

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 8 JUILLET 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 23 SEPTEMBRE 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 8 juillet 2003

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur la mise en oeuvre des protocoles concernant le personnel médical.
 - statut des attachés,
 - protocole relatif aux hospitalo-universitaires,
 - protocole AP-HP – ARH-IF concernant les urgences.
- 2- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 3- Avis sur la création de postes d'assistants des hôpitaux au 1^{er} novembre 2003.
- 4- Enquête sur les réanimations – point d'étape.
- 5- Approbation du compte-rendu de la séance du 24 juin 2003.
- 6- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis sur les candidatures aux stages interrégions – semestre de novembre 2003 à mai 2004.

Composition E

- Avis sur des propositions de fin de période triennale de certains attachés.

Composition C

- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers à temps partiel (JO des 4 avril et 3 mai 2003).
- Validation de la période probatoire de trente trois praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de deux chefs de service hors CHU à titre provisoire.
- Avis sur les demandes de mobilité interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel.
- Avis sur des renouvellements quinquennaux de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de chef de service ou de chef de département au titre de l'article R714-21-4 du code de la santé publique.
- Désignation de deux coordonnateurs des fédérations de gestion commune de l'AGEPS.

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2003 (1er tour).
- Avis sur la titularisation des MCU-PH nommés stagiaires le 1er septembre 2002.
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2003 (1er tour).

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2003 (1er tour).
- Avis sur une demande d'intégration dans le corps des PU-PH d'un directeur de recherche placé en position de détachement à l'AP-HP.
- Avis sur une demande de détachement en qualité de directeur de recherche dans le corps des PU-PH.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2003 (1er tour).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Dr. BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - M. le Pr. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr. DERAEDT, 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 QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - 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,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr. HUBERT, hôpital Necker – Enfants Malades,
 - M. le Pr. LEMAIRE, hôpital Henri Mondor,
 - M. le Pr. MARTY, hôpital Beaujon,
 - Mme SAUNIER, représentant la directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le **président** ouvre la séance en présentant les excuses de Mme ABADIE. Il procède ensuite à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Information sur la mise en oeuvre des protocoles concernant le personnel médical.

La parole est donnée à **M. ANTONINI** pour présenter trois protocoles relatifs au personnel médical (cf. documents remis aux membres de la commission médicale d'établissement).

1- Le statut des attachés

La section sociale du Conseil d'Etat ayant émis des observations sur le projet de statut des praticiens attachés, M. ANTONINI indique qu'il signalera ultérieurement les éventuelles modifications que pourrait contenir le texte définitif dont la parution est annoncée pour la fin de ce mois.

a) Le recrutement et le renouvellement des fonctions

L'actuel acte unilatéral de nomination annuel ou triennal cède la place à un contrat comparable à un contrat à durée indéterminée après vingt quatre mois de fonctions. Recruté pour un contrat d'une durée maximale de un an renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt quatre mois, le praticien attaché basculera à l'issue de cette période dans un dispositif de renouvellement triennal de droit par tacite reconduction.

Les modifications apportées au contrat initial doivent se faire par voie d'avenant et le renouvellement ou la rupture du contrat donne lieu à une indemnisation ; cette indemnité de licenciement représente un douzième de la rémunération annuelle multiplié par le nombre d'années d'ancienneté. Pendant les deux premières années, le praticien attaché a droit à une indemnité destinée à compenser la précarité de sa situation ; non fixée dans le texte, elle correspond, en droit privé, à 10 % des rémunérations versées au salarié.

b) La rémunération et la carrière

Jusqu'à présent, le praticien attaché perçoit une rémunération différenciée selon les titres obtenus mais ne prenant pas en compte l'ancienneté dans les fonctions. Désormais, il bénéficie d'un avancement selon une grille de rémunération (12 échelons) ; un reclassement est prévu pour les praticiens attachés déjà en fonction.

La grille prévoit une rémunération comparable en début de carrière à celle d'un assistant généraliste et en fin de carrière à celle d'un praticien hospitalier au quatrième échelon. Au regard de l'ancienneté des attachés de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, la nouvelle grille statutaire devrait entraîner une augmentation moyenne de la rémunération de 35 %, étalés sur une période de trois ans.

c) La comptabilisation des obligations de service

Aujourd'hui, le temps médical des praticiens attachés se mesure en vacation, d'une durée de trois heures trente. Le nouveau statut adopte un décompte en demi-journée ou en heures (dans le cas des activités organisées en service continu) pouvant inclure les périodes de nuit ou de week-end (dans le cadre de l'intégration de la garde dans le temps de travail). Le travail additionnel accompli est rémunéré mais son volume est plafonné. Le repos journalier s'applique.

d) Les congés

Les droits à congé pour formation se généralisent et ceux relatifs à la réduction du temps de travail s'appliqueront selon des modalités définies par voie réglementaire. Les praticiens attachés jouissent également de congés familiaux et d'autorisations d'absences.

e) *Les dispositions transitoires*

A compter de la parution du décret, l'ensemble des attachés bénéficiera d'un mécanisme de reclassement étalé sur trois ans dans le nouveau statut. Dans quelques cas rares, le reclassement pourrait s'avérer défavorable à certains attachés lors de la première année d'application ; ceux-ci conserveraient alors le niveau de rémunération le plus avantageux. Le reclassement intervient avec un effet rétroactif au 1^{er} janvier 2003. Il convient d'attendre la parution du texte pour connaître la portée réelle de cet effet rétroactif, notamment en matière de renouvellement des contrats.

Le référentiel du temps médical des praticiens attachés évoluant de la vacation vers la demi-journée de travail, il convient de redéfinir les obligations de service et de mener une réflexion, service par service, sur la correspondance du temps de travail exprimé en vacation et en demi-journée.

M. de PROST évoque la nécessité d'informer les chefs de service de ce nouveau statut. A cette fin, il demande à **M. FAGON**, président du groupe « informations – relations extérieures », d'élaborer en collaboration avec **M. ANTONINI**, un document clair et précis définissant non seulement les obligations et devoirs des chefs de service vis-à-vis des praticiens hospitaliers mais aussi leurs impératifs d'organisation et les possibilités dont ils disposent dans cette perspective.

En outre, il souligne l'existence de deux cas de figure : les attachés travaillant dix demi-journées par semaine et ceux ne travaillant que une, deux ou trois demi-journées par semaine. Tandis que les premiers se verront considérés comme des praticiens à temps plein, les seconds conserveront un rôle fondamental notamment dans les disciplines qui impliquent un grand nombre de consultations et dans les relations entre l'hôpital et la médecine de ville.

