et bioéthique notamment des règles de conservation.

L'enquête menée par le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) démontre l'hétérogénéité des modes de conservation des éléments prélevés. La finalité des collections vise essentiellement la recherche et le diagnostic illustrée par le type d'échantillons prélevés tandis que l'aspect thérapeutique et le volet enseignement ne sont pas valorisés dans l'enquête qui porte également sur les différentes conditions de conservation des prélèvements.

Au final, l'AP-HP se caractérise par une richesse exceptionnelle en matière de collections biologiques d'un intérêt majeur pour les patients et la recherche.

2- Les actions engagées.

Suite à l'affaire de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, la direction générale a souhaité qu'une étude soit entreprise sur le fonctionnement des chambres mortuaires.

En outre, sous l'égide de la CME, un groupe de travail est chargé d'inventorier les pratiques existant à l'AP-HP en matière de prélèvements néonataux ou anténataux.

Il est proposé de mettre en place des plate-formes biologiques cadrées par un cahier des charges, l'objectif visant un regroupement par site hospitalier.

Après avoir expliqué le circuit diagnostique et celui de recherche et valorisation, M. NAVARRO décrit le schéma possible d'un plan interne de centres de ressources biologiques inscrit dans le plan stratégique.

Il signale enfin que l'AP-HP a répondu à un appel d'offres lancé par le ministère de la recherche relatif à des programmes de pluri-formation et mentionne des partenariats possibles notamment avec des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), avec des associations, les universités et les partenaires privés.

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

Un seul centre de ressources biologiques par groupement hospitalier universitaire (GHU) fait craindre à **M. WEILL** l'apparition de difficultés pour les équipes géographiquement éloignées et le risque de recréer des collections sauvages.

Créer un centre de ressources biologiques par GHU semble raisonnable à **M. NAVARRO** tout en prenant en compte l'éloignement de certains hôpitaux.

Après s'être associée au propos de M. WEILL, **Mme BOILEAU** demande qu'un généticien moléculaire rejoigne le groupe de travail cité dans l'exposé afin d'apporter une vision spécifique à ce sujet.

Puis elle demande comment se conçoivent les futurs centres de ressources biologiques à vocation de conservation et de préservation face aux collections patrimoniales qui ne peuvent, à son sens, continuer d'exister qu'à proximité du soin.

Cette question pointe la dualité relative aux ressources biologiques qui a fait l'objet de nombreuses discussions, répond **Mme JANIN**. Elle explique que le terme plate-forme a été choisi pour les structures de conservation des ressources issues du soin car aucune structure de l'AP-HP ne répond à la définition officielle de centre de ressources biologiques. Seuls les prélèvements utiles aux soins immédiats ou à l'élaboration de programmes de recherche sont collectionnés ; il sera nécessaire d'opérer un tri et de détruire les éléments qui ne remplissent pas cette condition.

Tandis que l'enquête a démontré qu'une structure centralisée pour les prélèvements biologiques ne fonctionnerait pas, en revanche, dans le domaine de l'ADN au caractère reproductible, les généticiens ont manifesté le besoin d'une « banque » centralisée de conservation. Celle-ci jouerait un rôle comparable à celui du schéma relatif aux prélèvements sérologiques conservés à titre juridique pour vérifier l'absence de contamination d'un patient. Une structure de ce type par GHU ne semble pas nécessaire ; on peut commencer par en constituer une seule et évaluer son rôle, suggère Mme JANIN pour qui il importe de conserver près du soin un certain nombre de prélèvements qui seront annotés de manière dynamique.

S'agissant du volet relatif à la législation, la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique impose d'informer le patient. Il reste à préciser les modalités notamment de transmission et d'archivage de l'information. Sur la base des travaux réalisés par les juristes des ministères de la santé, de la recherche et des juristes de l'INSERM et de l'INCA, un schéma type pourra être produit. En outre une plaquette consacrée à la stratégie de l'information en direction des patients devrait être disponible fin septembre.

Pour conclure, Mme JANIN pense nécessaire de mailler les forces en présence à l'aide de conventions entre les structures de recherche, hospitalières et universitaires concernant l'utilisation des plates-formes des ressources biologiques.

Le projet exposé distingue le circuit diagnostic et le circuit recherche observe **Mme BOILEAU** qui souhaite intégrer une autre composante. En effet, la génétique traite les maladies tumorales et les maladies héréditaires non-tumorales, aussi les moyens actuellement consacrés aux premières ne doivent pas faire oublier que la majorité des soins et des diagnostics réalisés au sein de l'AP-HP correspond aux deuxièmes.

