

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 9 MARS 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 11 MAI 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 9 mars 2004

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Point sur le rapport général relatif à la psychiatrie à l'AP-HP.
- 2- Communications de la directrice générale :
 - la permanence des soins en période estivale ;
 - les étudiants infirmiers.
- 3- Présentation d'un nouveau modèle de la fiche de missions et structure ; avis sur une fiche de missions et structure.
- 4- Avis sur la désignation d'un coordinateur régional des centres d'hémophilie.
- 5- Bilan de la formation continue des médecins et point sur les abonnements électroniques à des revues scientifiques.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Information sur la désignation du responsable d'une unité fonctionnelle.
- 8- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2004.
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 12 février 2004.
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

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. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

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

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr BERTRAND, président de la commission de la formation continue des médecins,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Dr COURTAY, direction de la politique médicale,
 - M. le Dr SEGOUIN, délégation à la formation,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

*

*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui souhaite la bienvenue à Mme BAUBEAU, médecin inspecteur régional de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Puis, il informe les auditeurs de l'annulation de la réunion de la CME programmée le 13 avril. Pour respecter le calendrier des nominations de praticiens hospitaliers, une séance restreinte se déroulera le 26 avril (composition D) en prolongement de la réunion du groupe du personnel médical.

En raison de l'empêchement de M. MARTY de rejoindre l'assemblée ce jour, le thème des prélèvements et des greffes est reporté à la séance du mois de mai.

Il présente ensuite les excuses de MM. LE HEUZEY, LEPAGE, RYMER et WEILL avant d'examiner les points notés à l'ordre du jour.

I - Point sur le rapport général relatif à la psychiatrie à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

Ce rapport est le fruit d'un travail collectif engagé en juin – juillet 2002, explique **M. HARDY**. Il a été préalablement présenté au groupe prospective et stratégie de la commission médicale d'établissement.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) évoque la psychiatrie en termes de défis. Défi de santé publique puisque dans le monde, les troubles psychiatriques représentent près de 10 % des années de vie en bonne santé perdues et quatre maladies mentales sont classées dans les dix maladies qui génèrent la plus forte mortalité et le plus fort handicap. En France, 10 % des dépenses de santé, 20 % des lits d'hospitalisation classique et 75 % des places d'hôpital de jour lui sont consacrés. C'est aussi un défi scientifique en raison des progrès attendus des neurosciences (psychopharmacologie, génétique, biologie moléculaire, neuroimagerie) et de la médecine comportementale.

a) L'état des lieux

La psychiatrie est une discipline universitaire relativement récente (1968) ce qui explique le faible poids de la psychiatrie hospitalo-universitaire. Elle ne représente que 2,5 % des lits au sein de l'AP-HP et 5 % des lits psychiatriques de la région.

La psychiatrie de l'AP-HP est constituée de seize services :

- onze services de psychiatrie de l'adulte dont neuf services hospitalo-universitaires et cinq unités fonctionnelles. Seuls quatre services sont sectorisés ;
- cinq services hospitalo-universitaires de psychiatrie de l'enfant, dont quatre sectorisés.

A ce dispositif s'ajoutent deux services d'addictologie et deux services de gérontopsychiatrie.

Après avoir rappelé que les missions d'enseignement de la psychiatrie sont parmi les plus lourdes au sein des missions d'enseignement assurées par les disciplines médicales, le rapporteur invite les membres de la CME à consulter le document qui leur a été remis, pour prendre connaissance de la liste des protocoles de recherche en cours.

Puis, il aborde les missions hospitalières de la psychiatrie en distinguant deux types de missions :

- les missions de base qui correspondent à la prise en charge et au traitement des maladies mentales. Les services non sectorisés assurent des missions spécialisées de type intersectoriel ou trans-sectoriels, les services sectorisés assurent des missions sectorielles.

M. HARDY signale une sous-dotation en effectifs et en lits des services de l'AP-HP comparés aux autres services sectorisés de l'Ile de France et aux normes nationales. Cette tendance est encore plus marquée pour la pédopsychiatrie.

- les missions transversales qui concernent la psychiatrie d'urgence, la psychiatrie de liaison et qui ont fait l'objet d'une présentation en CME respectivement le 17 décembre 2002 et le 9 avril 2002, et aussi l'addictologie.

Alors qu'elle prend en charge 10 à 15 % des urgences des services d'accueil d'urgence (SAU), la psychiatrie d'urgence n'a pas bénéficié des efforts réalisés en faveur des urgences. Elle souffre de conditions d'accueil souvent inadaptées, de difficultés concernant l'organisation des gardes du fait d'une diminution globale du temps médical et d'une participation insuffisante des psychiatres venant de structures sectorisées ne relevant pas de l'AP-HP, de personnels infirmiers insuffisamment formés en psychiatrie.

Pour sa part, la psychiatrie de liaison assure l'interface avec les psychologues cliniciens des services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et avec d'autres équipes de structures transversales comme la lutte contre la douleur, les soins palliatifs. Quarante mille consultations de ce type sont assurées chaque année par l'AP-HP.

M. HARDY donne ensuite quelques informations sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui se caractérise, rappelle-t-il, par un déficit en effectifs. Il indique que la communauté psychiatrique de l'Ile de France s'accorde sur la nécessité de créer un second site d'accueil des urgences pédopsychiatriques fonctionnant vingt quatre heures sur vingt quatre. Cependant, le manque de lits d'aval constitue un frein à cette création.