Concernant la fin des investitures, **M. ANTONINI** indique que le nouveau statut ne remet pas en cause la possibilité de mettre fin aux fonctions des attachés mais celle-ci induira désormais une indemnisation de précarité ou de licenciement, selon le cas, à puiser dans le budget du personnel médical des hôpitaux puisque la gestion des attachés est déconcentrée.

A une question de **Mme DEGOS** relative aux programmes hospitaliers de recherche clinique qui permettraient de recruter des attachés sur des vacances pour une période déterminée, **M. ANTONINI** répond qu'il s'agira, pour fixer la durée du contrat, de convertir la somme allouée au PHRC en demi-journées. Toutefois, il n'existe pas à ce jour de solution satisfaisante pour régler les situations dans lesquelles la durée d'engagement souscrite dépasserait deux années. Puis, à l'adresse du **président**, il indique que le projet de décret relatif aux attachés n'aborde pas l'éventualité de réengager les praticiens qui bénéficieront d'un contrat d'un an par exemple sur un nouveau contrat ou sur un autre type de contrat.

Mme SCHLEGEL demandant comment s'opérera la conversion des vacances en demi-journées, **M. ANTONINI** fait connaître que l'examen de chaque cas permettra de prendre en compte l'investissement effectif du praticien, ses souhaits, les priorités du service. Le praticien attaché étant nommé par le directeur d'hôpital sur proposition du chef de service, une discussion aura donc lieu au sein de l'hôpital pour déterminer le nombre de demi-journées qui seront prévues au contrat du praticien attaché.

La gériatrie fonctionnant avec un grand nombre d'attachés, **Mme DEBRAY-MEIGNAN** livre ses inquiétudes suscitées par le nouveau statut :

- la dépense occasionnée par l'augmentation d'environ 35 % de la rémunération des attachés est-elle budgétisée ou bien le temps médical devra-t-il diminuer d'autant ;
- lorsqu'un praticien attaché posera des problèmes, connaîtra-t-on les mêmes difficultés pour mettre fin à ses fonctions que dans le cas d'un praticien hospitalier ;

- si l'on souhaite faire cesser les fonctions d'un attaché au terme de vingt quatre mois, son recrutement pourra-t-il intervenir dans un autre hôpital et dans quelles conditions.

M. ANTONINI rappelle qu'à l'AP-HP, le directeur d'hôpital nommant le praticien attaché, ce dernier pourra, à l'issue d'un premier contrat, faire l'objet d'un nouvel engagement dans un autre hôpital.

S'agissant du financement, le budget primitif de l'AP-HP contient une provision pour le reclassement des praticiens attachés mais elle ne couvre pas le coût global. Un complément pourrait être obtenu en DM2 pour 2003, compte tenu des derniers arbitrages relatifs au texte.

Il semble à **M. PATERON** qu'il sera difficile de faire progresser de 33 % la rémunération des attachés qui interviennent pour la permanence des soins.

M. GOËAU-BRISSONNIERE se préoccupe de la portée des dispositions inscrites dans l'article 34 du projet de décret lesquelles indiquent que les attachés en exercice au 31 décembre 2002 dans le cadre d'une période triennale, bénéficient de droit d'un contrat de trois ans, conformément à l'article 11. Cela lui paraît signifier que tous ces praticiens seront reclassés de manière définitive.

Si le texte est maintenu en l'état actuel, tous les attachés titrés basculeront dans le nouveau statut, fait connaître **M. ANTONINI**. Dans le cas d'ancienneté inférieure à vingt quatre mois le contrat pourra être renouvelé ou non dans le cadre des nouvelles dispositions.

Puis, à l'attention de **Mme DEGOS** et du **président**, il indique qu'un poste de praticien hospitalier devrait, à terme, équivaloir sur le bilan financier à vingt deux ou vingt trois demi-journées.

M. LACAU ST GUILY met l'accent sur les disciplines qui disposent de nombreux attachés à une vacation dans plusieurs hôpitaux. Le texte ne semble pas adapté à ces derniers alors qu'ils rendent service aux hôpitaux et constituent le lien avec la médecine de ville.

Il faudra travailler au minimum une demi-journée hebdomadaire observe **M. ANTONINI** ; il peut être envisager de partager la demi-journée sur plusieurs hôpitaux.

Ensuite, **M. FAYE** souhaite connaître le devenir des attachés notamment urgentistes qui ont une activité sur plusieurs sites hospitaliers. L'AP-HP étant une entité juridique unique, comment l'administration compte-t-elle gérer ces médecins et présenter leurs droits ? **M. ANTONINI** confirme que le système de l'AP-HP étant unique, un praticien attaché ne pourra faire plus d'un temps plein.

A **M. CORIAT** qui s'inquiète de savoir si les engagements pris à l'égard des attachés, avec un effet en novembre 2003, pourront être tenus dans le cadre du contingent de vacations dont disposent les services, **M. ANTONINI** précise que la nouvelle règle du jeu ne devrait pas conduire à une remise en cause de ces engagements.

Cependant, **M. BERNAUDIN** signale qu'au sein de son hôpital, courant juillet, chaque chef de service redéfinira avec la commission des effectifs et le responsable du personnel médical, les prochaines investitures selon les caractéristiques du nouveau statut.

M. NAZAC observe que le projet de décret ne comporte aucune limite de durée à la situation de l'attaché qui travaille à temps plein dans l'attente d'un poste de titulaire. Il souhaite outre une limitation de durée de ce statut précaire, non attractif, une grande visibilité sur les postes de titulaire qu'offre l'institution. Le **président** souligne la pertinence du propos mais craint qu'en bornant cette durée, l'AP-HP ne se prive de la souplesse nécessaire pour pallier une absence ou une indisponibilité. **M. ANTONINI** ajoute que d'une part les hôpitaux ne pourront pas proposer à l'ensemble des attachés un poste de titulaire, d'autre part il paraît important au plan démographique de renouveler les équipes grâce à une fluidité du dispositif. Néanmoins, il pense qu'il faut rechercher les moyens de renforcer la visibilité sur les perspectives de postes de titulaire.

M. DASSIER salue les avancées positives de ce nouveau statut qui normalise les droits et les devoirs, permet des projections et offre une certaine forme de souplesse. Il se demande cependant si les contrats seront conclus au niveau central ou local. En réponse **M. ANTONINI** précise que leur gestion s'effectuera localement et que le statut prévoit une délégation au comité consultatif médical pour le recrutement de ces praticiens. Afin de fidéliser ces derniers et de faciliter leur mouvement d'un hôpital à l'autre de l'AP-HP, un dispositif permettant la comptabilisation de leur ancienneté sera proposé aux hôpitaux.

