

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 DECEMBRE 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 8 novembre 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- L'évaluation des pratiques professionnelles.
- 2- Bon usage de l'ordonnancier dans le cadre de la mission régionale de santé (MRS).
- 3- Présentation du projet relatif au système d'information du patient.
- 4- Centres de référence sur les maladies rares :
 - présentation des résultats de l'appel d'offres au titre de l'année 2005.
 - présentation des résultats des programmes hospitaliers de recherche clinique pour l'année 2005.
 - gestion annuelle des enveloppes de crédits.
- 5- Présentation de la nouvelle réglementation des stages d'internes inter-région.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2006.
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 octobre 2005.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU dans les établissements liés par convention avec l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2005-2006.

Composition C

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.

Assistent à la séance

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

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr BERCHE, 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,
 - 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,
 - M. le Pr DEGOS, membre de la Haute autorité de santé,
 - M. le Dr GALULA, inspecteur de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France,
 - M. ITTY, direction économique et financière,
 - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mmes BAUWENS et DEBRAY-MEIGNAN et de MM. GOËAU-BRISSONNIERE et HAUSFATER. Il engage ensuite l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - L'évaluation des pratiques professionnelles.

La parole est donnée à **M. DEGOS** pour présenter le dossier relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des médecins.

Il remercie l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, pionnière dans la recherche d'une amélioration de la qualité de ses hôpitaux, même si la méthode se limitait initialement à la collecte d'informations par les directeurs d'hôpitaux et que peu de médecins s'impliquaient. Désormais, la démarche personnelle de chaque médecin sera évaluée.

1- Les objectifs.

Le progrès dans le domaine des technologies médicales engendre des situations de plus en plus complexes. Il existe désormais soixante trois sociétés savantes et plus de cinquante métiers cohabitent et s'entrecroisent à l'AP-HP. Le malade se trouve au sein d'une chaîne dont on doit s'assurer que chaque maillon joue son rôle. Le rôle de la Haute Autorité de santé (HAS) consiste à accompagner l'exigence d'adaptation du dispositif, tant en ce qui concerne les structures médicales que le remboursement des médicaments ou encore l'entrée et la sortie dans le dispositif de prise en charge à 100 % de certaines pathologies. Cette démarche s'avère indispensable pour assurer la survie du système de santé face au coût du progrès médical. La complexité croissante des structures pénalise la qualité des soins et engendre un surcoût de 15 % ainsi qu'un nombre de décès identique à celui des accidents de la route, avec 7 % des patients entrants à l'hôpital qui contractent une maladie nosocomiale.

Cette exigence en termes de qualité doit se traduire par l'implication de chaque intervenant dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, laquelle correspondra à la vérification de l'engagement personnel dans le domaine de la qualité, dispositif fondé sur l'incitation et la confiance des individus. Cherchant à améliorer le système, la HAS a choisi une démarche incitative fondée sur l'engagement individuel.

L'orateur estime impossible de fixer une norme pour chaque pratique médicale. Cette évaluation doit être réalisée par et pour les pairs mais en veillant que les intervenants ne soient pas juges et partis.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles qui est devenue obligatoire se base sur ces différents éléments précise M. DEGOS qui rappelle que la pratique médicale se trouve prise en étau entre l'organisation médicale et les individus. Dès lors, l'évaluation comprendra un volet relatif à l'accréditation / certification des hôpitaux et un autre portant sur chaque médecin. Des intervenants différents procéderont aux deux types d'évaluation : des experts visiteurs pour l'un, des médecins pour l'autre.

Il appartiendra à la commission médicale d'établissement de vérifier si chaque médecin a satisfait ou non aux exigences de l'évaluation des pratiques professionnelles. Par ailleurs, les spécialistes confrontés à un risque particulier (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes...) qui se soumettront à la déclaration des incidents n'ayant pas abouti à des accidents (événements porteurs de risque), bénéficieront d'une accréditation qui inclue l'évaluation des pratiques professionnelles.

2- L'organisation du dispositif.

La CME organise le dispositif avec le concours d'organismes qui seront agréés par la HAS. Celle-ci souhaite que ces derniers, en charge de l'évaluation mais aussi probablement de la formation, soient les collèges de praticiens ou les sociétés savantes. Par ailleurs, un décret publié prochainement prévoit que les personnes qui ne seront pas évaluées par un organisme agréé soient évaluées par un ou des experts externes désignés par la CME, dont le profil sera défini par la HAS.

Pour la mise en œuvre de l'EPP, la HAS a demandé d'engager deux catégories d'actions. La première correspond à des actions ponctuelles, par exemple un audit clinique ciblé, permettant d'analyser un problème au sein d'un hôpital afin d'améliorer la situation. La seconde vise à obtenir une implication permanente des acteurs dans le domaine de la qualité et correspond par exemple à la démarche de concertation dans le domaine du cancer.

Pour finir, M. DEGOS évoque quatre éléments particuliers. En premier lieu, ce sujet doit faire l'objet d'une appropriation, chacun devant comprendre que la qualité constituera désormais un élément fondamental au sein de l'hôpital, et s'inscrire dans le changement complet de mentalité qui s'opère. En second lieu, il faut conserver une double vision organisationnelle et individuelle dans le cadre d'une démarche de qualité. En troisième lieu, il convient de remarquer que la littérature médicale contient peu de résultats relatifs aux actions axées sur la qualité pour les patients (mortalité, morbidité, qualité de vie) les seuls éléments connus concernent les procédures, l'AP-HP pourrait être précurseur en impulsant une démarche de recherche dans le domaine de la qualité et en créant un fonds à cet effet.

Enfin, il convient de prendre en compte dans cette démarche de recherche de la qualité le volet relatif aux relations humaines.

A l'issue de l'exposé le **président** ouvre le débat.

M. SCHLEMMER considère que la CME doit jouer un rôle important pour mobiliser la communauté médicale de l'AP-HP dans ce domaine et déplore que les invitations lancées par le groupe de la CME «évaluation et finances» qu'il préside, rencontrent aussi peu d'écho. Il renouvellera ses appels car les enjeux sont importants et tous les médecins peuvent se ranger à cette exigence professionnelle primordiale. Cependant, il souligne les freins à leur investissement, notamment lorsque cette dimension recouvre un caractère obligatoire et légal, en raison de leur lassitude face à l'accumulation des contraintes (tarification à l'activité, mise en place des pôles, formation continue, EPP...) qui s'additionnent aux missions de base (activité médicale, enseignement et recherche). Il convient de leur faire comprendre que cette recherche de la qualité permet de répondre aux exigences institutionnelles sans pour autant ajouter une strate à leurs charges.

Par ailleurs, l'intervenant pense que lier cette exigence d'évaluation des pratiques professionnelles à une dimension hospitalière et universitaire sera de nature à mobiliser les praticiens. En effet, les travaux de recherche clinique peuvent porter par exemple sur l'évaluation. Enfin il souscrit à la demande d'une aide financière car elle pourrait constituer un levier pour le développement de la recherche dans ce domaine. Dans ce cadre, les membres de la CME, utilement relayés par les présidents de comités consultatifs médicaux et les commissions d'évaluation, devront encourager cette démarche.

Selon **M. CORIAT**, si le message relatif à la qualité individuelle passe très bien auprès des praticiens de l'AP-HP, le message relatif à l'importance de la qualité collective et des procédures a moins d'écho. Aussi, il lui semble nécessaire d'insister sur ce point.

L'évaluation des pratiques professionnelles constitue un enjeu totalement accepté par la communauté des anesthésistes réanimateurs observe **M. DASSIER**. Cependant, celle-ci met l'accent sur l'utilité de consolider la formation médicale continue et d'intégrer le concept d'un minimum d'heures d'exercice de jour et de nuit pour que le médecin conserve son habilitation à pratiquer. Toutefois il s'interroge sur le devenir d'un collègue qui ne sera plus habilité et sur les procédures permettant de le ré-accréditer.

Le **vice-président** considère que l'évaluation des pratiques professionnelles peut faire évoluer profondément les pratiques médicales. Aussi il souhaiterait que les réflexions développées au sein de l'HAS et de l'AP-HP puissent aboutir à une évaluation opérationnelle efficace et réaliste, tant au niveau individuel que collectif.

Puis il indique qu'à l'occasion de l'évaluation de la labellisation des pratiques en chirurgie, l'institut national du cancer (INCA) a considéré que la participation à des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) constituait un élément traceur de l'évaluation des pratiques professionnelles.

La CME et les sociétés savantes, déjà sollicitées dans le cadre de l'élaboration de recommandations et de référentiels, vont jouer un rôle considérable dans cette démarche. Leur tâche sera d'autant plus importante que la mise en place des référentiels et l'évaluation des pratiques professionnelles devront impérativement être menées par la communauté médicale. Eu égard à cette problématique qualitative, les praticiens hospitaliers souhaitent des précisions sur le nombre de personnes en charge de la démarche et sur les moyens octroyés mais aussi sur ses conséquences (attribution de crédits, sanctions...).