L'accueil des adolescents en souffrance psychiatrique sera amélioré avec la réalisation des deux projets en cours au groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul et à l'hôpital Avicenne.

M. HARDY rappelle que le capital humain est le pivot de la discipline. Or, le nombre de psychiatres devrait passer de 13 000 à 7 800 en France à l'horizon 2020, soit une diminution de 40 %. Dans ce contexte de pénurie, les services psychiatriques de l'AP-HP doivent s'armer pour continuer à recruter de jeunes collaborateurs. Par ailleurs, les personnels infirmiers ont besoin d'une formation spécifique.

La communauté médicale s'est engagée dans une démarche visant à améliorer l'évaluation de son activité. Mais, actuellement, il n'existe pas encore de données fiables pour mesurer l'activité des urgences et celle de la psychiatrie de liaison. Le programme médicalisé du système d'information (PMSI), introduit à titre expérimental dans onze services de psychiatrie de l'AP-HP, pourrait constituer, après simplification des données saisies et mise en place d'un retour d'informations aux services, un instrument correct d'évaluation. Ceci paraît indispensable dans la perspective d'une intégration de la discipline dans le dispositif de la tarification à l'activité (T2A).

b) Le plan d'actions

Le groupe de travail considère que l'offre de soins de l'AP-HP doit être maintenue, voire augmentée pour tenir compte des besoins de la région et de la nécessité de conserver à la psychiatrie hospitalo-universitaire une masse critique suffisante pour lui permettre d'assurer ses missions.

Pour mieux organiser la prise en charge des patients psychiatriques, le rapport propose quatre objectifs :

- la consolidation et la structuration des missions de base au sein des groupements hospitaliers universitaires (GHU). Elle suppose une remise à niveau progressive des moyens des services sectorisés et la détermination au sein de chaque GHU de centres de ressources spécialisés ;
- l'amélioration de l'organisation des urgences psychiatriques. Pour cela, il faut poursuivre les recherches de partenariats avec les structures ne relevant pas de l'AP-HP. Il faut aussi identifier des structures ad-hoc en créant des unités fonctionnelles de psychiatrie d'urgence, préparer la réforme de l'hospitalisation de soixante douze heures et améliorer la prise en charge des suicidants. Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'effort doit porter sur l'amélioration de la prise en charge des urgences vingt quatre heures sur vingt quatre ;
- l'amélioration de la prise en charge de la psychiatrie de liaison. Il s'agit de parfaire la coordination des activités de psychiatrie et de psychologie clinique, de répondre à des demandes nouvelles (cancérologie, obstétrique) et de développer les échanges avec les psychologues et les unités de formation et de recherche médicale (UFR) de psychologie ;
- la vigilance face aux droits et aux besoins des usagers. Au-delà de la collaboration régulière des psychiatres avec les associations d'usagers, il s'agit de réfléchir à l'accès au dossier médical et à l'information médicale du patient.

Pour réaliser ces objectifs, le groupe de travail préconise de :

- renforcer l'attractivité des services de psychiatrie de l'AP-HP vis-à-vis des internes et des personnels non médicaux. A ce titre, le niveau d'encadrement des services doit être intensifié ;
- appuyer le financement des services de psychiatrie de l'AP-HP sur un système d'information pertinent.

Les psychiatres souhaitent notamment une mise en oeuvre d'un PMSI psychiatrique avec une amélioration de la codification des actes et notamment la valorisation de certains actes de la psychiatrie universitaire.

En conclusion, les psychiatres de l'AP-HP souhaitent que les missions spécifiques de leurs disciplines soient inscrites dans le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) d'Ile de France, que la santé mentale soit intégrée dans l'action prioritaire du plan stratégique concernant la prise en charge des personnes en situation de fragilité particulière, que la psychiatrie bénéficie des moyens dégagés par le plan urgences, qu'une réflexion sur les pôles préserve la diversité des activités psychiatriques (rapprochement autour de la neuroscience, rapprochement avec les structures de ville, etc...).

Le **président** remercie chaleureusement l'orateur de cet important travail et des propositions qu'il comporte. Puis, il ouvre la discussion.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souligne la difficulté pour les services de gérontologie d'obtenir des avis psychiatriques des psychiatres de l'AP-HP en raison de la pénurie de praticiens. Face à cette difficulté, ils se sont tournés, en vain, vers les psychiatres de secteur ne relevant pas de l'AP-HP. Elle demande quelles solutions sont envisageables pour répondre aux besoins des malades de gérontologie.

M. HARDY indique que sur ce point des contacts seront pris avec les gériatres dans les semaines à venir.

Pour **le président**, il serait nécessaire de mieux définir le rôle de l'AP-HP : inclut-il la prise en charge sectorielle ? Et dans l'affirmative, les services disposent-ils des moyens adéquats pour accomplir cette mission ?

M. HARDY répond qu'après avoir fait pression sur l'AP-HP pour que tous les services de psychiatrie se sectorisent, l'agence régionale de l'hospitalisation de l'Île de France (ARH-IF) n'incite plus à ce mode unique d'organisation pour ceux qui ne l'ont pas adopté.