Dans le projet de décret, **M. BEN-BRIK** note l'absence de disposition concernant le suivi médical en médecine du travail des praticiens attachés, ce que confirme **M. ANTONINI** qui précise que le suivi médical de l'ensemble des médecins hospitaliers mérite d'être abordé globalement.

Pour **Mme MARCHAND**, ce texte constitue une remise à niveau des droits et de la rémunération des attachés. Sur le fond, il s'agit de transformer une décision de nomination en contrat, le fonctionnement général du recrutement demeurant inchangé. Certaines directions d'hôpitaux ont déjà préparé les chefs de service à une reprise budgétaire de 20 ou 30 %, or la réforme est financée pour les contrats correspondant au temps médical actuel des attachés.

Quant au reclassement de droit des anciens vacataires, il lui semble normal que les années consacrées par ces médecins au service de l'institution conduisent vers des contrats triennaux par tacite reconduction.

Lorsqu'un poste de praticien hospitalier se profile à l'issue d'un contrat, des indemnités de licenciement ou de précarité ne se justifient pas puisque le praticien attaché intègre un autre statut.

Enfin, elle précise que ce texte offre la possibilité, à la fin de l'internat, de suivre un cursus hospitalier valorisant en vue d'accéder au concours de praticien hospitalier ; ainsi, il n'est pas facteur de limitation à l'égard des perspectives de carrière.

A son tour **M. CHAUSSADE** souhaite une règle du jeu explicite pour tous les chefs de service avant d'engager la prochaine investiture.

Il soutient la revalorisation du statut des attachés mais regrette que les décisions prises ne soient pas assorties du budget utile à leur application. En période de pénurie d'internes et de mise en place de la RTT, cette réforme réduit encore, estime-t-il, le temps médical.

M. ANTONINI confirme l'existence d'un financement pour accompagner cette mesure. Un prochain rendez-vous budgétaire devrait arrêter son montant. Néanmoins, il lui paraît utile de remettre à plat les contingents de vacations et il suggère que les hôpitaux se dotent d'un petit contingent de moyens afin d'assurer le relais entre deux engagements.

Pour conclure, le **président** renouvelle sa demande d'élaboration d'un document destiné à informer les chefs de service sur les points pratiques issus de ce nouveau statut.

2- Le protocole d'accord relatif aux hospitalo-universitaires

M. ANTONINI expose la teneur des grandes lignes de l'accord d'une part, des dossiers encore en discussion d'autre part.

a) Les mesures accordées

- La protection sociale est améliorée, notamment en ce qui concerne les congés maladie dont la prise en charge passe de un à trois mois.
- Le nouveau dispositif du consultanat prévoit une obligation de motivation et le mécanisme de financement s'envisage désormais de manière nationale.

L'AP-HP, seul CHU à avoir conservé une part significative de consultants, devra veiller à profiter de ce financement national.

- L'accord implique une augmentation régulière et concertée des effectifs dans le cadre d'un plan pluriannuel non encore chiffré.
- En matière d'autorisations d'absences, il existe une possibilité de reporter d'une année sur l'autre celles qui n'ont pu être prises pour nécessité de service.
- Un mécanisme permet de capitaliser les congés non pris au titre de la mission temporaire, soit une année tous les huit ans.

b) Les dossiers en discussion

Les chantiers ouverts concernent :

- la retraite hospitalière,
- les reclassements hospitaliers,
- la prolongation de travail des MCU-PH au-delà de 65 ans,
- le compte épargne temps.

Par ailleurs, un comité national de suivi de l'accord a été constitué.

Le **président** rappelle que le consultanat a été évoqué au cours de la précédente réunion de la CME et qu'à ce jour, on ne dispose pas d'élément nouveau.

M. RYMER cite une lettre datée du 26 juin dernier, émanant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui donne l'assurance du financement pour le 1^{er} septembre prochain des postes de consultants. A terme, ces postes seront financés dans tous les CHU, l'AP-HP devra donc alors réfléchir à l'amélioration du budget qui avait été maintenu pour financer ces postes.

Le **président** insiste sur le fait qu'il faut se montrer vigilant et actif pour que l'AP-HP bénéficie comme les autres CHU du financement annoncé par la DHOS. Il serait en effet injuste que les efforts qu'elle a fait par le passé pour assurer ce financement alors que les autres CHU transformaient les postes de consultants en postes de praticiens hospitaliers, se retournent contre elle. C'est pourquoi, en liaison avec M. DEBRE, il envisage une action d'information auprès des parlementaires.

3- Le protocole AP-HP – ARH-IF concernant les urgences

Le 3 juin dernier, l'AP-HP et l'ARH-IF ont conclu un accord avec les syndicats représentatifs des urgentistes, relatif à l'amélioration de la situation des urgences en Ile de France, informe **M. ANTONINI**.

L'accord ne remet pas en cause la procédure de répartition des crédits alloués au titre de l'ARTT, annoncée dans les hôpitaux. Ceux-ci conservent l'initiative de cette répartition et les clés de cette dernière demeurent inchangées.

S'agissant de la structure des emplois des services d'urgence marquée par une forte présence d'attachés, des moyens spécifiques ont été débloqués en faveur de la contractualisation de ces praticiens.

Le protocole favorise la mise en place d'organisations innovantes à travers d'une part la contractualisation interne au sein des hôpitaux entre les services d'urgence et les services partenaires et d'autre part la volonté d'associer les urgentistes aux réflexions liées à la mutualisation des gardes et à la réorganisation hospitalière.

Un comité régional de suivi est mis en place au sein duquel l'AP-HP est représentée.

Après cet exposé, le débat est ouvert.

M. FAGON demande si l'amélioration statutaire des attachés et des praticiens urgentistes fait l'objet d'un budget spécifique. Il observe que les textes sectoriels se succèdent (attachés, consultanat, urgences, plages additionnelles, paiement de l'ARTT, revalorisation des gardes, indemnités de service accordées aux chefs de clinique, etc...) et qu'ils sont assortis de mesures de financement très diverses allant d'aucun financement à un financement quasi complet. Les présidents de CCM ne disposent pas de suffisamment d'informations prospectives et sûres pour aider la direction de l'hôpital à établir un budget juste et cohérent et pour éventuellement réserver au sein de ce budget, l'enveloppe nécessaire pour faire face aux mesures ou à la partie des mesures non financées.