M. NAVARRO déclare qu'en effet le cancer ne constitue pas le seul domaine concerné par les collections biologiques et que d'autres aspects seront pris en compte.

Mme JANIN ajoute que le volet cancer a présenté l'avantage d'élaborer un schéma qui peut être reproduit dans d'autres domaines. Ainsi, dans le cadre des actions relatives au cancéropôle, la neurologie a été incluse afin que l'AP-HP bénéficie d'un développement homogène.

M. NORDLINGER souligne l'utilité d'un guide pratique consacré à la rédaction des consentements mais également aux droits et devoirs des différents acteurs en particulier les chirurgiens.

M. de PROST clôt la discussion en indiquant que la démarche portant sur la foeto-pathologie évoquée par M. NAVARRO sera mise en place prochainement.

III - Résultats de l'appel d'offres relatif à la prise en charge de l'obésité.

M. NAVARRO introduit le sujet en rappelant qu'en janvier dernier, lorsqu'il avait développé devant la CME l'organisation de la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP, il avait posé le principe d'une labellisation de centres de l'obésité par la voie de l'appel d'offres.

Puis **Mme ROLLAND-BURGER** présente les centres de référence labellisés pour la prise en charge de l'obésité (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

a) Le contexte

Avec une épidémiologie croissante, l'obésité constitue un enjeu de santé publique puisqu'elle touche 12 % des adultes et 16 % des enfants. En 2001, les pouvoirs publics ont mis en place un programme national de nutrition santé visant à diminuer la prévalence de 20 % chez l'adulte et à l'annuler chez l'enfant.

Tandis qu'on assiste à une explosion de la chirurgie bariatrique, une enquête de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) démontre que 66 % des patients ne suivent pas au moins un des critères du référentiel.

b) L'évaluation du CEDIT

Le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) reconnaît la place incontestable des anneaux gastriques ajustables en thérapeutique de l'obésité morbide. Il note une hétérogénéité de l'offre de soins à l'AP-HP qui occupe une place réduite en chirurgie bariatrique en Ile-de-France avec 17 % de l'activité.

Le CEDIT recommande d'être en adéquation avec les recommandations françaises et d'optimiser l'offre de soins autour de centres de référence médico-chirurgicale de l'obésité morbide sur la base d'un cahier des charges.

c) Le processus mis en oeuvre

Il comprend d'une part les modalités de la démarche suivie et d'élaboration des cahiers des charges (adulte et enfant), d'autre part l'organisation du centre de référence et ses missions, les équipements envisagés et les critères proposés pour devenir un centre de référence.

d) La sélection des centres

Quinze hôpitaux ont répondu à l'appel à projets lancé en mars 2005. Composé de membres de la CME, de représentants de la DPM, de la direction économique et financière, de la mission handicaps et d'un expert hors AP-HP, le jury de labellisation réuni en avril, a sélectionné :

- six centres de référence médico-chirurgical de l'obésité morbide de l'adulte dans les hôpitaux :
 - Avicenne, Bichat, Louis Mourier, Jean Verdier (GHU nord) ;
 - Européen Georges Pompidou et Hôtel Dieu (GHU ouest) ;
- cinq centres de référence de l'obésité pédiatrique dans les hôpitaux :
 - Jean Verdier et Robert Debré (GHU nord) ;
 - Armand Trousseau (GHU est) ;
 - Necker – Enfants malades et Cochin - Saint-Vincent-de-Paul (GHU ouest).

e) Les perspectives

Le jury a demandé la création d'un registre institutionnel de recueil des données prospectives des patients suivis dans les centres. Ceux-ci ne bénéficient pas d'une labellisation pérenne, ils seront évalués après une année de fonctionnement.

L'accompagnement de la labellisation prévoit le recrutement d'un ARC pour la tenue du registre, la réalisation de l'audit et l'attribution de demi-journées de personnels médicaux et de personnels non-médicaux.

Enfin, la démarche s'avère relayée au niveau de la Haute Autorité de Santé qui prépare un cahier des charges national visant à labelliser les équipes pluridisciplinaires de l'obésité en France.

Mme BRESSAND indique que si les critères de sélection des centres prévoient les liens avec la médecine de ville et les structures de SSR, il reste à renforcer ceux avec la médecine du travail afin de prévenir et traiter l'obésité qui frappe également le personnel de l'AP-HP et les étudiants fréquentant ses écoles ; elle estime utile de mentionner explicitement ce point dans le dossier.