Bien que les services sectorisés assurent une charge lourde, difficile parfois à associer avec l'accomplissement de missions universitaires, il lui paraît cependant important que des services sectorisés existent au sein de l'AP-HP pour former les jeunes médecins à ce type d'activité et éviter de reconstituer le fossé qui était dénoncé antérieurement entre la psychiatrie universitaire et la psychiatrie non universitaire.

Le **président** insiste sur le problème de financement des moyens supplémentaires nécessaires au fonctionnement des services sectorisés. **M. HARDY** ne peut répondre à cette question. Sur ce point, **M. HOUSSIN** indique que les informations nécessaires seront présentées ultérieurement. De même, l'état d'avancement du PMSI psychiatrique sera développé.

M. RICHARD intervient sur deux points.

Tout d'abord, s'il est difficile actuellement d'assurer dans chaque service d'urgences un accueil psychiatrique adapté, il demande si l'objectif des psychiatres de l'AP-HP est de faire en sorte que cet accueil existe dans chaque SAU actuel ou s'il est de viser une réduction du nombre de sites d'accueil d'urgences.

Par ailleurs, il souhaiterait connaître les spécificités de la psychiatrie de liaison par rapport aux autres disciplines qui assurent également une mission de liaison et quel est le rôle des psychologues dans ce contexte.

M. HARDY précise que les problèmes d'accueil aux urgences sont de deux sortes : ils recouvrent des problèmes architecturaux et ceux d'une insuffisance des moyens humains.

Il faut en effet bannir un accueil des familles dans les couloirs et faire en sorte que les patients puissent être entendus dans une zone tranquille des services d'urgences, que des lits soient disponibles pour hospitaliser les patients ayant réalisé une tentative de suicide sans gravité somatique mais présentant un risque de récurrence.

Par ailleurs, la démographie médicale déclinante impose de rationaliser les gardes. Dans ce cadre, une réduction du nombre des SAU de l'AP-HP serait utile. Cependant **M. HARDY** signale que de nombreux autres sites comme des centres de crise assurent des gardes psychiatriques en Île de France. Il faut donc les dénombrer pour rationaliser la totalité de la prise en charge des urgences psychiatriques au sein de la région.

Concernant la psychiatrie de liaison, **M. HARDY** estime qu'une meilleure valorisation de celle-ci est nécessaire. Il rappelle qu'avant que les services de psychiatrie assurent cette fonction, de nombreux services cliniques disposaient d'attachés de psychiatrie, ce qui n'existait pas pour d'autres spécialités.

Pour **M. LAPANDRY**, le rôle des psychiatres dans les services d'urgences impliquerait que ces médecins fassent partie de la collégiale des urgentistes qui vient d'être mise en place. Ceci est d'autant plus nécessaire que cette dernière engage une réflexion sur la diminution du nombre des sites d'accueil.

M. HARDY lui répond que des démarches sont engagées en ce sens par les psychiatres.

M. HOUSSIN remercie tout d'abord le Pr SECHTER du CHU de Besançon qui a présidé le comité de pilotage sur la psychiatrie à l'AP-HP.

Puis, il souligne que ce travail remarquable servira de base au plan stratégique en cours. Ensuite, comme **M. LAPANDRY**, il lui semble important que les psychiatres participent aux travaux menés par la collégiale des urgentistes.

Enfin, le temps médical consacré par les psychiatres aux urgences étant particulièrement long, il indique qu'il faudra veiller à ce que les moyens nécessaires soient mobilisés au profit de l'activité des urgences en psychiatrie. Ce postulat ne signifie pas qu'il ne soit pas nécessaire de réorganiser au niveau régional les sites de gardes.

II - Communications de la directrice générale.

1- La permanence des soins en période estivale.

La **directrice générale** a tenu le 2 septembre 2003 une réunion avec les directeurs d'établissement, les présidents des comités consultatifs médicaux et les membres du bureau de la CME pour tirer collectivement les enseignements sur les événements vécus pendant l'été et pour mieux préparer l'institution à tout événement ultérieur comparable à la canicule. Il a alors été décidé de mettre en place des groupes de travail dont elle va présenter les résultats les plus importants.

Le groupe de travail consacré aux questions relatives à l'immobilier et à la logistique, présidé par **M. LEMONNIER** a proposé des actions concrètes de deux ordres qui sont mises en œuvre ou en cours de mise en œuvre.

Pour le court terme, des équipements comme les climatiseurs ont fait l'objet d'un appel d'offres et les crédits nécessaires à l'achat de ces équipements ont été affectés aux établissements. Par ailleurs, l'objectif fixé à chaque hôpital est que chaque site d'urgences et chaque étage d'établissement de gériatrie, dispose au moins d'une salle rafraîchie. Des fontaines réfrigérées, des pare-soleil et d'autres équipements du même type devraient également être installés d'ici à l'été.

Pour le long terme, le groupe a réalisé un travail de fond sur l'orientation des bâtiments, les matériaux à utiliser et les données architecturales à intégrer dans les cahiers des charges fournis aux concepteurs et aux réalisateurs des travaux.

Ces résultats pourront être développés devant l'instance, si elle le souhaite, lors d'une prochaine réunion.