Par ailleurs, les sociétés savantes lui semblent inquiètes face à cette nouvelle tâche ; elles savent que l'alternative consisterait à confier à des organismes privés l'élaboration des critères et la procédure d'évaluation.

Enfin, la démarche relative à la qualité sera dans un premier temps fondée sur des éléments quantitatifs tandis que le volet qualitatif correspondant au facteur humain interviendra dans un second temps.

Pour **M. DEBRE** il convient d'éviter un surcroît de travail qui s'opérera au détriment du soin au malade. Il suggère que la démarche de contrôler le travail soit prise en compte dans l'enseignement réalisé au sein des universités.

Après avoir signalé que les conclusions d'un audit réalisé au sein de son service n'ont pu être suivies d'effet en l'absence de crédits, il considère que la qualité dépend en premier lieu du nombre d'infirmiers et du matériel neuf dont dispose le service.

S'il reconnaît que l'on ne peut être à la fois juge et parti, il lui semble cependant que les collègues le sont davantage que ne l'est la CME laquelle regroupe l'ensemble des disciplines dans une approche neutre, contrairement aux collègues pleinement impliqués dans les problèmes de personnes. C'est pourquoi il préférerait que cette mission soit confiée à la CME qui se place en théorie au-dessus des querelles.

M. RYMER constate une ambiguïté entre l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue, il importe donc de préciser l'articulation entre les deux démarches. Cette ambiguïté concerne également les organismes agréés, certains par la HAS et d'autres par les conseils nationaux de formation médicale continue, comme accréditeurs ou comme formateurs. Les sociétés savantes jouant un rôle majeur dans la formation ne pourront pas jouer un rôle dans l'évaluation. En outre, il existe une seule société savante en radiologie contre par exemple un grand nombre en psychiatrie. Faire appel aux sociétés savantes ne constitue donc pas une bonne réponse, au contraire, les collègues qui répondent à une logique transversale et qui connaissent une dynamique intéressante par le passé, seraient de meilleurs interlocuteurs ; mais cette approche impliquerait d'inciter à un regroupement des disciplines au sein des collèges, regroupant tous les professionnels d'une même discipline, conclut-il.

M. BERNAUDIN témoigne d'une expérience qu'il juge intéressante réalisée à l'hôpital Tenon dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires concernant le cancer du sein (service de M. UZAN) auxquelles il participe. Un dossier informatisé permet d'intégrer toutes les données relatives à chaque patient et de définir automatiquement un traitement type lequel sera comparé aux décisions prises par la communauté des médecins participant à la RCP. Les différences sont analysées afin de vérifier si les médecins se sont écartés sciemment du traitement type ou s'il s'agit d'une erreur. Cet outil lui semble un exemple remarquable d'évaluation des pratiques professionnelles de ce groupe pluridisciplinaire, unité de concertation.

M. HARDY s'interroge sur le rôle respectif des sociétés savantes et de la CME et demande s'il est prévu d'impliquer les premières à leur niveau régional ou national. D'autre part au sein de l'AP-HP, les collèges de spécialité interviendront-ils, devront-ils évaluer les individus laissant à la CME le soin de valider leur travail ou devront-ils simplement élaborer des grilles d'évaluation utilisées par la CME pour évaluer les individus ?

M. RICHARD rappelle que la loi dispose que l'évaluation des pratiques professionnelles est collective et nécessite l'implication de tous alors que la formation médicale continue intervient dans un cadre individuel.

Il doute qu'une démarche fondée sur l'incitation suffira. L'implication, notamment des personnels soignants mais aussi médicaux, dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles s'est déjà développée dans les hôpitaux même si la démarche demeure insuffisante. La difficulté consiste à inciter d'autres collègues à rejoindre cette démarche.

La certification du praticien reposera à la fois sur des actions de formation médicale continue et sur des actions d'évaluation des pratiques professionnelles. Pour sa part, il n'est pas inquiet sur l'implication des sociétés savantes et des collégiales dans cette démarche. Le rôle de celles-ci consistera à la fois à établir des référentiels et des plans de formation des médecins, destinés pour les premiers à l'évaluation des pratiques professionnelles et pour les seconds à la participation à des congrès ou à des enseignements universitaires.

Du point de vue de **Mme BRESSAND**, la compétence et la qualité des individus au sein des équipes permettent d'enrayer la spirale de la non-qualité collective, corollaire de l'incompétence à s'organiser ou à stabiliser les organisations. Cet élément est ressenti par les malades, les équipes d'infirmiers et d'aides soignants, allant parfois jusqu'à créer une défiance de leur part. Par ailleurs, malgré le consensus de l'assemblée sur l'intérêt d'une déclaration systématique des incidents, il lui paraît plus difficile de faire comprendre que cette formalité vise à améliorer le dispositif et non à dénoncer les personnes.

En outre si le rôle d'initiateur ou de soutien d'un programme des médecins lui semble indispensable, elle conçoit mal que la CME et le corps médical puissent réfléchir à cette démarche, particulièrement sur l'évaluation des résultats, sans inclure les équipes d'infirmiers et plus particulièrement les cadres.

M. NAVARRO tient à rassurer l'assemblée sur leurs craintes d'un surplus de travail induit par ce programme. La démarche proposée part des hôpitaux, plus précisément des pôles selon la logique de la nouvelle gouvernance. C'est à cet échelon, puis à celui des CCM, que sera imaginé et assuré le suivi individuel. En revanche, la CME ne pourra pas examiner dans le détail les huit mille dossiers des praticiens titulaires de l'institution.

Cette démarche s'intégrera sans contradiction au sein de l'organisation de l'AP-HP. Le suivi du volet qualitatif constitue un critère important de contrôle du fonctionnement des pôles. Par ailleurs, s'il n'existe pas d'étude mesurant l'impact des règles de qualité sur l'efficacité des traitements, ce qui doit inciter à construire des thématiques de recherche et de suivi dans ce domaine, le circuit patient en tant qu'élément intermédiaire joue en faveur de la qualité. Le point relatif aux critères, aux procédures et aux retombées mesurables pour les patients semble donc essentiel au directeur de la politique médicale qui mentionne le volet médico-juridique absent de la démarche.

En réponse à ces observations, **M. DEGOS** apporte un certain nombre de précisions.

Il indique d'abord avoir évoqué non la recherche clinique mais les programmes hospitaliers de qualité en santé, relatifs à la pratique quotidienne. Par ailleurs, améliorer ses prestations constitue une attitude naturelle pour un médecin ; dès lors, l'évaluation des pratiques professionnelles correspond donc non à une charge supplémentaire mais à une simple formalisation d'un élément de base du métier de médecin.

Concernant les moyens financiers, le coût de la non-qualité est estimé à 15 %. La qualité n'est donc pas dépendante des moyens financiers, le point d'indice synthétique d'activité (ISA) n'est pas corrélé au niveau de qualité d'un hôpital.

Ensuite il signale que le projet ne vise pas une évaluation de la compétence du praticien mais son implication dans la mise en œuvre d'une démarche fondée sur la qualité.

S'agissant du lien entre l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue, l'objectif doit tendre à compléter la formation dans le domaine déficient et non dans celui maîtrisé.

Eu égard au nombre insuffisant des sociétés savantes et de la relation dynamique qui doit s'établir entre l'EPP et la FMC, une même structure pourra bénéficier d'un double agrément et intervenir dans le cadre des deux démarches.

Au final, la CME sera chargée de certifier la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle pourra être assistée par un organisme agréé, à l'image d'une société savante, ou choisir de s'appuyer sur des praticiens hospitaliers extérieurs.

La sanction du non-respect des obligations de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue dans un délai de cinq ans conduira à l'engagement d'une procédure devant le conseil de l'ordre des médecins.

Concernant la notion d'équipe et le volet collectif, l'objectif consiste à vérifier l'implication de chaque individu afin d'éviter que certaines personnes échappent à cette nouvelle exigence. L'accréditation des médecins intervenant dans des secteurs à risque sera individuelle.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles concerne individuellement l'ensemble des intervenants (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes...) cependant, à l'exception des médecins, peu de professions s'avèrent déjà prêtes.

A l'avenir, il sera sans doute nécessaire de réaliser une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine du management car les hôpitaux qui fonctionnent correctement se caractérisent par l'existence d'un projet d'établissement et par une bonne entente entre le management et les médecins.

Après avoir remercié M. DEGOS pour sa présentation et son action ainsi que l'instance pour la qualité du débat, la **directrice générale** déclare qu'il convient de progresser sur ces sujets qui répondent aux attentes des citoyens mais aussi de rendre ces progrès visibles. Par ailleurs, la discussion fait ressortir que ce thème ne se superpose pas à d'autres, mais s'intègre aux missions de l'AP-HP.

Elle rappelle que les tableaux de bord de chaque pôle, de chaque hôpital et institutionnels présentés lors de la précédente séance, comprendront un cadran relatif à la qualité. Elle espère que les indicateurs porteront autant sur les résultats que sur les moyens et les procédures. L'intégration de cette préoccupation au sein de l'action de l'institution ne devrait pas nécessiter un surplus de travail ou de moyens. En effet, l'amélioration de la qualité doit permettre au contraire de réduire les coûts et les pertes de temps.