Mme ROLLAND-BURGER retient cette proposition.

Pour **M. CHAUSSADE** l'évaluation de ces centres dans les dix huit ou vingt quatre mois doit être clairement inscrite dans leurs missions. En effet, il convient de garantir l'approche multidisciplinaire de ces centres et de retenir uniquement ceux où les communautés médicales et chirurgicales souhaitent conserver cette activité.

La multidisciplinarité et le respect des bonnes pratiques nécessitent des moyens observe **M. FAYE**. L'identification des centres induit de distinguer des filières et de clarifier l'offre de soins. Il demande donc sur quels critères s'opéreront la répartition et la ventilation des personnels affectés à ces centres.

En second lieu, la labellisation s'accompagne d'un certain nombre de recommandations. Ainsi l'hôpital Européen Georges Pompidou, lequel assure la moitié de l'activité bariatrique à l'AP-HP, a été invité à ne pas compromettre son activité de cancérologie et de chirurgie cardio-vasculaire. **M. FAYE** témoigne de l'inexistence d'un tel risque car ces différentes activités, non concurrentielles, profitent au contraire aux patients obèses souvent poly-pathologiques. De plus, la maîtrise des techniques médico-chirurgicales utilisées pour la chirurgie bariatrique profite à l'ensemble des patients, qu'ils soient obèses ou non, opérés dans ce centre.

IV - Messages électroniques intempestifs et non sollicités (SPAM).

La présentation de **M. PERRIN** consiste à renseigner l'assemblée sur les possibilités de lutte contre le spamming.

Le spamming ou courrier-rebut, correspond à une profusion de manière intempestive et non sollicitée de messages publicitaires dans les boîtes aux lettres électroniques.

Le simple particulier, les petites et moyennes entreprises ou les grosses multinationales constituent les nombreux acteurs du spamming. Cette pratique s'avère très répandue car elle ne coûte presque rien et les internautes ne sont pas assez méfiants.

Pour prévenir le spamming, il convient d'une part de limiter la diffusion de son adresse électronique et d'utiliser des adresses intermédiaires et jetables sur les forums et les sites externes et sur son propre site, d'autre part d'utiliser les fonctions anti-spam du logiciel de messagerie et les services de filtrage en ligne.

L'AP-HP s'est déjà dotée d'une infrastructure de mise à jour automatique des logiciels de messagerie depuis les éditeurs. Elle a confié le service anti-spam à son fournisseur d'accès Internet (FAI). Ce dernier interdit l'accès des utilisateurs à des sites peu recommandables en s'appuyant sur des filtres bayesiens.

Mis en place au siège début septembre, le dispositif sera progressivement généralisé sur les hôpitaux. Les logiciels fonctionnent sur la base d'un auto-apprentissage et l'efficacité du système augmentera avec la pratique. Toutefois, conclut M. PERRIN, si les systèmes de protection se peaufinent, les diffuseurs de spam s'améliorent également.

Puis il répond par l'affirmative au **président** qui demande la diffusion de cette information sur le site électronique de la CME.

V - Informatisation du domaine patient dans le cadre du schéma cible.

La **directrice générale** resitue aux membres de la CME les différentes étapes de la démarche engagée par l'AP-HP pour l'informatisation du domaine patient qui s'inscrit dans le programme général du schéma cible, projet majeur du plan stratégique.

Elle rappelle qu'à l'occasion de la présentation du plan stratégique, l'assemblée avait insisté sur la nécessité de progresser sur l'intérêt de projet difficile mais emblématique de l'unité de l'AP-HP et avait mis en exergue son utilité pour améliorer la sécurité des prescriptions, la prise en charge des malades et les conditions de travail. Le programme de financement du plan stratégique prévoit les dépenses afférentes à ce projet.

La première phase de concertation menée par M. MERCATELLO pour tenir compte des systèmes utilisés dans les hôpitaux a permis d'envisager le lancement avant la fin de l'année d'un appel d'offres. La deuxième phase, consistera, à collaborer avec des industriels expérimentés pour configurer un produit adapté à l'AP-HP.

Dans l'attente du dispositif final, il convient désormais de gérer la période de transition, à la fois en améliorant les systèmes existants tout en élaborant le schéma cible. Afin de travailler en bonne intelligence avec les hôpitaux, un contrat sera passé entre le siège et chacun d'eux stipulant les modalités d'intégration des améliorations du système actuel dans le système futur.