M. ANTONINI déclare que, pour ne pas remettre en cause les moyens alloués à l'AP-HP au titre de l'ARTT, l'administration a fait valoir devant la tutelle que les hôpitaux avaient consenti un effort significatif en faveur des urgences en leur consacrant vingt cinq pour cent de ces moyens. Aussi, une enveloppe complémentaire de 2,2 millions d'euros financera l'amélioration statutaire dont bénéficieront les médecins urgentistes. Sa répartition entre les hôpitaux interviendra rapidement puisque des discussions à cet effet ont déjà commencé avec les disciplines. Par ailleurs, le financement concernant la mesure qui porte sur les chefs de clinique assistants a été obtenu ; il couvre quatre vingt quinze pour cent de la dépense prévisible.

Le **président** souhaitant connaître l'importance et l'objet des financements complémentaires accordés par la tutelle au titre des améliorations statutaires catégorielles, **M. HOUSSIN** propose de préparer un tableau regroupant les mesures et le niveau de financement consacré à leur application.

M. HARDY se préoccupe de la méthodologie utilisée pour ventiler les emplois inscrits dans le protocole conclu entre l'ARH-IF et l'AP-HP. Les psychiatres y sont très attentifs car ils ont observé une divergence dans la politique conduite par l'une et l'autre en matière de prise en charge des urgences psychiatriques. Tandis que la première consent un effort particulier dans ce domaine en consacrant seize pour cent des emplois à la présence de psychiatres au niveau des SAU, la seconde n'accorde que trois pour cent. Ces chiffres sont d'autant plus préoccupants que les urgences psychiatriques au sein des SAU sont en grandes difficultés et n'ont pu bénéficier jusqu'à ce jour, ni des moyens fléchés au bénéfice des SAU (moyens réservés aux seules activités médicales et chirurgicales), ni des moyens mis à disposition de la psychiatrie par l'ARH-IF.

Un important travail doit être accompli, selon **M. AIGRAIN**, sur les implications de la mutualisation des gardes chirurgicales et de l'activité chirurgicale nocturne en terme de fonctionnement et d'accueil des urgences. Par ailleurs, il voudrait l'assurance de la part de la CME et de l'administration que l'économie induite par cette mutualisation servira à améliorer qualitativement le fonctionnement diurne et nocturne des urgences chirurgicales dans les sites lourds.

M. CARLI déclare que le protocole, orienté vers la durée, vise la normalisation de la gestion des services d'urgence ; cela passe par des critères de qualité, des carrières pour le personnel et une visibilité globale. Fondamental, le comité de suivi permettra d'accéder à une vision large de l'application du protocole et favorisera le contact direct avec l'ARH-IF. Il ajoute, pour faire suite aux propos de MM. HARDY et AIGRAIN, que le SAU, le SAMU et le SMUR sont indissociables de l'ensemble de l'hôpital en raison de leur forte interaction avec celui-ci. En conséquence, une réflexion globale doit être menée dans chaque hôpital concerné par les urgences, sur l'organisation de leur réception et aussi sur le redéploiement de moyens vers les urgences ou vers des services qui les reçoivent.

M. HOUSSIN signale que le principal moteur de la démarche de la mutualisation des gardes et astreintes ne tient pas à un aspect économique mais à un aspect démographique. Néanmoins, les économies dégagées de cette réorganisation pourraient servir les secteurs les plus actifs qui, faute de moyens en personnel médical et non médical, ne développent pas leur activité.

Pour sa part, **M. NAZAC** voudrait savoir si le protocole s'adresse aussi aux urgences gynécologiques et obstétricales dont l'activité croît annuellement. Il lui semble qu'aucune étude n'a porté sur cette catégorie d'urgence. Certains services disposent d'un résident bien formé tandis que les autres connaissent des difficultés d'ordre qualitatif pour gérer ces urgences.

Ce protocole concerne l'urgence au sens large, précise **M. ANTONINI**, les membres représentants des syndicats signataires ont préféré faire bénéficier les structures d'urgence, au sens strict, de l'enveloppe complémentaire. Toutefois, toutes les disciplines concourant à la continuité des soins sont concernées par le texte.

De plus lors de sa précédente réunion, la CME a été informée que l'AP-HP a obtenu 1,8 million d'euros au titre de la gynécologie obstétrique et de la néonatalogie. Une partie de cette somme sera réservée à la prise en compte des difficultés rencontrées par ces disciplines au titre de l'accueil des patients urgents.

Un décret fixe la définition des services d'urgence, laquelle ne comprend pas l'ensemble de l'urgence, souligne **M. CARLI**. Il suggère que les collégiales concernées par l'activité d'urgence prennent contact avec la collégiale des urgences récemment créée pour évaluer l'impact de l'activité d'urgence sur les services impliqués par elle.

M. HOUSSIN salue la création d'une collégiale rassemblant toutes les problématiques de l'urgence et au sein de laquelle tous les protagonistes peuvent partager une vision globale du sujet. Il souhaite que les psychiatres puissent y être associés.

Le **président** conclut que sa mise en place devra s'effectuer en rapport avec le groupe de travail de la CME présidé par M. AIGRAIN.

II - Avis sur les contrats d'activité libérale.

La CME approuve par 22 voix, contre 3 et 10 abstentions, le nouveau contrat d'activité libérale et les renouvellements qui ont été examinés en groupe du personnel médical.

III – Avis sur la création de postes d’assistants des hôpitaux au 1^{er} novembre 2003.

M. ANTONINI expose que la création des postes d’assistants des hôpitaux au 1^{er} novembre 2003 touche essentiellement la discipline pharmaceutique et est liée pour la majeure partie, à la mise en conformité des pharmacies à usage intérieur de l’AP-HP.

A l’examen des propositions, le groupe du personnel médical a veillé d’une part qu’une contribution du site soit confirmée dès lors qu’elle s’avérait raisonnablement possible, d’autre part que les financements complémentaires du siège s’assortissent de gages de la part des hôpitaux.

Puis il donne lecture du dossier (cf. documents remis aux membres de la CME).

M. MADELENAT demandant la justification de l’écart de gage entre le poste d’assistant des hôpitaux et celui de praticien contractuel, soit douze vacations pour le premier et vingt vacations pour le second, **M. ANTONINI** répond qu’elle se fonde sur la différence de rémunération entre l’un et l’autre.

Par ailleurs, il rappelle que dans les CHU, les postes d’assistants des hôpitaux sont réservés aux disciplines biologiques et pharmaceutiques.

La CME entérine la création de ces postes.

IV - Enquête sur les réanimations – point d’étape.

En préambule, **M. LEMAIRE** rappelle que le précédent directeur général, lui a confié, il y a un an, la mission d’étudier les conséquences pour l’AP-HP de la parution le 5 avril 2002 des décrets relatifs aux activités de réanimations. Un groupe de travail, dont la composition figure dans les documents remis aux membres de la CME, a alors été constitué.