Les travaux des membres du groupe qui s'est penché sur la question des flux de patients et des fermetures de lits ont engendré deux types de retombées.

Tout d'abord, une cellule de veille / action a été activée pendant les périodes de bronchiolite puis des congés d'hiver. Elle a eu pour objectif de recenser quotidiennement d'une part les disponibilités en lits de réanimation utiles aux SAMU, d'autre part les patients en attente d'hospitalisation afin d'ajuster au mieux le nombre de lits disponibles aux besoins de la population. Cette expérimentation très positive a conduit l'AP-HP et l'ARH-IF à décider la pérennisation de cette cellule pour les hôpitaux de l'Ile de France.

Par ailleurs, la procédure qui conduit à décider du nombre de lits restant ouverts pendant la période d'été, a évolué. La démarche proposée vise, à partir de l'évaluation des besoins des patients, à programmer les fermetures de lits. Comme il est manifestement difficile pendant l'été de faire appel à des personnels intérimaires qui prennent aussi des congés, il s'agit d'une part d'étaler autant que possible les congés des personnels titulaires en tenant compte du volume des lits de premier et de second aval (médecine, réanimation) nécessaire pour faire face à un flux normal de patients pendant l'été, et d'autre part, lorsque cela ne suffit pas, d'envisager des mesures de mobilité des personnels d'un service à l'autre pour couvrir ces besoins.

La directrice générale souhaite que cette démarche soit étendue aux médecins et parfaitement intégrée par ces derniers. Ainsi, lors d'une période critique, l'AP-HP pourrait être amenée à fermer partiellement ou totalement certains services pour affecter les personnels médicaux et soignants là où cela sera nécessaire. Ces décisions devront être prises au niveau des directions et des CCM des hôpitaux.

Il s'agit pour la communauté hospitalière de l'AP-HP de se mettre en ordre de marche pour assurer la prise en charge d'un volume normal de flux de patients pendant l'été, ce qui permettra ensuite, si nécessaire, de mieux affronter un nouvel aléa, s'il devait se produire.

M. CARLI intervient pour préciser que la cellule mise en place depuis de nombreuses années par l'AP-HP pour faire face à la situation estivale et à laquelle participent désormais des représentants de toutes les spécialités, permet de disposer d'une analyse prospective de la situation par type d'activité.

La canicule de l'été 2003 a montré qu'il fallait aussi disposer d'un raisonnement horizontal prenant en compte les ressources et les caractéristiques de chaque établissement.

Il faut aussi éviter de s'enfermer dans des programmations décidées six mois avant l'été et préférer une réflexion et une mise en oeuvre apportant des réponses graduées correspondant à une activité normale, puis à une activité importante jusqu'à une activité très supérieure à celle statistiquement prévisible en fonction des éléments du passé.

M. BAGLIN, qui exerce dans un hôpital de banlieue, souhaite savoir si une réflexion du même type est menée au niveau de la région et si, sur ce sujet, il y a une coopération entre l'AP-HP et l'ARH-IF. En effet, le plan de fermetures des hôpitaux ou cliniques ne relevant pas de l'AP-HP n'est pas connu des hôpitaux de banlieue de l'AP-HP et, cependant, a un impact considérable sur l'activité de ces hôpitaux. Ainsi l'ouverture de nouveaux lits à l'AP-HP entraîne souvent des appels provenant des secteurs où les hôpitaux non AP-HP ont fermé, qui à leur tour entraînent un nouveau blocage du système. Une politique concertée des ouvertures de lits pendant l'été est donc indispensable.

La **directrice générale** précise que c'est bien dans le but d'avoir cette vision globale jugée indispensable, à juste titre, par M. BAGLIN, que la cellule de veille / action fonctionnera à compter du 15 mars 2004 avec la collaboration de l'ARH-IF.

Par ailleurs, elle approuve cette notion de réponse graduée prônée par M. CARLI. L'AP-HP doit programmer les fermetures de lits en tenant compte de flux attendus en temps normal et envisager d'ores et déjà les mesures à prendre si des flux supplémentaires se présentent. Il convient donc de dissocier ces deux types de situations : flux normaux, flux supplémentaires.

M. CORIAT demande que l'on s'assure au niveau local, pendant l'été, de la permanence du tandem constitué par les représentants du CCM et ceux de la direction, seuls capable de gérer la régulation de l'offre.

M. AIGRAIN évoque les mobilités nécessaires des personnels pour faire face dans certains secteurs à une surcharge de travail. Tout en considérant que la solution préconisée par la directrice générale est actuellement pertinente, il indique que même si le dispositif est programmé et concerne une période limitée, il se heurtera vraisemblablement à des résistances et ne fonctionnera pas toujours parfaitement. La seule solution à long terme est d'organiser cette fluidité des moyens en personnel au sein d'ensembles plus larges, comme les pôles.

2- Les étudiants infirmiers.