La directrice générale insiste sur l'importance qu'elle accorde à l'accompagnement humain qui consiste, outre à former des personnels à l'utilisation d'un outil, à associer les équipes médicales et soignantes dès la conception du dispositif afin d'éviter tout rejet lors de son installation.

Après un longue période dédiée à la concertation, il s'agit désormais de concrétiser le projet qui recevra les moyens nécessaires à son bon déroulement. A cette fin, Mme VAN LERBERGHE a confié la lourde responsabilité de cette opération à M. LEPAGE qui possède une grande connaissance des systèmes d'information conjuguée à une expérience médicale.

Ce projet majeur pour l'institution est désormais sous les regards des autres hôpitaux et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et exerce une attractivité importante sur les intégrateurs potentiels, ce qui augmente le pouvoir de négociation de l'AP-HP.

Pour sa part, **M. de PROST** ajoute qu'il appartient à la CME d'aider M. LEPAGE à concevoir un dispositif homogène malgré les demandes de nombreux praticiens désireux d'un projet spécifique à leur discipline ou à leur activité.

Il l'invite à présenter dès la séance de novembre de la CME, les orientations qu'il souhaite donner au dossier médical du patient qui inclut notamment l'archivage, la gestion des examens, l'imagerie et les rendez-vous.

VI - Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT expose le dossier ayant trait aux fiches de missions et structure examinées en réunion du groupe des structures.

A) Fiches de missions et structure avec débat.

GHU sud

Hôpital Bicêtre :

- *Modification de l'UF d'explorations fonctionnelles du système nerveux en UF neurophysiologie clinique et épileptologie, rattachée au service de biophysique et médecine nucléaire.*
- *Création d'une UF Centre Inter-Etablissement de Résonance magnétique (CIERM), rattachée au service de biophysique et médecine nucléaire.*
- *Création d'une UF d'explorations fonctionnelles radioisotopiques in vitro, rattachée au service de biophysique et médecine nucléaire.*
- *Création d'une UF d'explorations fonctionnelles radioisotopiques in vivo, rattachée au service de biophysique et médecine nucléaire.*
- *Création d'une UF de scintigraphie rattachée au service de biophysique et médecine nucléaire.*

La discussion en groupe des structures a porté non sur le fond mais sur la forme. Ce type de difficulté se produira jusqu'à l'organisation complète des hôpitaux en pôles en décembre 2006, signale M. MADELENAT car certaines unités fonctionnelles seront rattachées à différents pôles. La DPM précisera prochainement au groupe des structures les marges de manoeuvre dans ce domaine permettant d'envisager la notion de structure inter-hospitalière.

Hôpital Bicêtre – Antoine Béclère :

- *Création d'une UF de biophysique et médecine nucléaire à l'hôpital A.Béclère rattachée au service de médecine nucléaire de Bicêtre.*

- *Modifications du service de biochimie de Bicêtre et du service d'histologie embryologie cytogénétique à orientation biologique et génétique de la reproduction d'A.Béclère, par la modification de l'unité fonctionnelle d'histologie embryologie cytogénétique à orientation biologie andrologique en unité fonctionnelle d'Andrologie Biologique de l'hôpital Bicêtre rattachée au service de l'hôpital Antoine Béclère.*

Cette opération vise à obtenir une certaine synthèse d'activités redondantes entre les deux hôpitaux auxquels les rapporteurs du dossier en groupe des structures ont demandé d'une part de réajuster les modalités de fonctionnement liées à ce nouveau rattachement de l'activité, d'autre part de définir les moyens dévolus aux unités fonctionnelles.

GHU nord

Hôpital Avicenne :

- *Création d'un service d'endocrinologie-diabétologie-maladies métaboliques.*

L'orateur rappelle que dans le cadre de sa présentation voici quelques mois de la fiche modifiant le service d'endocrinologie de l'hôpital Jean Verdier, il avait mentionné l'existence d'un doublon possible avec le service d'endocrinologie de l'hôpital Avicenne.

b) Fiches de missions et structure sans débat.