Enfin, elle retient les propositions formulées portant sur le programme de recherche de l'AP-HP et rappelle que le plan stratégique prévoit d'augmenter significativement les crédits de recherche propres à l'institution. Ces propositions pourront être examinées dans le cadre du conseil scientifique.

II - Bon usage de l'ordonnancier dans le cadre de la mission régionale de santé.

L'exposé de M. GALULA porte sur le plan d'action relatif aux affections de longue durée (ALD) 30 mis en œuvre cette année par la mission régionale de santé (MRS), créée dans le cadre de la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, entre l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Cette mission prend en charge des thèmes transversaux, comme la permanence des soins, les réseaux, le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS), la gestion du risque.

Cette année en Ile-de-France, le thème de l'ALD 30 a été retenu dans le cadre de la gestion du risque, notamment à travers la réforme du nouveau protocole de soins, afin de permettre un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- La réforme de l'assurance maladie.

Les principaux éléments de la réforme de l'assurance maladie concernent :

- le parcours de soins coordonné par le médecin traitant ;
- le dossier médical personnel ;
- la rénovation du protocole de soins pour la prise en charge au titre d'une ALD ;
- les moyens légaux pour faire respecter ces dispositifs, en particulier un encadrement renforcé des arrêts de travail.

2- La convention médicale.

La convention médicale des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, a décliné en 2005 les différents points de la réforme.

a) *Le parcours de soins coordonné* correspond à un passage du patient chez son médecin traitant sauf pour :

- les patients en ALD 30,
- certaines spécialités en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie),
- les cas d'urgence.

A partir de 2006, si un patient consulte directement un spécialiste hors parcours de soins coordonné, son taux de remboursement sera minoré.

L'hôpital se situe dans le parcours de soins coordonné car les médecins hospitaliers peuvent être désignés comme médecin traitant ou comme médecin correspondant après le passage du patient chez son médecin traitant. Un patient se situant hors parcours de soins coordonné verrait son taux de remboursement diminué ou pourrait subir des dépassements d'honoraires à l'occasion de consultations à l'hôpital (sauf cas particuliers comme l'urgence ou les ALD).

b) *La nouvelle feuille de soins* dispose d'une case permettant à un médecin spécialiste de mentionner le caractère urgent de la consultation afin que le patient ne subisse pas une baisse de remboursement.

3- Les affections longue durée.

a) *Le nouveau protocole de soins* signé par le médecin traitant et par le patient pourra être révisé périodiquement. Les critères d'attribution et de prise en charge seront redéfinis progressivement par l'HAS à partir de la fin de l'année 2005. Le patient présentera son exemplaire à chaque consultation.

b) *L'ordonnance bizonne* s'adresse aux sept millions de français, soit 12 % de la population, concernés par les ALD 30. Seules les prescriptions en rapport avec l'affection exonérante, et selon les recommandations de l'HAS celles conformes au protocole de soin, devront figurer dans la partie haute de l'ordonnance.

Le plan d'action, fondé sur la communication, vise à améliorer le respect de l'ordonnance bizonne au sein de l'hôpital afin d'influencer les médecins de ville lors du renouvellement des traitements.

A l'heure actuelle, 40 % des montants remboursables de médicaments des patients en ALD sont prescrits à l'hôpital et entre 10 % et 15 % des prescriptions médicamenteuses figurent à tort dans la partie haute de l'ordonnance bizonne, taux comparable pour la médecine de ville. Enfin, 20 % des patients ayant une prescription hospitalière de médicaments délivrés en ville présentent une ALD. Une amélioration du bon usage de l'ordonnance bizonne à l'hôpital aurait donc un impact sur la médecine de ville, en particulier pour les médicaments.

4- La mise en œuvre du plan d'action.

Des présentations consacrées à ce thème seront réalisées dans quatre vingt cinq établissements d'Ile-de-France dont ceux de l'AP-HP, afin d'améliorer le respect de l'ordonnance bizona.

Le plan d'action reposera sur l'intervention des médecins-conseils au sein des CCM et des CME et sur la diffusion de supports pédagogiques dans les services, aux médecins prescripteurs, aux secrétariats, aux patients, rappelant la réglementation relative aux ordonnances bizonnes.

Il ajoute que cette démarche n'induera pas de surcharge de travail pour les médecins.

Après avoir souligné l'utilité de rappeler aux médecins et aux patients que l'hôpital ne se situe pas hors du parcours de soins coordonné, le **président** ouvre la discussion.

M. CHAUSSADE propose des ordonnances bizonnes à trois volets au lieu des deux actuels afin de satisfaire à l'exigence de conserver un exemplaire de l'ordonnance dans le dossier médical du patient inscrite dans la démarche qualité.

M. GUILLEVIN suggère de réserver un encart à droite de la partie basse de l'ordonnance bizona pour mentionner les médicaments prescrits. L'impossibilité actuelle de prescrire des toxiques sur les ordonnances bizonnes à l'hôpital, conduit à utiliser une ordonnance normale et y inscrire que le patient relève d'une ALD 30. Le **président** estime qu'il suffirait simplement d'ajouter un sigle sur une ordonnance normale ce qui éviterait un formulaire supplémentaire.

Savoir pourquoi les patients relèvent du régime de l'ALD 30 constitue un progrès majeur pour **Mme PALAZZO**. Un des freins à l'utilisation de l'ordonnance bizona vient de l'absence d'information sur ce sujet, les patients considérant que toutes leurs pathologies relèvent de l'ALD. Cependant, elle demeure circonspecte sur l'efficacité du dispositif car les patients n'apporteront pas leur protocole de soins en consultation, aussi un support à l'image de la carte vitale lui paraît plus pertinent.

Après avoir déclaré que des actions pédagogiques devront être menées afin d'inciter les assurés à apporter leur protocole de soins en consultation et que les médecins libéraux jugent cette démarche positive, **M. GALULA** indique qu'il signalera ces observations relatives au support sans toutefois garantir que ce document hors du champ de sa compétence évoluera.

Ensuite, à une question du **vice-président** relative au montant du remboursement d'une consultation d'un spécialiste à l'hôpital à l'invitation d'un spécialiste de ville, **M. GALULA** répond que si ce dernier est le médecin traitant du patient, la consultation restera dans le parcours du patient. Dans le cas contraire, le remboursement sera minoré. Il ajoute qu'un patient hospitalisé, sans médecin traitant, pourra signer un protocole de soins avec le médecin hospitalier pour les situations médicales lourdes et graves avant l'actualisation dans les six mois, par un médecin traitant.

Le **vice-président** considère que les médicaments prescrits à un cancéreux pour son traitement mais non inscrits dans son programme personnalisé de soins, devraient être pris en charge dans le cadre de l'ALD, contrairement à ce qui est prévu dans le dispositif.

M. GALULA déclare que les prescriptions figurant sur l'ordonnance bizona doivent respecter pleinement les dispositions du protocole de soins qu'il est toujours possible de réactualiser.

Puis à la suite d'une intervention de **M. BAGLIN**, il fait savoir que le raisonnement clinique sera généralement privilégié pour les prescriptions, dans les situations les plus délicates comme la pathologie du patient cancéreux.

III - Présentation du projet relatif au système d'information du patient.

1- Les objectifs et principes généraux.

L'objectif le plus important de ce projet, intervient **M. LEPAGE**, est de parvenir à transformer une informatique actuellement vue comme « administrative », en un système d'information dédié à l'action médicale et aux soins.

Ceci implique d'intégrer l'outil informatique à la pratique quotidienne, de partager l'information non seulement au sein des hôpitaux, mais aussi de l'AP-HP de façon sécurisée. Partager l'information nécessite de définir au sein de l'AP-HP des référentiels, un vocabulaire et des protocoles communs basés sur des classifications et des vocabulaires médicaux internationaux. Cet objectif est ambitieux, tout autant que l'est l'intégration du système d'information clinique avec d'autres systèmes d'information (système d'information médico-économique, système d'information relative au pilotage). Il convient ensuite de bâtir un calendrier volontariste, mais réaliste et transparent, vis-à-vis de la communauté médicale et soignante.

L'intervention de M. LEPAGE se poursuit par la présentation de la structuration globale du schéma cible et son organisation, de la direction de projet du système d'information patient et des principes généraux s'y rapportant, lesquels se déclinent en quatre points :

- le système d'information clinique, qui va faire l'objet d'un appel d'offres tout prochainement ;
- la mise en place du dossier médical partagé (DMP), au plus tard au 1^{er} janvier 2007, dispositif qui sera rapidement expérimenté dans un certain nombre d'hôpitaux ;
- les éléments relatifs au plateau médico-technique (imagerie, systèmes de gestion des laboratoires, pharmacie et bloc opératoires) ;
- le volet médico-économique, dès lors que ces informations devront être intégrées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

2- Le périmètre fonctionnel.