La **directrice générale** dresse le cadre dans lequel s'exprime le mécontentement des étudiants infirmiers de la promotion sortante. Actuellement, plus de mille postes d'infirmiers sont vacants ; ce déficit devrait s'accroître à la suite des nouveaux emplois qui seront accordés en 2004 au titre de la réduction du temps de travail. Le niveau des vacances est donc largement supérieur à celui de l'effectif d'une promotion sortante des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Par ailleurs, cette situation s'accompagne de grandes disparités entre les établissements. En effet, certains hôpitaux de la banlieue nord ou de gériatrie connaissent un taux de vacance qui atteint 25 %, alors que d'autres ont un taux zéro et quelques rares sites sont en léger sureffectif. Cette situation est le fruit d'une concurrence entre les hôpitaux et les services pour attirer les étudiants infirmiers. Bien qu'il faille être attentif au respect de la motivation des personnels, le service public ne peut être construit sur la base des seules attentes du personnel. Or, la particularité du concours infirmier est que les étudiants infirmiers peuvent choisir leur affectation à leur sortie d'IFSI, contrairement aux lauréats des concours de la poste, aux titulaires du CAPES ou de l'agrégation par exemple.

Cependant, certains étudiants infirmiers ont bénéficié dans le cadre de la promotion professionnelle de salaires payés par l'AP-HP (plus de 100 000 euros par personne) et certains autres ont obtenu des allocations logement. A cet égard, l'effort accompli par l'AP-HP est supérieur à ce que pratiquent les autres CHU, souligne la directrice générale.

Considérant dans ce contexte qu'il existe un problème collectif à résoudre, l'institution a demandé à ceux qu'elle a aidés pendant leurs études d'infirmiers de choisir leur affectation au sein d'un nombre de postes prioritaires. La directrice générale a transmis le 14 janvier 2004 des propositions en ce sens aux organisations syndicales pour discuter avec elles des modalités d'application de cette mesure telles que par exemple la durée d'engagement sur le poste ou les mesures d'accompagnement à mettre en place comme la valorisation des acquis de l'expérience. Les organisations syndicales n'ayant pas souhaité répondre à sa proposition, la direction générale a été conduite à annoncer début février aux étudiants de la promotion sortante qui ont bénéficié d'aides de l'AP-HP que leur choix devrait être fait sur une liste de cent quatre vingt dix postes prioritaires. A la suite de négociations menées avec les délégués des élèves et les organisations syndicales, la directrice générale a ensuite proposé d'augmenter le nombre de postes prioritaires offert au choix à quatre cents.

La directrice générale indique qu'elle est prête à poursuivre ces négociations, à condition que celles-ci portent sur le principe même de l'affectation ciblée en fonction des besoins du service public et sur les mesures d'accompagnement et non pas sur ces dernières seulement, comme le souhaitent les organisations syndicales.

Par ailleurs, Mme VAN LERBERGHE précise qu'afin de préparer la sortie de la promotion de la fin de l'année 2004, les établissements sont actuellement invités à mentionner les postes prioritaires dont ils auront besoin pour développer l'activité. Sur ce dernier point, elle constate que les indicateurs montrent une légère augmentation de l'activité en janvier 2004 par rapport à janvier 2003. Or, la directrice générale rappelle que la progression d'activité est essentielle à l'institution dans le cadre de la réforme de la T2A.

M. LECOUTURIER met en exergue l'attachement au service public des étudiants d'IFSI d'autant que la plupart de ceux qui sont concernés par les mesures ont travaillé au sein de l'institution comme agents hospitaliers ou aides-soignants. Ces agents ont, au prix d'un travail personnel important, réussi à suivre des études pour obtenir une promotion de carrière. Ils ont donc travaillé pour l'institution dans des conditions difficiles, en gériatrie notamment dans les hôpitaux de banlieue et les mesures annoncées par la directrice générale perpétuent ces conditions de travail. Cette situation lui paraît injuste car elle ne s'applique qu'aux étudiants infirmiers de la formation professionnelle qui ne pourront pas choisir leur lieu d'affectation, à contrario des jeunes étudiants de la formation initiale.

M. LECOUTURIER se propose de rapporter les propos de la directrice générale à l'assemblée générale des étudiants infirmiers qui a lieu cet après-midi.

M. BERNAUDIN relate qu'à l'éducation nationale les jeunes enseignants qui acceptent d'exercer dans des zones difficiles, bénéficient de points supplémentaires qui leur permettent ensuite d'avancer plus rapidement sur les listes d'attentes constituées en vue de l'affectation dans certains postes recherchés.

La **directrice générale** répète que dans le cadre des mesures d'accompagnement, il est tout à fait possible de valoriser les postes « difficiles » en terme de carrière et en terme financier.

M. CHAUSSADE croit comprendre que les agents de l'AP-HP bénéficiant d'aides de la promotion professionnelle ne peuvent être affectés, à la suite de leur formation à l'IFSI, en dehors de l'AP-HP, alors que les étudiants en formation initiale au sein des écoles de l'AP-HP ont un total libre choix. La **directrice générale** confirme cette situation qui explique que l'AP-HP ne peut avoir les mêmes exigences pour les étudiants de la formation initiale et pour ceux de la formation professionnelle.

Puis, **M. CHAUSSADE** évoque des dysfonctionnements liés à la liberté de choix tout à fait légitime des étudiants infirmiers. Ainsi, certains choisissent des affectations en services spécialisés pour s'apercevoir quelques mois après qu'elles ne leur conviennent pas. Ils quittent alors le service où ils sont affectés en créant des difficultés importantes pour le maintien de l'activité et d'une offre de soins de qualité aux patients. Il demande donc s'il peut y avoir des possibilités de mutation plus progressives pour ne pas désorganiser l'activité des services.