GHU nord

Hôpital Saint Louis :

- *Création d'une fédération médicale associée des maladies du sein.*
- *Révision du service des maladies du sang à l'occasion du départ du chef de service le 1^{er} janvier 2005.*

Hôpital Louis Mourier :

- *Modification du service de médecine interne V.*
- *Création d'une unité fonctionnelle d'équipe mobile d'assistance et de soins palliatifs (E.M.A.S.P.), qui lui est rattachée.*

GHU sud

Hôpital Bicêtre :

- *Création d'une UF de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs de l'adulte et de l'enfant rattachée au département d'anesthésie-réanimation chirurgicale.*
- *Modification du service de pharmacie – laboratoire de toxicologie avec :*
 - *Création d'une UF de pharmacie en milieu carcéral.*
 - *Création d'une UF de toxicologie et suivi thérapeutique pharmacologique.*
 - *Création d'une UF de préparation et gestion des médicaments.*
 - *Modification de l'UF de stérilisation qui devient UF de préparation et gestion des dispositifs médicaux stériles.*

Au terme de l'étude des fiches, M. MADELENAT formule des remarques sur la charge de travail qui se profile pour les membres du groupe des structures. En effet, dans le cadre de la nouvelle organisation des établissements, le groupe des structures devra examiner avant septembre 2006, la totalité des fiches de missions et structure relatives à la création de l'ensemble des pôles. S'agissant des autres fiches, le groupe des structures se limitera à l'analyse de celles comportant un caractère d'urgence comme les mutations et les transferts.

Par ailleurs, il exprime son incompréhension face à la contradiction contenue dans le fait que le groupe des structures soit conduit à accepter des partitions de services demandées par des hôpitaux, dans le même temps qu'il procède à des regroupements par pôles.

D'ailleurs, certaines situations pour lesquelles l'avis émis par le groupe des structures n'a pas été suivi, semblent se révéler préjudiciables, a posteriori.

Dans le droit fil de cette remarque, M. CHAUSSADE signale que certaines structures et certains personnels migrent, souvent pour des motifs relationnels, sans saisir le groupe des structures ni le groupe du personnel médical. Il illustre son propos par un cas précis qui le fait s'interroger sur le rôle de la CME. Il estime nécessaire que la direction générale indique officiellement si elle souhaite la partition de services avant la constitution de pôles ou si elle préconise la diminution du nombre de services au profit de structures de type département, unité fonctionnelle.

M. NAVARRO répond qu'il se renseignera sur le dossier mentionné. Quant à la partition des services, elle se révèle antinomique à la création des pôles, affirme-t-il. Il précise que les réflexions du conseil exécutif seront présentées à l'occasion d'un séminaire dédié au thème de la gouvernance le 27 septembre prochain.

Selon M. BERNAUDIN il convient de tenir compte de l'incidence du mode de nomination du chef de service et du responsable d'unité fonctionnelle : par des personnalités externes au pôle pour le premier et internes au pôle pour le second.

Il ne s'agit pas uniquement d'un facteur humain mais aussi de la place qu'occuperont les services et du rôle des pôles face à ces derniers, intervient le **vice-président**. Dans le cadre de l'expérimentation, certains pôles manquent de justification ou de lisibilité. Les pôles, pour avoir une réelle signification aux yeux de ceux qui les composent doivent avoir une triple validité : médicale, fonctionnelle et géographique. Certains pôles dessinent une géographie illogique et peu claire. Les services par ailleurs restent les vecteurs de la justification fondamentale de l'hôpital qui est de soigner et de porter un projet médical facteur de progrès pour les patients.

Il importe de veiller, selon M. NAVARRO, à ce que les propositions de structuration apportent le bénéfice attendu pour l'institution et non seulement pour un individu. A cet effet, le comité exécutif et la DPM fixeront des critères d'évaluation des dossiers présentés, portant notamment sur l'amélioration du circuit du patient, la mutualisation des personnels médical et non-médical, le bénéfice au malade. Une telle démarche devrait limiter la volonté de préservation des services sans nier toutefois la spécificité de leur rôle et de celui des équipes.

Après avoir illustré par un exemple que si la mise en place de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP prend l'orientation du contrôle de gestion et non de la production du soin, comme le ressent le personnel dans les hôpitaux, **M. LEVERGE** considère que la réforme échouera. En outre pour lui, la direction générale s'est contentée à ce jour, de donner une explication technocratique plutôt que médicale sur la philosophie de la réforme. Il demande sur quels critères se fondent les directeurs pour limiter le nombre de pôles à cinq ou six dans tel hôpital. Il rappelle que la nouvelle gouvernance prévoit de partager au sein d'un pôle des activités communes ou complémentaires dont la masse critique permet la conclusion d'un contrat de gestion. Or dans les faits, la démarche consiste à concevoir des pôles en fonction d'un nombre théorique.