Aujourd’hui, il présente un point des travaux réalisés au cours de la première partie de cette mission. Avec l’aide de MM. MARTY et HUBERT qui évoqueront respectivement la réanimation chirurgicale et la réanimation pédiatrique.

En second lieu, l’orateur explique *le contexte réglementaire*.

Les décrets du 5 avril 2002 ont pour objet d’organiser, de clarifier, de planifier et de professionnaliser l’activité de réanimation. Une circulaire est en cours de signature. Ce dispositif réglementaire comprend un arrêté qui traite de la qualification des personnels habilités à prendre des gardes.

Les décrets distinguent :

- la réanimation qui est par nature polyvalente (il n’y a donc pas de réanimation d’organe) et supplée les défaillances de plusieurs organes,
- les soins intensifs qui pallient la défaillance d’un organe isolé,
- la surveillance continue ou post-réanimation qui s’adresse à des patients qui doivent être monitorés, sans qu’aucune défaillance doive être suppléée.

Ces nouveaux textes imposent des contraintes :

- en termes architecturaux : séparation du service de réanimation en plusieurs zones, une taille des chambres qui ne peut être inférieure à 20 m², des unités d’au moins huit lits,

- en termes de qualification des médecins : le DESC de réanimation médicale est requis pour exercer cette activité ; seuls les anesthésistes-réanimateurs sont qualifiés pour travailler dans les réanimations chirurgicales,
- en normes de personnel non médical : deux infirmiers pour cinq malades ; une aide soignante pour quatre malades,
- en termes d'environnement technique : l'unité de réanimation doit pouvoir pratiquer toutes les techniques de réanimation. L'hôpital qui l'abrite doit disposer d'un plateau d'accueil complet et d'une unité de surveillance continue,
- enfin, la réanimation fait désormais l'objet d'un schéma régional d'organisation.

Les calendriers suivis par l'ARH-IF et l'AP-HP pour aborder ce problème sont les suivants :

Calendrier de l'ARH-IF.

- Novembre – décembre 2002 : enquête réalisée par l'ARH-IF au moyen de visites effectuées par les médecins inspecteurs des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) dans chaque unité de réanimation d'Ile de France.

Par site, cinquante dossiers consécutifs ont été étudiés permettant d'évaluer aussi bien la structure que l'activité des unités de réanimation.

- Janvier à juin 2003 : création d'un groupe d'experts auquel participent outre M. LEMAIRE, MM. CARLI, MARTY, Mme GENESTIER puis Mme CASTAGNO pour la direction de la politique médicale.

Le groupe formule des premières propositions de regroupement et de qualification des réanimations dans un document qui sera soumis à la concertation des hôpitaux pendant l'été.

- Eté 2003 : concertation des hôpitaux à partir du document élaboré par l'ARH-IF, concertation également avec les syndicats, l'ARH-IF, le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) ;
- Automne 2003 : le directeur de l'ARH prendra un arrêté présentant les grandes orientations de l'agence, hôpital par hôpital. Ce texte comprendra une partie décrivant la réanimation en Ile de France et une annexe dite opposable qui indiquera pour chaque hôpital le nombre de structures de réanimation. L'arrêté fixera une date, en 2004, à partir de laquelle les hôpitaux disposeront de six mois pour présenter des demandes d'autorisation. Ces dernières seront présentées au CROSS puis in fine arbitrées par l'ARH-IF.

Calendrier de travail de l'AP-HP.

L'AP-HP a mis en place un groupe de travail qui a réalisé de juin 2002 à juin 2003 des visites de sites afin de donner un avis sur les propositions des établissements.

A l'automne 2003, aura lieu la seconde partie du travail qui portera sur la définition des structures et du nombre de lits pour chaque site.

En troisième lieu, M. LEMAIRE dresse *un bilan des réanimations à l'AP-HP*.

Le premier constat est celui d'un empilement de structures, au fil du temps, pour doter chaque service de sa propre réanimation.

Il existe des hôpitaux où les soins intensifs de pneumologie ou de néphrologie assurent la réanimation médicale de l'établissement.

Certains départements d'anesthésie-réanimation n'ont pas de structure propre de réanimation, la réanimation chirurgicale s'effectuant dans des services de chirurgie.

Actuellement, chaque service ferme soit le quart, soit un petit tiers de ses lits par manque d'infirmières. L'Ile de France n'étant pas en situation de désastre sanitaire, se pose le problème de l'utilité de disposer d'un nombre de lits plus important en réanimation.

Par ailleurs, dans certains services de réanimation se trouvent des patients qui n'ont aucune défaillance viscérale et qui pourraient donc être pris en charge en surveillance continue.

Cependant, dans son étude, l'ARH-IF constate que des fermetures des secteurs de réanimation de certaines cliniques se sont produites ou sont programmées et que par conséquent les besoins en réanimation doivent être calibrés en tenant compte de ce contexte régional.

Face à la nécessité d'appliquer la réglementation, les principales difficultés que rencontre l'AP-HP sont de quatre ordres.

- Elles tiennent tout d'abord au manque de personnel non médical. Les simulations effectuées font apparaître un déficit de cent agents pour des structures occupées à 80 % et à plus de six cents pour des structures occupées à 100 %.

M. LEMAIRE présente alors un document illustrant le décalage entre les effectifs théoriques et les effectifs présents. Réalisée à Henri Mondor par un cadre supérieur cette étude analyse au jour le jour les raisons d'une non présence du personnel infirmier dans les services de réanimation. L'ARTT ne constitue pas la principale explication des absences. En effet, les congés, les absences pour enfants malades, les congés pour grossesses, l'absence pour raison syndicale et les jours de formation sont responsables d'une grande partie des absences constatées et par suite d'une nécessité de fermer des lits.

- Le problème est différent mais tout aussi préoccupant pour le personnel médical.

Pour l'anesthésie réanimation en particulier, la pyramide des âges montre un net vieillissement des médecins, ce qui est plus favorable à la prise des gardes. A cela, s'ajoute l'obligation du repos compensateur pour les plus jeunes. Il existe donc une nécessité de structurer les services en les regroupant pour réduire le nombre de gardes dans chaque hôpital.

- Par ailleurs, dans l'ensemble, l'architecture des établissements est peu adaptée. En effet, si par le passé des travaux récents ont pu bénéficier aux SAU et salles de réveil, ces efforts d'investissement n'ont que très peu été réalisés au profit des réanimations. En outre, certains établissements, notamment ceux construits au 19^{ème} siècle ne pourront insérer en leurs murs actuels des chambres de réanimation. Il faudra alors, comme à Saint Antoine envisager une construction nouvelle.
- Enfin, dans certains hôpitaux une réflexion sur les réanimations se heurte à un projet médical trop flou ou incertain.