Mme BRESSAND remarque que lorsque le marché de l'emploi est plus favorable, il est facile, dans le cas d'espèce évoqué par M. CHAUSSADE, de trouver un remplaçant dans un délai court.

En revanche, lorsque le marché de l'emploi est défavorable, il n'est pas possible de retenir les agents plus de quelques mois dans un poste qu'ils souhaitent quitter. Il faut en effet tenir compte des problèmes personnels des agents et de leur parcours professionnel. Par ailleurs, en raison de difficultés financières, il est souvent nécessaire de finir de rémunérer un infirmier souhaitant quitter son poste avant de rémunérer un nouvel infirmier. Or la rémunération du premier portera aussi sur les jours de repos ou de congés auxquels il a droit et pendant lesquels il ne sera ni présent dans le service, ni remplacé.

M. CHAUSSADE estime qu'il est possible de gérer une telle absence lorsqu'elle concerne un infirmier. En revanche, la situation lui semble plus difficile quand elle s'applique à trois ou quatre infirmiers qui souhaitent quitter un service.

Mme BRESSAND pense que des départs collectifs d'infirmiers au sein d'un service doivent provoquer une réflexion des responsables du service sur les conditions de travail et d'exercice dans le service.

La **directrice générale** considère qu'il est de la responsabilité du service public de tenter de concilier les attentes du personnel et les contraintes liées aux besoins des malades.

M. PIETTE est sensible aux efforts de la direction générale pour que l'ensemble des lits de gériatrie soient ouverts et participent au second aval des hôpitaux SAU.

Il souhaite maintenant attirer l'attention de la direction générale sur les difficultés des services de gériatrie à recruter des masseurs-kinésithérapeutes alors que l'AP-HP forme un grand nombre de kinésithérapeutes dont certains rejoignent des structures non AP-HP.

La **directrice générale** indique qu'elle a demandé à Mme JACQUARD de revoir les conditions financières de formation des masseurs-kinésithérapeutes (assurée gratuitement actuellement) par les écoles de l'AP-HP et celles de leur affectation.

Mme DEBRAY-MEIGNAN s'associe aux remerciements de M. PIETTE. A l'attention de M. LECOUTURIER, elle signale que le travail en gériatrie contient un volet technique, un travail en équipe très intéressant et qui engendre des relations humaines parfois extraordinaires. Il est d'ailleurs considéré comme tout à fait satisfaisant par ceux qui y exercent.

M. NORDLINGER souhaiterait savoir les moyens dont l'AP-HP peut disposer pour faire face à la concurrence avec le secteur privé en ce qui concerne les recrutements du personnel infirmier ; en effet, le secteur privé offre parfois des primes et des aides matérielles ou des conditions de logement très attirantes.

La **directrice générale** souligne que parmi les mesures d'accompagnement qu'elle a brièvement évoquées précédemment figurent des mesures destinées à favoriser l'attractivité des postes. Par ailleurs, l'AP-HP fait des efforts importants concernant le logement et la formation professionnelle. Enfin, la réflexion à mener doit porter sur l'organisation des périodes de travail, car de nombreux agents ont un temps de trajet très important entre leur domicile et leur hôpital. Il faudrait pouvoir leur offrir des horaires qui s'adapteraient mieux à leurs contraintes.

En complément des propos de la directrice générale, **Mme BRESSAND** précise que l'AP-HP a été le premier établissement hospitalier d'Ile de France à proposer une aide financière aux étudiants en soins infirmiers sous forme d'une allocation d'études. Depuis, les autres hôpitaux ont repris cette disposition en augmentant les montants proposés de sorte qu'elle ne constitue plus un atout pour l'AP-HP. Le problème majeur de l'institution reste celui des conditions de vie en Ile de France.

Par ailleurs, elle remarque que certains hôpitaux connaissent des taux de vacance importants alors que les spécialités médicales qui y sont représentées ne sont pas considérées comme inintéressantes par les étudiants et que le prix de l'immobilier est abordable dans le voisinage. L'explication de cette situation doit alors être recherchée dans le management des équipes.

III - Présentation d'un nouveau modèle de la fiche de missions et structure et avis sur une fiche de missions et structure.

1- Le nouveau modèle de fiche de missions et structure.

M. MADELENAT rappelle que la fiche de missions et structure décrit de façon précise les missions d'une structure, son rôle au sein de l'institution, son intégration au sein des projets de l'établissement et du GHU.

La nouvelle fiche ne doit pas figer l'existant mais au contraire prévoir les innovations et les évolutions possibles de la structure et de ses missions. Elle doit donc être révisable dans le temps. Elle engage la responsabilité du responsable de la structure, de l'établissement, de l'AP-HP sur l'accomplissement des missions prévues, sur l'adaptation aux évolutions des activités médicales et aux contraintes de l'institution, sur l'évaluation périodique des activités développées.

Elle ne comporte plus dans son corps de mention sur les ressources disponibles afin de ne pas figer les évolutions rendues nécessaires. Une description de ces dernières au moment de la création, révision, suppression de la structure figure cependant en annexe sous la forme d'un état des lieux.