Le périmètre fonctionnel « soins » fait l'objet de l'appel d'offres en cours de finalisation qui devrait être lancé vers le 15 novembre 2005. Ceci signifie que le système d'information clinique débute effectivement et qu'un premier produit opérationnel sera disponible au cours ou à l'issue du premier semestre 2007. Il reste ainsi dix huit mois pour anticiper la mise en œuvre du projet. Ce périmètre fonctionnel couvre un certain nombre d'éléments, dont :

- l'identification du patient et la prise en charge administrative ;
- le dossier informationnel et de synthèse ;
- l'activité de soins ;
- la gestion des rendez-vous et réservation de ressources ;
- le pilotage opérationnel, la gestion de la qualité et des risques ;
- la gestion médico-économique, dans le cadre de la T2A ;

- l'aide à la recherche clinique et à l'enseignement, excepté la gestion des protocoles de recherche clinique ;
- la gestion des référentiels, qui constitue un point majeur.

M. LEPAGE détaille plus particulièrement les quatre premiers éléments.

a) *L'identification du patient* constitue la pierre angulaire du système d'information. M. LEPAGE insiste sur l'impérieuse nécessité de supprimer les doublons très importants (environ 5 millions pour 15 millions de dossiers) dont la moitié est due à l'absence d'un système d'identification du patient propre à l'AP-HP. Près de 2,5 millions trouvent leur origine dans les hôpitaux. Il est par conséquent indispensable d'engager une réflexion prospective et de mettre en place une organisation au sein de chaque hôpital afin d'assurer l'unicité de l'identification des patients. Ceci implique de créer une cellule d'identitovigilance au sein de l'AP-HP, en charge de la rédaction des procédures et de la vérification de la bonne utilisation de ces dernières avec la mise en place au sein de chaque hôpital d'une structure d'activité de gestion de rapprochement des identités.

b) *Le dossier informationnel* sera un dossier unique, partagé par tous, non cloisonné par spécialité, ce qui impose de disposer de fortes fonctionnalités de paramétrage dans un environnement contrôlé et sur la base d'un vocabulaire commun. Un haut niveau de confidentialité et une traçabilité exhaustive des actions réalisées doivent être garantis. Une expérimentation du dossier patient sera lancée dans le domaine de la cancérologie, annonce M. LEPAGE car cette spécialité constitue un champ d'expérimentation extrêmement intéressant en raison de son caractère transversal et parce qu'il renvoie à la problématique du dossier commun de cancérologie régional, et permettra de tester le volet relatif au vocabulaire commun.

c) *L'activité de soins* correspond à l'ensemble des éléments relatifs à la prescription et à la planification des soins. Dans ce domaine, il conviendra de tenir compte des nombreuses expériences déjà menées au sein de l'hôpital Européen Georges Pompidou ou de l'hôpital Robert Debré et dans le cadre de la mise en œuvre d'ACTIPIDOS. Une aide à la prescription est également à mettre en place dans le cadre de la démarche relative à la juste prescription et à l'évaluation des pratiques professionnelles.

d) *La prise de rendez-vous et la réservation des ressources* doivent faire l'objet d'un processus unique et un outil commun permettant d'optimiser les rendez-vous, les consultations et les ressources (imagerie et blocs opératoires), afin de supprimer les applications spécifiques dans ce domaine.

3- La démarche d'acquisition et le calendrier prévisionnel.

Pour ce projet, le recours à un appel d'offres sur dialogue compétitif a été retenu à l'instar d'autres grands CHU qui ont adopté cette méthode indique M. LEPAGE, laquelle permet de dialoguer avec les sociétés afin de déterminer les moyens techniques et organisationnels permettant de bâtir la solution. Ce dialogue compétitif se déroulera au cours de l'année 2006. Ainsi le dossier de consultation serait finalisé en novembre 2006, les offres seront reçues en décembre 2006 ; la mise au point et la notification du marché interviendront au cours du 1^{er} trimestre 2007.

Une fois l'intégrateur choisi, la mise en œuvre se déroulera en différentes étapes dont le calendrier ne peut être décrit pour l'heure. La première de ces étapes correspond aux différents éléments qu'il sera demandé aux hôpitaux de maîtriser au cours de l'année 2006 (l'identification du patient, le dossier informationnel, la gestion médico-économique et les résultats d'examens) ; la deuxième, à la gestion des rendez-vous et à la réservation des ressources et la troisième à l'activité de soins. Dans le même temps, des projets transversaux seront menés, en continu, parallèlement aux différentes étapes précédemment mentionnées (gestion des référentiels, pilotage opérationnel, aide à la recherche et à l'enseignement). Il sera également nécessaire de construire une matrice permettant d'associer les différentes étapes à franchir et le niveau de départ des différents hôpitaux car on distingue trois cas de figure :

- certains hôpitaux disposant des outils relatifs au dossier minimum patient, aux résultats d'examens et à la gestion des comptes rendus ;
- des hôpitaux disposant en plus du dispositif relatif à la prescription de médicaments ;
- des hôpitaux disposant de l'ensemble du système d'information (HEGP et Robert Debré).

4- Le retour sur investissement.

Un tel projet ne peut s'envisager sans réflexion relative au retour sur investissement attendu fait observer M. LEPAGE. Une partie est identifiable par la diminution du coût des films ou la mutualisation des gardes résultant de la mise en place d'un dispositif de transmission des images par exemple. Cependant, l'essentiel des gains correspondra à un retour sur investissement indirect, notamment à travers l'amélioration de la qualité (diminution de la iatrogénie et des erreurs de prescription).

5- La phase de transition.

Si le projet démarre poursuit M. LEPAGE, il ne sera pas visible dans les hôpitaux avant dix huit mois. Le délai s'avère néanmoins très court pour se préparer au niveau organisationnel à la mise en place d'un système d'information de cette ampleur qui nécessite un soutien majeur de la part des directions hospitalières et des présidents de CCM et par ailleurs, une analyse fine des organisations des services cliniques, des directeurs de l'information médicale (DIM) et des services informatiques.

Quatre chantiers institutionnels sont d'ores et déjà lancés : le DMP, la diffusion informatisée des résultats d'examens biologiques, le stockage de l'image et la dictée numérique. M. LEPAGE décrit les expérimentations en cours dans ces domaines puis évoque les évolutions programmées en 2006.

La première correspond au système de gestion de laboratoire pour lequel est prévu en 2006 un seul appel d'offres pour quatre hôpitaux du groupement hospitalier universitaire (GHU) nord et un autre, unique, pour sept hôpitaux de l'AP-HP souhaitant disposer d'un tel dispositif. A l'instar du domaine clinique, un référentiel commun concernant le système de gestion de laboratoire est à mettre en œuvre. L'hôpital Louis Mourier va expérimenter un référentiel de base, fondé sur une nomenclature internationale qui sera développé et mis à disposition des autres hôpitaux et enrichi au fur et à mesure de la mise en place des systèmes de gestion de laboratoire dans les hôpitaux.

La seconde correspond au système d'information relatif à la T2A. Un travail est actuellement en cours sur la prescription de médicaments et la mise en place des dispositifs médicaux nominatifs. A partir de 2007, la facturation au fil de l'eau imposera de travailler à un dispositif couvrant l'ensemble de la chaîne de facturation à l'assurance maladie.

Compte tenu de l'importance du chantier ouvert précise M. LEPAGE, il est apparu nécessaire de conclure des contrats pluriannuels entre le siège et chaque hôpital afin de clarifier les modalités de montée en charge de chacun.

En termes de conclusion, il insiste sur le caractère ambitieux du projet, rappelle l'importance des moyens qui lui sont dédiés et l'engagement tant de la direction générale que des communautés médicales et soignantes. Le soutien de la CME sera un élément majeur dans sa mise en place. Celui-ci ne pourra par ailleurs se concrétiser sans une réflexion sur la mutualisation des moyens et une association étroite des services informatiques locaux et des DIM. M. LEPAGE insiste enfin sur le changement des organisations et des habitudes engendré par ce projet qui va nécessiter une démarche de communication appropriée. A l'image du programme médicalisé du système d'information (PMSI), l'objectif consiste à devenir une vraie référence hospitalo-universitaire en termes de système d'information.

Le **président** ouvre le débat après avoir remercié M. LEPAGE pour la rigueur et la clarté de sa présentation, et insiste sur l'autorité dont il convient de faire preuve dans le cadre d'un tel projet. Il l'assure de l'appui de la CME dans cette démarche.

M. CHAUSSADE considère important que les informations relatives au calendrier soient largement diffusées. Il est utile de préciser que la phase de consultation durera dix huit mois, suivie d'une phase de montée en charge. Puis il évoque un problème spécifique concernant la phase intermédiaire sur l'informatisation des structures en cours.