Pour clore cette présentation, M. LEMAIRE, M. MARTY, M. HUBERT font part des propositions du groupe de travail de l'AP-HP et de l'ARH-IF concernant l'AP-HP.

A. Réanimation médicale – M. LEMAIRE expose les structurations proposées :

- Ambroise Paré : regroupement médico-chirurgical avec une réduction des lits. Cette solution peut être mise en oeuvre sans nouvelle construction ;
- Antoine Béchère : regroupement de la réanimation médicale et des soins intensifs de pneumologie. La solution architecturale n'est pas encore trouvée. Dans un premier temps il s'agira de se limiter à la reconnaissance de la réanimation médicale ;
- Avicenne : unité de réanimation médico-chirurgicale de seize lits dans le service d'anesthésie-réanimation. Des travaux sont prévus très prochainement ;
- Beaujon : si la pneumologie était transférée à Bichat, nécessité d'une unité de réanimation médicale en raison du SAU ;
- Bichat : statu quo ;
- Bicêtre : maintien de la réanimation médicale, suppression de l'USIC pour laquelle un rattachement doit être envisagé dans le cadre du GHU ;
- Cochin, Henri Mondor, Lariboisière : statu quo ;
- Louis Mourier : compte-tenu de l'activité faible de l'hôpital en chirurgie viscérale, il est proposé de transformer la réanimation chirurgicale en surveillance continue ;
- Necker : création d'une réanimation médico-chirurgicale en fonction du projet de développement du pôle adulte ;
- Paul Brousse : unité de surveillance continue rattachée au service de réanimation médicale de Bicêtre, par convention ;
- Pitié-Salpêtrière : deux réanimations médicales ;
- Raymond Poincaré : réanimation médicale dont la capacité doit être discutée ;
- Saint Antoine : réanimation médicale à installer dans le bâtiment des urgences à construire ;
- Saint Louis : statu quo ;
- Tenon : regroupement des unités de soins intensifs de pneumologie et de soins intensifs de néphrologie pour constituer une réanimation médicale.

B. Réanimation chirurgicale

En préambule, **M. MARTY** rappelle que la réanimation chirurgicale diffère de la réanimation médicale tant par ses structures que par l'origine des malades. Ces derniers arrivent en réanimation chirurgicale soit parce qu'ils ont subi une intervention chirurgicale qui a provoqué des défaillances vitales, soit parce qu'ils connaissent des complications avec détresses vitales consécutives à des interventions chirurgicales, soit parce qu'ils développent des pathologies comme les pancréatites aiguës ou les poly-traumatismes qui impliquent qu'on les considère comme des malades chirurgicaux sans qu'une sanction chirurgicale soit toujours requise.

Le constat fait apparaître une coexistence d'unités rattachées aux services d'anesthésie-réanimation, et d'unités rattachées à un service de chirurgie.

Des disparités ont été relevées au niveau de la taille des unités et de la gravité des patients hospitalisés dans ces unités.

Par ailleurs, la densité de personnel médical et de personnel non médical varie de un à trois selon les unités. La même disparité se vérifie au niveau des équipements. Ainsi le nombre de respirateurs par lit de réanimation chirurgicale fluctue de 0,8 à 2.

Les taux d'occupation sont également très disparates selon les unités et varient selon les périodes, ce qui est une difficulté pour la gestion des ressources humaines et explique des pratiques de surdimensionnement par sécurité.

Enfin, lorsque la réanimation est rattachée à un service de chirurgie, le personnel médical se partage avec le secteur d'hospitalisation. Cette situation se heurte à l'objectif de professionnalisation recherché par les décrets d'avril 2002.

En conséquence, la performance de la réanimation chirurgicale est modeste, sa productivité est insuffisante et son efficacité semble perfectible. Ainsi pour une unité de huit lits, ou pour une unité de quatorze lits, un réanimateur est de garde.

Par ailleurs, la gestion des flux de patients est trop souvent déstabilisée par les fluctuations de l'activité programmée de chirurgie. Sur ce point **M. MARTY** espère que le récent décret sur l'anesthésie qui instaure un circuit du malade et l'ouverture des salles de réveil qui peuvent prendre en charge un malade relevant de la réanimation pendant une nuit, seront des sources possibles de régulation des flux.

Il existe aussi des disparités dans la valorisation des séjours chirurgicaux, selon que le patient passe ou ne passe pas par la réanimation.

Enfin, les besoins en effectifs étant estimés en tenant compte du taux d'occupation des lits, il en résulte un encouragement à la sur-occupation.

Trois séries d'actions sont proposées par le groupe de travail :

- mieux utiliser les ressources en regroupant les unités,
- adapter la présence des personnels aux flux des patients et lisser au maximum l'activité opératoire programmée,
- enfin, dans le cadre de la tarification à l'activité, valoriser convenablement le séjour en réanimation.

Les projets de réorganisation étudiés avec l'ARH-IF sont les suivants :

Necker, Georges Pompidou, Antoine Béchère, Saint Antoine, Tenon, Saint Louis, Bichat :	pour chacun de ces hôpitaux : statu quo, soit une réanimation chirurgicale ;
Cochin :	rattacher la réanimation chirurgicale polyvalente au service d'anesthésie-réanimation ;
Pitié-Salpêtrière :	<ul style="list-style-type: none">- deux unités de réanimation chirurgicale rattachées au service d'anesthésie-réanimation (statu quo),- une unité de soins intensifs de chirurgie digestive ;
Bicêtre :	regroupement de la réanimation chirurgicale et de la réanimation neurochirurgicale en une réanimation chirurgicale (comme à Beaujon et à Lariboisière) ;
Ambroise Paré :	regroupement de la réanimation médicale et de la réanimation chirurgicale ;
Raymond Poincaré :	suppression de la réanimation chirurgicale sachant que la réanimation médicale apportera son concours en cas de problème ;
Lariboisière :	regroupement de la réanimation chirurgicale, de la réanimation neurochirurgicale et de la réanimation de chirurgie digestive en une réanimation chirurgicale ;
Paul Brousse :	compte-tenu du taux des malades ventilés observés lors de l'enquête de l'ARH-IF, transformation de l'unité de réanimation chirurgicale en unité de soins intensifs ;
Beaujon :	unité de réanimation chirurgicale et unité de réanimation chirurgicale digestive (statu quo) ;
Louis Mourier :	transformation de l'unité de réanimation chirurgicale en unité de surveillance continue ;
Avicenne, Jean Verdier :	pour chaque hôpital, statu quo avec une unité de réanimation médico-chirurgicale.