Cette nouvelle mise en forme n'a absolument pas pour conséquence l'acceptation de n'importe quelle structure. Les deux principes de base qui ont été retenus par le groupe des structures seront appliqués : supprimer "les doublons", définir une masse critique suffisante de la structure en terme de moyens et d'effectifs.

Par ailleurs, M. MADELENAT indique que les notions de restructuration et de constitution de pôles lui paraissent parfaitement compatibles.

Puis, il détaille quelques informations figurant dans la nouvelle fiche :

- la rubrique "préambule" de la fiche permet de détailler les motifs conduisant à présenter la fiche et les missions confiées à la structure au sein de l'organisation de l'établissement en pôles et au sein du GHU et de l'AP-HP ;
- la rubrique "organisation adoptée" vise à décrire les modalités de fonctionnement de la structure au sein du département, du service, du pôle ;
- dans la rubrique "modalités d'évaluation" figurent des objectifs qualitatifs d'activité et des exemples d'indicateurs à construire parmi lesquels sont mentionnées des indicateurs permettant l'évaluation des travaux de recherche et d'enseignement.

En conclusion, M. MADELENAT ne cache pas que le groupe des structures traverse une période d'interrogation sur ses possibilités de contribuer à réaliser une restructuration sérieuse de l'institution qui était son objectif initial. Pour certains, la notion de pôle qui reste ambiguë pourrait constituer un frein à ce processus de restructuration qui doit selon l'orateur être mené sans attendre. Pour sa part, ces deux notions, comme il l'a déjà dit, ne sont absolument pas antagonistes, bien au contraire. En effet, pour construire des pôles fonctionnels, il convient de s'appuyer sur des structures solides et modernisées.

M. MADELENAT doit prochainement rencontrer la direction de la politique médicale afin de faire préciser la mission confiée au groupe des structures.

Le **président** ouvre la discussion en félicitant M. MADELENAT, Mme CHARPIOT et les membres du groupe des structures de ce travail qui se traduit par une nouvelle fiche de missions et structure adaptée au nouveau contexte.

Concernant les pôles, il espère que des précisions seront données par le ministère sur leur contenu. Pour lui, il doit s'agir d'une organisation souple, mise en place à partir des services eux-mêmes qui ont la volonté de se fédérer.

Il est conscient de la période difficile que traverse dans ce contexte, le groupe des structures du fait notamment d'une part de la pression des services pour faire entériner les structures avant la création des pôles, d'autre part de l'examen de certains dossiers très délicats qui n'ont pu être réglés lors de la précédente mandature de la CME, et enfin en raison du principe de publication annuelle des vacances de poste qui impose de nommer des chefs de structure intérimaires avant que la structure soit approuvée.

M. SCHLEMMER regrette que les textes réglementaires fixant les spécifications des missions et structures de certaines activités, comme par exemple la réanimation ou la néonatalogie, ne soient pas mentionnés dans la fiche de structure.

En accord avec le **président**, il est convenu, que dès lors que ces textes décrivent les structures et les moyens nécessaires à ces activités, l'information sera intégrée dans les annexes de la fiche.

M. BERNAUDIN souhaite que les termes « date et avis du directeur de GHU » mentionnés dans la rubrique « coordonnées » soient remplacés par les mots « date et avis du comité directeur du GHU » afin que cet avis soit donné en concertation avec les directeurs et les présidents de CCM des hôpitaux, constitutifs du GHU. Le **président** estime que cette suggestion doit être examinée.

Le **vice-président** fait part du désarroi de ses collègues sur la notion de pôle qui est encore imprécise. On comprend, dit-il, que le pôle est un concept ouvert, qu'une certaine latitude sera laissée aux intervenants en terme de dimension, de fonctionnement et de fonctionnalités du pôle qui seraient a priori des fonctionnalités gestionnaires et organisationnelles. Il convient donc, conclut-il, de répondre aux inquiétudes qui s'expriment et d'indiquer que les réponses ne seront pas uniques.

M. CORIAT exprime une préoccupation sur la capacité des pôles à redistribuer les moyens en personnels et en lits d'hospitalisation entre les différentes unités des pôles en fonction de leurs activités respectives. A la Pitié-Salpêtrière, les responsables des pôles expérimentaux s'en sont remis au CCM, qu'ils ont considéré comme l'autorité nécessaire pour réaliser les transferts de moyens ou de personnel à l'intérieur d'un pôle. Il apparaît donc pour l'instant que les principes de gestion des pôles pourraient être difficiles à appliquer pour les collègues désignés comme chefs de pôles.

M. NAZAC, qui fait partie du comité de suivi du projet ministériel de gouvernance, confirme que les pôles doivent répondre à une démarche pragmatique, fondée sur les décisions des établissements. Il pense comme M. MADELENAT que leur mise en oeuvre sera l'occasion d'accélérer le processus de restructuration. Par ailleurs, au-delà des quatre sites de l'AP-HP qui participeront à l'expérimentation sur les pôles, tous les établissements peuvent s'engager dans ce processus de réorganisation. Enfin, il lui semble que les freins à la démarche de restructuration viennent essentiellement de l'intérieur de l'institution.

La **directrice générale** estime très important que la démarche de constitution des pôles reste souple et provienne du souhait des protagonistes de vivre ensemble. Mais les grands principes évoqués par M. MADELENAT et M. CORIAT restent d'autant plus d'actualité. En effet, les pôles ne doivent notamment pas constituer des alibis pour conserver des doublons.