Le **vice-président** se réjouit de l'accélération et de la clarification du projet amenée par M. LEPAGE et juge positif le choix des réunions de concertation pluridisciplinaires comme modèle dans le cadre du dossier commun partagé car les esprits sont mûrs en cancérologie pour utiliser un tel outil. Puis il évoque plus particulièrement trois points : tout d'abord, la nécessité de pouvoir accéder à des informations partagées simples, constituant une zone de ressource pour les différents comptes rendus ; puis l'intérêt de ne pas oublier les prescriptions non-médicamenteuses, très importantes notamment dans le domaine de la chirurgie et enfin la manière dont les éléments figurant dans le futur système d'information pourront être pris en compte dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Mme DEGOS pense qu'il convient de mettre en place, dès à présent, une culture informatique au sein des services afin de préparer la mise en place du système car l'informatisation se traduit par un travail quotidien ardu pour les intervenants. En second lieu, s'appuyant sur un exemple de panne intervenue le week-end à l'hôpital Beaujon, elle souligne les problèmes de sécurité informatique et les difficultés de maintenance rendant immédiatement nécessaires des solutions plus efficaces.

M. DASSIER indique que la communauté des anesthésistes réanimateurs soutient cette démarche d'informatisation. Cependant, il regrette que le dossier d'anesthésie ne soit toujours pas intégré au dossier informatisé du patient, y compris dans les hôpitaux à la pointe dans le domaine informatique et ce malgré son rôle fondamental dans la démarche d'accréditation, et sans doute ultérieurement dans la démarche qualité. Face à cette situation, qu'il juge préjudiciable, il souhaite savoir si une informatisation du dossier d'anesthésie pour la période pré, per et post-opératoire est envisagée, si des liens directs entre les dossiers patients et le système développé seront possibles de même qu'un codage direct dans le cadre de la T2A.

M. LEVERGE évoque la résistance au changement qu'engendre le passage à un tel système d'information relatif aux activités médicales. Il rejoint par ailleurs Mme DEGOS sur la caractère insupportable des problèmes de maintenance, et insiste enfin sur la nécessité d'un accompagnement, par l'ensemble des techniciens de l'informatique, de la communauté médicale qui s'oriente vers ce système avec enthousiasme et en faisant preuve d'efficacité.

M. GUILLEVIN fait part de son adhésion à ce projet dans lequel il est nécessaire de s'engager résolument. Utilisateur d'ACTIPIDOS, il reconnaît que son introduction a engendré des difficultés initiales, mais convient que cet outil a permis de modifier les pratiques. Il souligne le rôle moteur du personnel infirmier dans l'adhésion à ce système.

Selon **M. FAGON**, qui se réjouit de cette présentation, il s'agit sans doute du projet le plus ambitieux de l'AP-HP à l'heure actuelle et le plus indispensable car il est la condition et le moteur de sa modernisation. Il revient à la CME de préciser la manière dont elle peut aider au développement et à la mise en place du dispositif. A cet égard, il lui semble que le premier message doit porter sur la réalité de ce projet. D'autre part, M. FAGON pense qu'entre l'annonce et le début de la mise en place, la CME ainsi que la collégiale des présidents de CCM, a un rôle à jouer dans la préparation de chaque site. En effet, la situation actuelle est très hétérogène, et la démarche sera très compliquée, y compris pour l'HEGP et Robert Debré déjà informatisés. Il convient que les équipes informatiques soient prêtes au moment où il sera nécessaire de développer le dispositif dans les hôpitaux. En outre, un important travail de formation devra être réalisé avant son arrivée de même que l'élaboration de référentiels, de procédures et la mise en cohérence des modes d'organisation médicale et soignante de prise en charge. En effet, sans homogénéisation dans ces différents secteurs, l'interlocuteur industriel ne pourra agir efficacement.

Enfin, il convient de prendre en compte l'élévation rapide du niveau d'exigence des utilisateurs vis-à-vis d'un système d'information hospitalier et mettre en œuvre un système suffisamment sécurisé afin de faire face aux pannes intervenant en dehors des heures et jours ouvrables. La solution consiste sans doute à mutualiser les solutions de secours, ce qui semble réalisable sans mobiliser des moyens considérables.

Face à l'importance de la charge de travail, M. FAGON souhaite que la CME mette en place un groupe de soutien au travail de M. LEPAGE. Le **président** qui approuve cette dernière idée, considère que ce groupe de soutien pourrait être constitué à partir du groupe « informations-relations extérieures » (GIRE) de la CME.

Mme SCHLEGEL tout en reconnaissant le caractère ambitieux et passionnant du projet, souhaite des précisions sur les moyens qui lui sont consacrés et le coût du projet. Par ailleurs, alors que la notion de pragmatisme est souvent mise en avant, elle s'informe sur la manière dont s'effectueront les différents choix, par exemple concernant le mode de gestion des laboratoires.

Rappelant que le projet concerne des spécialistes dans leur domaines respectifs **Mme BOILEAU** pense que la communication ne se limite pas à la publicité et qu'elle doit intervenir rapidement afin que ceux-ci adhèrent au changement. Ainsi, alors qu'est annoncé le choix d'un système de gestion des laboratoires (SGL) unique au sein de l'AP-HP, les biologistes savent parfaitement que la mise en place d'un nouveau système de ce type nécessite un temps très long de paramétrage, bien que les fournisseurs tentent de nier cet élément lorsqu'ils présentent leurs nouveaux produits. Il lui semble donc important que les biologistes soient plus étroitement associés au projet. Par ailleurs, elle s'informe sur la prise en compte de la taille de l'AP-HP vis-à-vis des fournisseurs potentiels sachant que ceux-ci ne disposent pas d'une envergure suffisante.

Mme BOILEAU insiste enfin sur les outils métiers dans le cadre de la construction des arbres généalogiques, lesquels constituent un outil métier nécessaire à la génétique et à cet égard, demande des précisions à leur sujet dans le cadre du dossier commun.

Répondant à ces interventions, **M. LEPAGE** indique que le lien entre le dossier médical patient et le dossier clinique de cancérologie met en évidence le problème de l'interopérabilité. En effet, il est impossible de saisir des éléments dans le dossier clinique de l'AP-HP, puis dans le DMP, puis enfin dans le dossier clinique de cancérologie. Sur ce dernier point, la concertation n'a pas été pleinement au rendez-vous. A l'inverse, le vrai travail de collaboration mené avec l'ARH concernant le dossier communicant régional est à souligner. L'objectif consiste naturellement à utiliser les éléments figurant dans le dossier de l'AP-HP pour nourrir le DMP ou le dossier communiquant de cancérologie. Une démarche identique en destination du système d'information de l'AP-HP est souhaitée dans un second temps. L'interopérabilité constitue donc un problème majeur.

M. LEPAGE ne connaissant pas les information nécessaires à la validation de l'évaluation des pratiques professionnelles, la **directrice générale** fait état du lien très fort qui pourrait exister entre l'EPP et le schéma cible et ajoute qu'il est nécessaire d'inclure dans le domaine patient un volet d'aide à la décision et d'alerte inspiré des bonnes pratiques.

De nombreux exemples permettent d'illustrer ce lien intervient **le président**, l'aide à la prescription en est un, mais il convient également de citer la rapidité de transmission d'examen complémentaires.

M. LEPAGE rejoint les différents intervenants ayant souligné l'importance des éléments relatifs à la sécurité du dispositif durant les gardes. Quelques hôpitaux ont résolu en grande partie les difficultés. Cependant, il est nécessaire de régler le problème de fond relatif aux gardes et de prévoir, par ailleurs, la « médicalisation des services informatiques ».

Il rejoint de même M. FAGON dans son propos relatif au nécessaire soutien de la CME et d'un travail commun avec le groupe GIRE. Cet élément renvoie à la communication, évoquée par différents intervenants. L'objectif consiste à communiquer rapidement en destination des collégiales et des présidents de CCM. Par ailleurs, des rencontres avec les hôpitaux interviendront rapidement afin de conclure des contrats avant le début de l'appel d'offres compétitif. Dans ce cadre, les services informatiques des différents sites seront visités pour évaluer les ressources avant d'intervenir devant la communauté médicale.

Quant aux moyens financiers programmés, ils sont importants indique M. LEPAGE qui ne tient pas cependant à entrer dans le détail car il a été choisi de ne pas transmettre d'éléments précis à cet égard pour éviter des offres en conséquence. Néanmoins, il affirme que les moyens financiers mobilisés sont conséquents.

Une démarche de communication en destination des différentes disciplines va être engagée, poursuit M. LEPAGE. Un travail important est mené à l'heure actuelle dans ce domaine par M. DOUVRIER notamment en biologie. Lui-même a contacté M. THULLIEZ à ce sujet.

Pour répondre à Mme BOILEAU, il précise que la question des arbres généalogiques n'est pas encore intégrée à la réflexion. De manière générale, afin de répondre également aux interrogations sur le dossier d'anesthésie réanimation, l'intervenant fait savoir qu'il a été décidé de ne pas lancer un appel d'offres relatif à l'anesthésie réanimation parallèlement à la démarche menée dans le domaine du système d'information clinique car il ne serait pas cohérent de lancer une démarche sur une solution particulière, alors qu'aucune certitude concernant les produits qui seront présentés dans le cadre de l'appel d'offres compétitif n'est acquise. Cependant, M. LEPAGE a pris l'engagement auprès des anesthésistes réanimateurs de lancer la démarche dès les conclusions des prestataires disponibles. En accord avec les représentants de la spécialité, ce projet sera soit intégré dans l'appel d'offres global, soit mené dans le cadre d'un appel d'offres complémentaire. Là encore, il convient de faire preuve de rigueur méthodologique et de pragmatisme.