C. La réanimation pédiatrique

M. HUBERT précise que la quasi totalité des réanimations pédiatriques sont médico-chirurgicales et associent réanimation néonatale et réanimation pédiatrique.

Les propositions sont les suivantes :

Trousseau :	une réanimation médico-chirurgicale mixte : 8 lits de réanimation néonatale, 6 lits de réanimation pédiatrique
Saint Vincent de Paul :	<i>situation actuelle</i> : une réanimation chirurgicale de 12 lits, avec 20 % d'activité médicale, <i>projet</i> : après travaux, 10 lits de réanimations médico-chirurgicale plus 5 lits de surveillance continue ;

Bicêtre :	une réanimation médico-chirurgicale de 7 lits de réanimation néonatalogie, 10 lits de réanimation pédiatrique et 3 lits de surveillance continue ;
Robert Debré :	une réanimation médico-chirurgicale de 10 lits de réanimation néonatale et 12 lits de réanimation pédiatrique (statu quo) ;
Raymond Poincaré :	<i>situation actuelle</i> : une réanimation médico-chirurgicale de 10 lits durant les travaux, <i>projet</i> : après travaux, 10 lits de réanimation plus 18 lits de surveillance continue ;
Necker – Enfants Malades :	<i>situation actuelle</i> : une réanimation médico-chirurgicale de 6 lits de réanimation néonatale et 12 lits de réanimation pédiatrique, <i>projet</i> : après travaux, <ul style="list-style-type: none"> - une réanimation médico-chirurgicale de 12 lits et 4 lits de surveillance continue, - 23 lits de néonatalogie médico-chirurgicale (8 lits de réanimation, 9 lits de soins intensifs, 6 lits de surveillance continue), - une réanimation chirurgicale de 12 lits de neurochirurgie, plus 2 lits de chirurgie.

Après avoir remercié les rapporteurs de leurs présentations, le **président** ouvre la discussion.

M. LEPAGE indique qu'il est prévu que, dans le cadre de la tarification à l'activité, la valorisation des séjours de réanimation soit réalisée à partir d'indicateurs concernant la ventilation, l'assistance cardio-circulatoire, l'assistance rénale. Cette tarification pourrait porter sur la journée.

Par ailleurs, les hôpitaux disposant de services dotés d'unités mixtes intégrant une activité de réanimation, doivent dorénavant les différencier en termes de structures, afin de bien individualiser l'activité de réanimation.

M. RICHARD formule cinq séries de remarques.

- Tout d'abord, en ce qui concerne la définition de la taille des unités, il voudrait savoir comment cette question sera abordée et quelles seront les responsabilités respectives de l'hôpital, du GHU, du siège et du groupe de travail sur les réanimations dans les décisions à venir.
- Parmi les difficultés à prendre en compte M. RICHARD estime qu'il conviendra d'analyser les conséquences sur le ratio infirmiers / malades d'un recentrage des activités des unités de réanimation au profit des malades les plus lourds, le ratio deux infirmiers pour cinq malades pouvant alors s'avérer insuffisant. Par ailleurs, il lui semble logique que la définition de la taille des unités porte à la fois sur les réanimations et les soins continus, notamment pour les hôpitaux qui ne disposent pas de soins intensifs monovalents.
- Outre le regroupement des réanimations médicales et chirurgicales envisagé dans les hôpitaux de taille moyenne, M. RICHARD se demande s'il ne faut pas aussi étudier de nouvelles organisations sous forme de pôles urgences-réanimations qui permettraient de mutualiser les moyens.

- Face au souci exprimé par M. MARTY de supprimer le gaspillage de temps médical, l'intervenant précise que la réanimation médicale n'est pas la mieux dotée en terme d'effectifs médicaux.
- Enfin, sur la formation, outre les spécificités des formations à donner au personnel soignant des unités de réanimation, M. RICHARD met en exergue le temps passé par les infirmiers déjà formés pour intégrer et faire partager leur savoir aux nouveaux personnels. Cet aspect, indique-t-il, doit être pris en compte dans la définition de l'ensemble de la structure de réanimation et dans la dotation en personnel soignant.

M. CHAUSSADE s'interroge au nom des hépato-gastro-entérologues sur le devenir des six unités de réanimations médicales digestives de l'AP-HP.

M. DECQ au nom de la neurochirurgie indique que la spécialité suit avec attention les travaux menés sur les réanimations mais s'étonne que ses représentants n'aient pas été associés à ces travaux. Le caractère spécifique de la neuro-réanimation (spécialité placée à part dans les décrets) est reconnu et se doit d'être préservé.

Pour **M. NORDLINGER**, la professionnalisation implique une bonne entente entre le réanimateur et le chirurgien. Mais dans le cas où celle-ci n'est pas naturelle qu'ont prévu les textes ?

Constatant la difficulté de placer en réanimation un malade âgé, **Mme DEBRAY-MEIGNAN** souhaite une réflexion pour l'établissement de critères d'admission en réanimation des malades âgés. Par ailleurs, elle relève que l'Hôtel Dieu qui comporte une réanimation n'a pas été cité par les rapporteurs.

M. AIGRAIN note que M. HUBERT a opté pour un principe de non individualisation des réanimations néonatales par rapport aux réanimations pédiatriques polyvalentes. Pour lui, cependant, cette individualisation présenterait un intérêt pour la continuité de la prise en charge des grands prématurés entre les équipes de réanimation néonatale et celles de néonatalogie. Cela permettrait aussi de vérifier l'utilité des surveillances continues adjointes à la réanimation pédiatrique polyvalente. Enfin, cette individualisation n'impliquerait pas de garde supplémentaire dans la mesure où la majorité des hôpitaux susceptibles de disposer d'unités de réanimation néonatale ont déjà une garde séniorisée de néonatalogie. Cette individualisation, qui améliorerait globalement la qualité de la prise en charge des nouveaux-nés, nécessiterait cependant des travaux.

M. LE HEUZEY remarque que le rapport fait état de quatorze unités de soins intensifs de cardiologie alors qu'il n'en existe plus que douze et que le mot USIC concerne une prise en charge cardiologique et pas seulement des malades coronariens.

Deux séries de difficultés doivent être signalées en cardiologie, discipline qui a déjà fait l'objet de restructuration :

- il existe une saisonnalité marquée des incidents cardiaques et coronaires qui complique la gestion des personnels ;
- l'absence, dans certains hôpitaux – SAU, d'unité de cardiologie interventionnelle ou de service de cardiologie *in situ* induit des transferts et, compte-tenu des délais courts de prise en charge, des risques d'insuccès thérapeutiques.