La position de la directrice générale, fait connaître **M. NAVARRO**, sur cette thématique à laquelle elle s'est consacrée pleinement, sera rapportée à la réunion du 27 septembre regroupant les membres de la CME, du conseil exécutif et les présidents de comité consultatif médical et les directeurs d'hôpitaux. Néanmoins il entend le message de M. LEVERGE et ajoute que la politique de la direction générale se fonde sur les gains dont pourront bénéficier les patients et les organisations.

Le **président** ne partage pas totalement le point de vue de M. LEVERGE dont les propos traduisent néanmoins une opinion profondément ancrée chez un grand nombre de personnes.

Il met ensuite aux voix les fiches de missions et structure qui reçoivent un avis favorable à l'unanimité des 35 votants.

VII - Désignation d'un membre de la CME au CROS.

En tant que président de la CME, M. de PROST est membre du comité régional de l'organisation sanitaire (CROS), un suppléant est par ailleurs désigné.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 refonde les principes de la planification sanitaire, explique **Mme LALARDRIE**, en supprimant la carte sanitaire laquelle déterminait par un indice les besoins en lits en fonction de la population. A partir de 2006, les autorisations qui seront délivrées concerneront les activités de soin et d'équipements qui font par ailleurs l'objet du SROS.

Ces demandes d'autorisation sont examinées par le CROS au sein duquel siègent pour l'AP-HP le président de la CME ou son suppléant et deux représentants de l'administration. Un nouveau CROS est mis en place et dans ce cadre, il convient de désigner le suppléant du président de la CME. Actuellement, le comité se réunit une fois par mois mais par la suite la fréquence des réunions devrait diminuer. Cependant la charge de travail demeurera sans doute importante en 2006 en raison de l'examen de nouvelles demandes d'autorisation.

Mme BRESSAND signale que sa collaboratrice Mme GUINGOUAIN qui siège au CROS au titre de représentante des infirmiers d'Ile-de-France regrette souvent l'absence d'action en commun avec les représentants de la CME.

M. LAPANDRY est désigné comme suppléant de M. de PROST au sein du CROS à l'unanimité des votants.

VIII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les quatre nouveaux contrats d'activité libérale et les deux avenants sont adoptés par 16 voix pour, 4 voix contre et 12 abstentions.

IX - Avenants à des conventions hospitalo-universitaires.

Mme RIVET donne lecture de six avenants à des conventions hospitalo-universitaires (cf. documents mis en ligne sur le site Internet de la CME) qui traduisent des créations d'emplois résultant de la révision des effectifs pour l'année 2005 conduite en 2004.

Elle insiste sur l'avenant à la convention associant l'Institut Gustave Roussy à l'AP-HP et à l'unité de formation et de recherche médicale Kremlin-Bicêtre qui précise que l'activité du PU-PH affecté sur le poste sera répartie à 50 % sur le site de l'IGR et 50 % sur l'hôpital Paul Brousse.

La CME se prononce favorablement à l'unanimité des 31 votants.

X - Avis sur la convention associant le centre hospitalier et universitaire de Paris (UFR médicale Kremlin Bicêtre) et le centre hospitalier sud francilien.

L'instance approuve à l'unanimité des votants cette convention portant sur la mise à la disposition du centre hospitalier sud francilien par l'AP-HP et l'UFR médicale Kremlin-Bicêtre d'un poste de PU-PH.

XI - Approbation du compte-rendu de la séance du 5 juillet 2005.

Lors du vote relatif au plan stratégique 2005 – 2009, 3 abstentions se sont exprimées et non 2 comme indiqué dans le compte-rendu, observe Mme BOILEAU.

M. DRU note que le compte-rendu ne mentionne pas les voix contre l'adoption des contrats d'activité libérale.

Compte tenu de ces remarques le compte-rendu est approuvé.

XII - Question diverse.

Les victoires de la médecine.

Eu égard à l'impact médiatique non négligeable de cette manifestation créée par une entreprise privée voici quelques années, M. NAVARRO évoque le caractère indispensable de la participation de l'AP-HP, laquelle a remporté l'an dernier quatre thèmes sur les sept présentés.

La participation recherchée par une sollicitation de la communauté médicale est restée sans effet. Aussi, souhaite-t-il passer par l'intermédiaire de l'instance pour motiver les collègues à prendre part aux victoires de la médecine.

M. de PROST ajoute qu'il importe d'agir rapidement car les délais d'inscription se trouvent désormais restreints.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 10.

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

Mardi 11 octobre 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 septembre 2005 à 15h30.

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.