La **directrice générale** assure M. LEPAGE de son appui le plus total sur ce dossier extrêmement important. Elle a eu l'occasion d'indiquer dans le cadre de la présentation du plan stratégique combien elle mesurait la difficulté de ce projet majeur, y compris au sein de l'ensemble des projets informatiques. Il est clair qu'il est assorti d'un grand nombre de difficultés. Ainsi, l'accompagnement humain constituera un élément capital. Ce volet dépasse la simple information dans le cadre de la formation ; il implique en effet que les futurs utilisateurs soient associés aux changements d'organisation. Elle a pu constater au sein de l'hôpital Henri Mondor la manière remarquable dont M. LEPAGE avait géré cet élément. Son soutien le plus total sur ce sujet se traduit par la mise à disposition de moyens financiers importants ; le budget d'investissement consacré au schéma cible des systèmes d'information atteint globalement 275 millions d'euros au cours de la période concernée, ce qui est considérable. La directrice générale rappelle que ce budget a bien été intégré dans le cadrage financier du plan stratégique. Si le budget 2006 et le plan d'économies peuvent faire l'objet de critiques au sein des hôpitaux, chacun doit être conscient que ces efforts sont la condition permettant de réaliser la politique d'investissement du plan stratégique, en particulier ce système d'information. Elle rejoint M. LEPAGE sur la non communication aux différents fournisseurs potentiels des moyens que l'AP-HP est prête à consacrer à ce programme.

Enfin, au-delà des moyens financiers, il convient d'évoquer les moyens humains. Le dialogue compétitif devrait permettre de capter la valeur ajoutée de consultants mondiaux, mais cela nécessite de disposer d'une maîtrise d'ouvrage très compétente notamment des ressources humaines de la meilleure qualité possible afin de garantir le succès de l'opération.

Le **président** remercie M. LEPAGE et propose de faire figurer sa présentation sur le site Internet de la CME.

IV - Centres de référence sur les maladies rares.

A l'occasion de ce point de l'ordre du jour précise le **président**, sera également présenté un bilan des excellents résultats obtenus par l'AP-HP dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Il donne la parole à M. RICHARD en vue de la présentation des résultats de l'appel d'offre 2005 pour la labellisation des centres de référence sur les maladies rares.

1- Présentation des résultats de l'appel d'offre au titre de l'année 2005.

M. RICHARD salue le travail réalisé par la direction de la politique médicale, en particulier par Mmes FERY-LEMONNIER et SAUVAGNAC, ainsi que par M. GUILLEVIN et Mme BOILEAU, lequel a abouti à des résultats spectaculaires qu'il considère comme une reconnaissance importante de la part des pairs au niveau régional, mais aussi national.

M. RICHARD rappelle ensuite la méthode de travail retenue au sein de l'AP-HP sur ce thème puis présente les résultats : 17 des 29 centres labellisés en France en 2005 appartiennent à l'AP-HP qui avait déposé 46 dossiers cette année. Depuis 2004, 41 des 63 centres labellisés en France relèvent de l'AP-HP. Il s'agit, selon M. RICHARD, d'une reconnaissance tant de son attractivité que de la qualité de ses équipes.

Sur les 17 centres labellisés en 2005, 9 dossiers avaient été classés en catégorie A par la CME pour une activité spécifiquement dédiée à une maladie rare dont la qualité est reconnue :

- le centre de référence des amyloses d'origine inflammatoire et de la fièvre méditerranéenne familiale (coordinateur M. GRATEAU) ;
- le centre de référence des aplasies médullaires constitutionnelles rares (coordinateur M. SOCIE) ;
- le centre de référence pour la maladie de Wilson (coordinateur Mme WOIMANT) ;
- le centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme hépatique (coordinateur M. LABRUNE) ;
- le centre de référence des maladies vasculaires rares du système nerveux central et de la rétine (coordinateur M. CHABRIAT) ;
- le centre de référence des maladies neurogénétiques (coordinateur M. BRICE) ;
- le centre de référence de la sclérose latérale amyotrophique (coordinateur M. MEININGER) ;
- le centre de référence des canalopathies musculaires (coordinateur M. FONTAINE) ;
- le centre de référence des maladies mitochondriales (coordinateur M. MUNNICH).

D'autres dossiers portant sur un ensemble de pathologies, dont un certain nombre de maladies rares et méritant leur labellisation avaient été classés en catégorie B, 8 centres ont été labellisés :

- le centre de référence des maladies endocriniennes rares de la croissance (coordinateur Mme LEGER) ;
- le centre de référence des maladies rares de la surrénale (coordinateur M. BERTHERAT) ;
- le centre de référence des atrésies des voies biliaires de l'enfant (coordinateur M. JACQUEMIN) ;

- le centre de référence des maladies vasculaires du foie de l'adulte (coordonnateur M. VALLA) ;
- le centre de référence des épilepsies rares (coordonnateur M. DULAC) ;
- le centre de référence des hypersomnies rares (coordonnateur M. LEGER) ;
- le centre de référence des neuropathies amyloïdes familiales (coordonnateur M. ADAMS) ;
- le centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte (coordonnateur M. GODEAU).

Enfin, l'appel d'offres permettait à des équipes de l'AP-HP de participer à des centres de référence constitués au sein d'autres CHU. Ainsi, les équipes de Mmes DREYFUS et SCHLEGEL ont été incluses dans le centre de référence des thrombopathies constitutionnelles, dont le coordonnateur est Mme NURDEN, au sein du CHU de Bordeaux. Par ailleurs, l'équipe de M. AUBOURG participe au centre de référence des leucodystrophies, coordonné par Mme BOESPFLUG-TANGUY.

Ces résultats démontrent la prééminence de l'AP-HP dans le domaine des maladies rares. L'annonce de la mise en œuvre d'un futur appel d'offre n'a pas encore été officialisée, mais devrait intervenir fin 2005. Sur les trois exercices, une centaine de centres devraient être labellisés au niveau national. D'autres équipes de l'AP-HP devraient pouvoir bénéficier de cette dernière tranche de labellisation.

Le **président** remercie également tous ceux qui ont participé à cet excellent travail et propose que soit organisée en vue du prochain appel d'offre, une information pratique en destination des équipes candidates à l'image de celle réalisée pour 2005.

A **M. BERNAUDIN** qui souhaite connaître le pourcentage de dossiers classés A et B retenus, **M. RICHARD** précise que 9 des 17 dossiers classés A et 8 des 11 dossiers classés B ont été labellisés et le **président** lui confirme qu'un classement unique des dossiers aurait sans doute abouti à un résultat identique.

M. GUILLEVIN précise que les membres de la commission ont examiné les dossiers sans connaître les classements en catégorie A et B. En revanche, les dossiers classés en catégorie C n'ont pas été étudiés. Il convient d'avoir cet élément à l'esprit pour le prochain exercice. En effet, 30 à 35 centres devraient faire l'objet d'une labellisation en 2006. Il s'agira sans doute de la dernière démarche de ce type. L'AP-HP sera en mesure de présenter de nouveaux dossiers de très bonne qualité, qui n'ont pas été retenus jusqu'à présent uniquement en raison d'éléments techniques. Un bon travail de préparation devrait permettre de corriger cet élément. Il convient donc de formuler des conseils personnalisés aux équipes afin de préparer les meilleurs dossiers possibles.

M. RICHARD estimant nécessaire que les résultats obtenus dans le cadre de la labellisation des centres de référence fasse l'objet d'une large information au sein de l'AP-HP, **M. NAVARRO** précise que cette communication interviendra en premier lieu dans le cadre des matinées médicales, destinées à présenter ces résultats aux journalistes.

2- Présentation des résultats des programmes hospitaliers de recherche clinique pour l'année 2005.

Puis M. NAVARRO commente les résultats du programme hospitalier de recherche clinique de 2005.

Concernant le PHRC national « hors cancer », sur les 133 dossiers déposés par le département régional de recherche clinique (DRRC) d'Ile-de-France (44 % des dossiers nationaux), 118 provenaient de l'AP-HP. Les 40 projets retenus, dont 39 issus de la seule AP-HP et 1 présenté en collaboration avec un autre intervenant, représentent 47 % des projets sélectionnés au niveau national.

Dans le cadre de l'appel d'offres relatif au cancer, un secteur qui fait l'objet de discussions denses au sein de la région, 60 des 82 dossiers déposés provenaient de l'AP-HP. Sur les 29 projets retenus (45,5 % des dossiers nationaux), 20 sont portés par l'AP-HP, contre 9 par les centres anticancéreux. Ces résultats pointent la valeur des équipes de l'AP-HP.

M. BERNAUDIN précise que, dans le cadre du volet relatif au cancer, l'AP-HP percevra plus de 4 millions d'euros et **M. CHAUSSADE** souligne le travail des unités de recherche clinique, notamment au niveau méthodologique, en grande partie à l'origine de ce succès, ce que confirme le **président** avant de passer la parole à M. ITTY afin de présenter les modalités de gestion annuelle des enveloppes de crédits.