M. PATERON souligne les difficultés qui existent actuellement pour trouver des places en réanimation. Aussi il souhaite savoir si le schéma envisagé a prévu une coordination des capacités de réanimation, notamment pendant la période d'été, soit au niveau de l'AP-HP, soit au niveau des GHU.

M. HOUSSIN se demande si le concept médico-chirurgical arrêté pour les hôpitaux d'adultes de taille moyenne et pour la pédiatrie ne pourrait être retenu de manière plus large et systématique.

M. LEMAIRE répond aux différents intervenants en abordant les sujets suivants :

- *la définition de la taille des unités et du nombre de lits des services.*

Certaines propositions ont été faites par le groupe de travail. C'est maintenant à l'administration de réfléchir à une méthodologie pour engager une concertation, notamment par GHU, afin d'arrêter les propositions de l'AP-HP.

- *les pôles.*

M. LEMAIRE estime effectivement que tous les regroupements sont envisageables : y compris SAMU – SMUR – urgences – réanimations, mais aussi d'autres possibilités existent, par exemple, l'intégration du service ou de l'unité de réanimation médicale dans un pôle de médecine interne.

- *la formation des infirmiers de réanimation.*

Le temps consacré par ceux qui forment dans les services est une réalité. M. LEMAIRE relève que la France est un des pays où les infirmiers de réanimation n'ont pas de formation spécifique comme elle existe en Grande Bretagne ou en Allemagne.

- *les soins intensifs.*

Les textes sont clairs. Si pour un malade, deux défaillances surviennent, après quarante huit heures, le malade doit être transféré en réanimation. Conserver ces malades en soins intensifs exposerait à des conséquences négatives en cas de contentieux.

- *les malades âgés et la réanimation.*

L'âge moyen des malades hospitalisés dans les services de réanimation a progressé fortement. Les personnes âgées de 90 ans, voire plus âgées, ne sont pas refusées.

- *l'Hôtel Dieu.*

M. LEMAIRE confirme qu'il a bien été envisagé une réanimation médicale à partir des actuels soins intensifs de pneumologie.

- *les besoins saisonniers, notamment pendant l'été.*

Le problème souligne M. LEMAIRE n'est pas celui des lits de réanimation mais bien celui des lits d'aval qui sont très insuffisants. C'est pourquoi, la coordination assurée par M. CAMPHIN s'avère quelquefois très difficile.

- *les réanimations médico-chirurgicales.*

Les regroupements systématiques des réanimations médicale et chirurgicale constituent un objectif à long terme. C'est ce projet que poursuivent de nombreux pays européens. Mais dans le court et moyen terme, les autres formes d'organisation doivent être expérimentées et analysées.

A son tour **M. MARTY** apporte des éléments d'informations complémentaires.

Tout d'abord quand il a évoqué un gaspillage de temps médical, il avait en référence la réanimation chirurgicale et non la réanimation médicale. Il a pu en effet constater lors de ses visites, que par exemple, un médecin était de garde pour assurer la prise en charge de malades dont plus de la moitié regardait la télévision. La rareté des ressources implique une suppression de ces situations.

M. MARTY relève aussi que l'anesthésie peut améliorer sa productivité. En effet, une enquête a montré que deux cent cinquante anesthésies par équivalent temps plein étaient pratiquées en moyenne dans les CHU français avec cependant des disparités très importantes selon les établissements.

Sur les aspects relationnels entre l'anesthésiste et le chirurgien, M. MARTY estime que les capacités relationnelles des candidats devraient être prises en compte lors des nominations des chefs de service.

Concernant la neurochirurgie, M. MARTY confirme que la spécialité n'est pas envisagée dans les décrets. Mais lors des visites sur les sites, les projets de réorganisation ont impliqué les neurochirurgiens qui ont alors été associés à la réflexion.

M. HUBERT précise que les chiffres qu'il a indiqué pour les réanimations pédiatriques sont des propositions qui n'engagent que lui-même. Les chiffres définitifs seront arrêtés après concertation avec les établissements et l'ARH-IF.

Sur les structures mixtes ou à individualiser, il considère, comme M. AIGRAIN, que dès lors que la taille des unités permet de réunir une masse critique suffisante pour assurer la continuité et la qualité du service, il vaut mieux séparer la réanimation de néonatalogie et celle de pédiatrie.

Il précise qu'une réflexion nationale devrait avoir lieu prochainement sur l'organisation des réanimations pédiatriques. L'objectif serait de créer des centres de référence en nombre réduit et réunissant une masse critique de moyens plus importante qu'actuellement.

Enfin, M. HUBERT souligne que le temps médical gaspillé en réanimation pédiatrique est faible.

M. FAGON met en exergue les conséquences en terme de travaux de l'application des décrets et souhaiterait avoir des précisions sur ce point.

M. HOUSSIN revient tout d'abord sur le concept de réanimation médico-chirurgicale qui lui semble pouvoir être appliqué pour les hôpitaux de taille moyenne.

Pour les très grands hôpitaux, la création de pôles de réanimation lui semble de nature à permettre de mieux organiser la formation et la mobilité des personnels en fonction des fluctuations saisonnières.

Puis, il précise que la notion de GHU doit être une base pour organiser l'offre optimale en réanimation.

Enfin, il indique que les investissements susceptibles de déboucher sur des gains de productivité en exploitation, seront jugés prioritaires. Cependant il sera nécessaire d'évaluer ces projets architecturaux au cas par cas.

M. CARLI souhaite que l'on pense dès maintenant à l'évaluation et au suivi des décisions qui seront prises en matière de réanimation.

Par ailleurs, il estime qu'il faudrait réfléchir à un dispositif qui puisse coordonner pendant toute l'année l'activité des services sujets à fluctuation saisonnière, comme la réanimation.

Le **président** clôt ce dossier en remerciant tous les intervenants de la qualité du débat.

V - Approbation du compte-rendu de la séance du 24 juin 2003.

Il convient de :

- compléter l'intervention de M. LEVERGE page 14, quatrième paragraphe par « ...aux malades de ville *qui pourraient atteindre 40 millions d'euros à la fin de l'année 2003. Il indique que...* » ;
- substituer dans l'intervention de M. FAGON page 22, quatrième paragraphe, le mot FGC à FAMA.

Après l'intégration de ces remarques, le compte-rendu est adopté.

M. HOUSSIN remercie M. LEVERGE d'avoir appelé son attention sur le rapport relatif au médicament à l'hôpital. Ce rapport, qui apporte des indications utiles sur la manière d'améliorer les choses, sera porté à la connaissance du président et des membres de la CME.

VI - Questions diverses.

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 11 heures 50.

*

* *

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

Mardi 23 septembre 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mardi 3 septembre 2003 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.