3- Gestion annuelle des enveloppes de crédits.

Chargé du budget des personnels au sein de la direction économique et financière, **M. ITTY** s'est vu confiée la coordination administrative de l'appel d'offres 2004 mise en œuvre en 2005 dans les établissements, mais il précise que pour 2006, le référent administratif du dispositif sera M. VERRIELE contrôleur budgétaire du GHU sud à la direction économique et financière.

Il est fait référence aux questions formulées lors de la précédente séance de la CME concernant la répartition des crédits 2005, notamment au regard des difficultés techniques enregistrées dans le cadre de la répartition des crédits 2004. L'appel d'offres 2004 avait abouti à la labellisation de 24 centres ; à ce titre, une enveloppe de 7 millions d'euros a été répartie en 2005 au sein de ces centres et a abouti à la création d'une soixantaine d'emplois à temps plein médicaux, et d'un nombre comparable d'emplois temps à plein non-médicaux.

Par ailleurs, concernant l'appel d'offres 2005, l'AP-HP n'a toujours pas reçu de notification officielle, ni les crédits correspondant précise-t-il. Cependant, le montant en est connu : 4,4 millions d'euros en année pleine répartis entre 17 centres labellisés. Cette subvention ne sera versée qu'à 70 % en 2005, ce qui représentera un montant de 3 millions d'euros.

Les difficultés de répartition de l'enveloppe liée à l'appel d'offres 2004 trouvent leur origine dans la complexité particulière du dispositif relatif aux maladies rares. En effet, l'AP-HP sait répartir des moyens au sein d'hôpitaux et de services. Or le dispositif relatif aux maladies rares consacre le rôle particulier du coordonnateur, chargé de fédérer les efforts de plusieurs équipes intervenant au sein d'un ou de plusieurs établissements. Une deuxième difficulté correspond à la manière de faire remonter des informations relatives à l'affectation des crédits par chaque médecin concerné. En effet, la circulaire de 2004 contenait différents éléments contraires aux souhaits de ces derniers. Enfin, en raison du caractère limité de l'enveloppe, les choix étaient contraints. Il résulte de ces différents éléments que la notification est intervenue tardivement. Ceci a engendré des frustrations pour les centres, alors qu'un certain nombre d'entre eux étaient prêts à démarrer leur action début 2005.

Dans sa volonté d'être plus réactive, la direction économique et financière sera aidée par le fait que les différents éléments d'information sont beaucoup plus explicites pour l'appel d'offres 2005. En effet, le montant de l'enveloppe affectée à chaque service coordonné est connu ainsi que son repérage physique. Il sera donc aisé d'interroger chaque service coordonné, sous le contrôle de son coordonnateur, afin de vérifier que la mise en forme proposée par le ministère est bien conforme à ses souhaits. Si la réponse est positive, il sera possible d'engager les opérations de recrutement dès le 1^{er} janvier 2006. La notification financière des emplois et des crédits pourra de ce fait intervenir dès le budget primitif dont la notification est prévue vers le 15 janvier 2006. En effet, le recrutement des personnels permanents n'est possible que sur la base d'un support budgétaire, il est donc nécessaire que des emplois soient disponibles dans les hôpitaux. Cette démarche permettra d'éviter les retards de recrutement constatés en 2004.

Puis répondant à une question du **président** sur l'affectation des crédits liés à l'appel d'offres 2004, **M. ITTY** précise que les crédits s'y rapportant ont commencé à être distribués au premier semestre 2005. Une réunion en février 2005 des différents coordonnateurs a permis de préciser les détails pratiques administratifs. Cependant, les recrutements n'ont pu intervenir au mieux qu'au 1^{er} juin 2005. Plusieurs solutions ont été présentées aux coordonnateurs et aux chefs de services coordonnés afin qu'ils puissent bénéficier de l'intégralité des crédits versés au titre de l'année 2005.

Mme BOILEAU fait état d'un problème concernant également les crédits direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) des laboratoires de génétique qui ont été notifiés en vue d'une utilisation en 2004, mais n'ont pas pu être versés. Or à l'occasion d'une précédente séance de la CME, un membre de la direction des finances avait indiqué que les sommes non-perçues la première année seraient versées l'année suivant l'arrêt théorique du dispositif.

M. ITTY précise que dans le cadre d'un budget d'exploitation, les crédits se renouvellent chaque année et prennent le nom de l'année civile de leur autorisation. Ainsi, l'appel d'offres 2004 a engendré des crédits en 2004 et en 2005. De la même manière, l'appel d'offres 2006 sera à l'origine de crédits en 2006. Concernant les crédits 2004 versés au titre de l'année 2004, il convient de préciser que le dispositif relatif aux maladies rares a une durée déterminée de quatre ans et que le dispositif fera l'objet d'une évaluation au bout de trois ans. Cependant, sa première année a été quelque peu tronquée ; c'est pourquoi les crédits versés en 2004 ont fait l'objet d'une provision. Cette pratique budgétaire permet de conserver des crédits, alors qu'en règle générale, des crédits non consommés dans l'année s'éteignent. Ces crédits seront donc maintenus une année supplémentaire au-delà de la durée du dispositif.

Cette réponse, conforme à celle fournie antérieurement par **M. GARNIER**, est capitale selon le **président** puisqu'ainsi la certitude que les crédits non dépensés en 2005 pourront être reconduits une année supplémentaire est acquise.

Selon le ministère, le dispositif serait relayé par la T2A ajoute **M. ITTY**, ceci signifie que les tarifs paieront par la suite la prise en charge des maladies rares. Cette réponse lui paraît cependant ne pas sécuriser le dispositif sur le plan financier.

Le **président** se dit méfiant face aux dispositifs solubles avant que **M. GUILLEVIN** confirme le report des crédits en précisant que ce message doit être porté au niveau des directions hospitalières. Par ailleurs, il précise que cette situation, non propre à l'AP-HP mais concernant la France entière, provoque la colère des acteurs majeurs du plan maladies rares que sont les associations de patients, lesquelles visitent les différents centres pour vérifier l'utilisation des crédits. Après **M. GARNIER**, **M. ITTY** est le second à indiquer que ces budgets seront reportés. C'est pourquoi il semble essentiel à **M. GUILLEVIN** qu'une note de la direction économique et financière de l'AP-HP soit adressée à l'ensemble des hôpitaux accueillant des centres de référence maladies rares afin d'indiquer que l'enveloppe 2004 sera bien provisionnée, et non affectée à d'autres tâches.

Un nouveau point pourra être programmé dans 6 à 12 mois conclut le **président** après avoir remercié l'intervenant pour la clarté de ses propos.

V - Présentation de la nouvelle réglementation des stages d'internes inter-région.

Mme DEAL explique les nouvelles dispositions réglementaires portant sur les stages inter-région des étudiants en troisième cycle des études médicales (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Evolution du nombre de demandes de stages inter-région.

Elle commente un tableau illustrant les mouvements des internes dans le cadre de ces stages sur quelques années.

Le nombre des demandes de stages inter-région à Paris par des internes provinciaux est en progression. Cependant ce semestre, quatorze demandes ont été refusées par les CHU d'origine, sans doute en raison du besoin des internes pour le fonctionnement de ces hôpitaux mais aussi parce que ces derniers continuent à les rémunérer durant leur stage. On constate une progression très sensible du nombre de médaillés provinciaux (onze).

Un nombre très limité d'internes parisiens souhaite réaliser un stage en province notamment du fait de l'importance de l'école de médecine parisienne. Au second semestre 2005, seules huit demandes ont été enregistrées, dont une a été refusée par le CHU d'accueil qui estimait ne pas disposer des capacités formatrices pour un interne supplémentaire.

Les demandes de stages vers les DOM-TOM varient de six à quinze selon les semestres.

2- La nouvelle réglementation.

a) Les différents types de stage

Les dispositions des textes parus en 2004 ne seront applicables qu'à compter de mai 2006. L'arrêté du 22 septembre 2004 précise « les stages particuliers » auxquels les internes en médecine peuvent prétendre :

- les stages hors subdivision, dits stages inter-région ;
- les stages dans les DOM-TOM ;
- les stages à l'étranger ;

- les stages à l'école nationale de la santé publique ;
- les stages dans le cadre des activités de volontariat civil de cohésion sociale et de solidarité qui peuvent désormais faire l'objet d'une validation.

b) Les conditions requises pour un stage inter-région

Il est possible de suivre deux stages d'un semestre hors de l'inter-région. Ces stages sont accessibles après validation de deux stages pour la médecine générale et de quatre stages pour les autres spécialités.

Le dossier est constitué :

- d'une lettre de demande et d'un projet de stage ;
- des avis :
 - du directeur du CHU d'origine,
 - du chef de service et de l'établissement d'accueil,
 - des coordonnateurs d'origine et d'accueil du diplôme d'études spécialisées (DES) préparé.

En revanche, l'avis des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'origine et d'accueil n'est plus requis ni celui du directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) d'accueil.

Le dossier doit désormais être transmis complet au directeur de l'UFR d'origine qui adresse une copie de sa décision aux DRASS d'origine et d'accueil. Ce nouveau dispositif pose question aux directeurs de CHU, la décision appartenant au directeur de l'UFR alors qu'il n'assume pas la prise en charge financière de ces internes. A cet effet, une réunion est prévue avec les directeurs des affaires médicales de l'ensemble du territoire visant à mettre en place une procédure simple qui introduirait des modalités de concertation avec les directeurs d'UFR.

c) La position de l'interne

L'interne reste affecté à son CHU d'origine pour sa rémunération principale, est mis à la disposition de l'établissement d'accueil et soumis au règlement intérieur de ce dernier. Les internes de médecine générale seront désormais rémunérés par les CHU d'origine et ne participeront plus au choix de poste de la région d'accueil.

d) Les structures d'accueil

A cet égard, Mme DEAL précise que pour la DPM, le pôle ne constitue pas une structure formatrice au regard de l'internat.

En effet, l'agrément reconnaissant la qualité formatrice d'une structure pour l'internat est réglementairement donné à un service pour une ou plusieurs spécialités. En outre, en Ile-de-France, l'agrément peut être accordé pour une activité bien identifiée au sein d'un service.

Enfin, au-delà de la « qualité formatrice » de la structure, il convient de s'interroger sur sa « capacité formatrice » c'est-à-dire sur le nombre optimum d'internes pouvant être formés.

En conclusion, il importe de s'attacher à des critères répondant à un double objectif :

- respecter le choix des internes parisiens majoritairement bien placés à l'examen classant national (ECN) et auxquels on doit assurer une formation complète ;
- accueillir des internes provinciaux qui disposent de peu de services universitaires dans leur spécialité et doivent compléter leur formation.

Le **président** rappelle que lors de son débat consacré à la démographie médicale, la CME avait souhaité une grande souplesse concernant le dispositif d'accueil des internes provenant de province. Ces étudiants, souvent de très bonne qualité et pris en charge par leur CHU d'origine, constituent une aide pour l'AP-HP. Aussi, il réaffirme cette exigence de souplesse aux représentants des internes.

En outre, il convient de mener une réflexion autour des pôles afin de ne plus fixer le nombre d'internes par rapport aux seuls services, d'autant que certains projets de pôles envisagent la suppression des services, au profit par exemple d'unités cliniques.

Le **vice-président** fait observer que pour le projet médical, le service reste l'unité de base pour la formation, le pôle ne pouvant s'y substituer pour le recrutement des internes.

Du point de vue de **M. BAGLIN**, il importe de se montrer réservé sur les stages inter-région des internes de médecine générale dont le but vise à concourir à la formation des futurs médecins généralistes. Or, il ne voit pas d'intérêt particulier à réaliser un stage de médecine générale dans une autre région si ce n'est celui pour les régions du sud de la France qui disposent de capacités d'accueil importantes et offrent des conditions de vie attractives.

VI - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les contrats et les renouvellements de contrats d'activité libérale sont adoptés par 13 voix pour, 2 voix contre et 13 abstentions.

VII - Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2006.

En introduction, le **président** indique que la révision des effectifs de praticiens hospitaliers a fait l'objet de plusieurs réunions de travail dont les conclusions sont présentés par **M. ANTONINI**.

La démarche, indique l'intervenant, vise à distinguer les postes susceptibles d'être redéployés ou empruntés. Dans un certain nombre de cas, les discussions avec les établissements n'ont pu être finalisées, aussi les décisions afférentes se verront reportées à la séance de la CME de décembre.

Il procède ensuite à la lecture du document remis sur table.

1- Les praticiens hospitaliers nommés PU-PH et MCU-PH.

La première source d'abondement des postes par redéploiement correspond aux promotions sur place : douze en qualité de PU-PH et une en qualité de MCU-PH, pour cette année. Toutefois, ce dernier poste ne peut être utilisé cette année dans l'attente de la titularisation dans le corps de MCU-PH du praticien.

2- Les emprunts d'emplois.

Afin de permettre une certaine souplesse du dispositif, il est procédé à des emprunts d'emplois corrélés à l'engagement de les rendre à terme.

Deux demandes de retour d'emploi seront réexaminées en décembre :

- à l'hôpital Tenon, au service de chirurgie thoracique et vasculaire ;
- à l'hôpital Bicêtre, au service de cardiologie.

3- Les emplois de praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers à temps partiel vacants (hors anesthésie réanimation).

a) *Biologie*

Groupe hospitalier Cochin – Saint-Vincent-de-Paul

S'agissant du redéploiement d'un poste du service d'histologie embryologie, dont le chef de service qui part en retraite l'année prochaine s'est investi dans l'organisation de l'activité entre Cochin et Saint-Vincent-de-Paul, l'hôpital fait valoir le fait que le candidat, déjà présent, assure le travail au quotidien. En outre, la répartition future des activités entre Necker et Cochin n'est pas totalement tranchée. Dans ce contexte, l'hôpital estime préférable de geler la situation. En tout état de cause, il convient d'attendre le choix du futur chef de service avant d'envisager une nomination en qualité de titulaire au sein du service.

M. FAYE proposant un redéploiement temporaire d'un an du fait que la candidate débute sa troisième année de clinicat, le **président** répond que ce poste sera rediscuté l'année prochaine.

Hôpital Paul Brousse

M. ANTONINI mentionne le redéploiement d'un poste libre depuis le 1^{er} septembre dans le service de microbiologie. L'hôpital souhaite le maintien du poste actuellement occupé par un praticien qui n'a pas vocation à candidater sur ce poste de praticien hospitalier.

L'hôpital avait accepté l'hypothèse d'une forte diminution de son activité de bactériologie en échange notamment d'un transfert en son sein d'activités de virologie actuellement assurées à l'hôpital Kremlin Bicêtre. Aucun accord n'ayant été conclu, l'hôpital Paul Brousse estime qu'il n'y a pas lieu de reprendre l'emploi.

M. LEGRAND fait savoir qu'en l'absence d'un partenariat entre les hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse, le statut quo a été entériné par les deux CCM et les deux chefs de services, et validé par la directrice exécutive du GHU sud. Ce service de microbiologie comprend une unité de virologie et une unité de bactériologie. Or cette dernière ne compte qu'un poste de MCU-PH et le poste de praticien hospitalier en discussion.

L'intervenant proposant de procéder à un prêt dans l'attente d'un candidat, le **président** déclare que le poste est soit repris, soit prêté pour une durée d'un an afin d'examiner l'évolution de la situation.

M. ANTONINI prône la prudence en matière de prêt car la démarche implique un engagement collectif à rendre l'emprunt. L'hôpital Paul Brousse étant disposé à ne plus assurer cette activité dans le cadre d'un accord avec l'hôpital Bicêtre, il conviendrait d'étudier les conditions qui permettraient peut-être aux deux hôpitaux de réengager cette discussion sur des transferts de crédits.

b) Chirurgie

Groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal

Un redéploiement temporaire a été envisagé au sein du service de gynécologie et obstétrique, dont le chef de service part en retraite l'année prochaine, et qui connaît un certain sous-effectif. L'objectif consiste à laisser au futur chef de service la possibilité de nommer les collaborateurs de son choix à son arrivée, proposition appuyée par **MM. SCHLEMMER, de PROST et RYMER**. Il sera maintenu un poste de PHC et le poste de PH titulaire sera ré-attribué au service dès la nomination d'un nouveau chef de service.

M. ANTONINI énumère ensuite un certain nombre de demandes de redéploiement ou de maintien d'emplois, notamment en médecine et en radiologie, qui font l'objet de discussion.

En conclusion des débats, il liste les services pour lesquels les hôpitaux seront interrogés et, pour certains d'entre eux, ces décisions feront l'objet d'un nouvel examen en décembre :

- histologie embryologie cytogénétique du groupe hospitalier Cochin – Saint-Vincent-de-Paul ;
- microbiologie de l'hôpital Paul Brousse ;
- hématologie biologique de l'hôpital Tenon ;
- gynécologie obstétrique du groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal ;
- chirurgie générale digestive de l'hôpital Henri Mondor ;
- radiothérapie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ;
- médecine interne de l'hôpital Ambroise Paré ;
- médecine interne du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ;
- cardiologie de l'hôpital Avicenne ;
- gérontologie à l'hôpital Charles Richet ;
- radiodiagnostic de l'hôpital Louis Mourier.

Le **président** met aux voix les autres propositions figurant dans le document, lesquelles sont approuvées par 27 voix pour et 3 abstentions.

L'annexe jointe au présent compte-rendu détaille l'examen et les décisions relatives aux emplois vacants.

VIII - Approbation du compte-rendu de la séance du 11 octobre 2005.

A la demande de **M. PICARD**, il convient d'ajouter dans l'annexe numéro deux, au chapitre de l'Université Paris VII : ... un emploi de PU-PH « *sciences anatomiques avec fonctions hospitalières* » en odontologie conservatrice – endodontie...

Après avoir inclus cette précision, le compte-rendu est approuvé.

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 12 heures 40.

*

* *

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

Mardi 13 décembre 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 30 novembre 2005 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.