Mme BRESSAND pense que le pôle en réunissant les équipes aboutira à des organisations plus propices pour concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Il est cependant indispensable que les équipes para-médicales soient informées et parties prenantes dans la réflexion sur la constitution des pôles. Leur principale inquiétude est, en l'absence d'information, que cette structuration aboutisse à une polyvalence extrême des infirmiers et à une perte de repère et de compétence.

Le **président** estime que la problématique est identique chez les médecins qui, insuffisamment informés, sont inquiets.

2- Avis sur une fiche de missions et structure.

Hôpital Georges Pompidou :

- *Modification du service de chirurgie gynécologique, cancérologique avec la création d'une unité fonctionnelle de sénologie.*

M. MADELENAT rappelle que la structuration de ce service a fait l'objet d'un examen lors de la précédente réunion de la CME. A l'issue du débat il a été convenu de créer une unité fonctionnelle de sénologie au sein du service. La fiche incluant l'unité fonctionnelle et dont l'intitulé devrait satisfaire l'ensemble des personnes concernées, a été présentée au groupe des structures.

M. FAGON mentionne que la fiche, formatée selon les indications du nouveau modèle, n'a pas rencontré de difficulté. Elle a été validée par le bureau du CCM de l'hôpital, y compris par les représentants du pôle de cancérologie.

L'instance adopte la fiche de missions et structure par 29 voix pour ; on relève 2 abstentions et 2 refus de participer au vote.

IV - Avis sur la désignation d'un coordinateur régional des centres d'hémophilie.

La parole est donnée à **Mme COURTAY** pour exposer le contexte de la désignation d'un coordinateur des centres régionaux du traitement de l'hémophilie en Ile de France.

La prise en charge des hémophiles en Ile de France est assurée par trois structures situées au sein de l'AP-HP dans les hôpitaux Cochin, Bicêtre, Necker – Enfants Malades et par deux autres implantées au centre hospitalier de Versailles et au centre hospitalier de Montmorency.

Le précédent coordinateur régional est parti à la retraite en septembre 2003. Eu égard au poids de l'AP-HP dans cette prise en charge, la direction des affaires sanitaires et sociales d'Ile de France souhaite l'avis de la CME sur la candidature de M. LAURIAN, soutenue par ailleurs par l'ensemble des personnalités parties prenantes.

Les courriers reçus et les contacts pris par **M. de PROST** s'accordent, indique-t-il sur l'approbation unanime à la fonction de coordinateur régional de M. LAURIAN en raison de ses compétences dans le domaine de l'hémophilie.

Mme SCHLEGEL confirme la personnalité incontestable du candidat dans cette spécialité et déclare qu'il bénéficie de l'aval de l'ensemble de ses collègues. De plus, ne travaillant sur aucun des trois sites concernés de l'AP-HP, cela lui assure une certaine neutralité.

Soumise à l'avis de l'instance, la candidature de M. LAURIAN reçoit l'assentiment unanime des 32 membres votants.

V - Bilan de la formation continue des médecins et point sur les abonnements électroniques à des revues scientifiques.

En préambule **M. BERTRAND** explique qu'il développera pour sa part le volet relatif à la formation continue des médecins tandis que M. SEGOUIN traitera ensuite l'accès à l'information scientifique.

1- La formation continue des médecins.

a) L'historique et l'encadrement législatif et réglementaire.

M. BERTRAND indique que la création du service de la formation continue des médecins (FCM) date de 1987 et celle de l'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) de 1991 ; cette dernière a permis de former près d'un tiers des médecins de l'AP-HP.

L'arrêté du 23 mai 1986 fixe les modalités d'exercice du droit à congé de la formation des praticiens hospitaliers (PH), la loi du 10 juillet 1989 détaille le financement de la FCM, l'ordonnance du 24 avril 1996 précise que la CME organise la FCM, la loi du 4 mars 2002 rappelle le caractère obligatoire de la formation et le décret du 14 novembre 2003 crée les conseils nationaux et les comités de coordination de la FCM.

b) Le dispositif actuel et son financement.

Il existe soixante quatre actions de formation qui couvrent les connaissances médicales, la recherche et la communication de la recherche, le management hospitalier. Le dispositif comprend quatre diplômes universitaires. Les intervenants sont issus pour 64 % de l'AP-HP.

Les aides financières représentent près de 37 % du budget de la FCM. En progression de 15 % par rapport à 2002, elles approchent 300 000 euros en 2003 et correspondent à quatre cent quinze demandes de formation acceptées pour cinq mille cinquante journées de formation.

Le fonds d'études et de recherche médicale, objet d'un financement spécifique, s'adresse aux internes et aux chefs de clinique assistants ; ces formations se déroulent au sein du service de la FCM.

Les connaissances médicales et la recherche consomment 18 % du budget tandis qu'on assiste à une forte progression des abonnements électroniques lesquels absorbent désormais 25 % du budget.

L'EMAMH fonctionne sur la base d'un partenariat entre l'AP-HP, l'école des mines et l'université Paris VII. Depuis 1991, six cent dix sept médecins et cadres supérieurs de santé y ont été formés.

Outre sa mission généraliste, l'école permet de communiquer un certain nombre de messages. Elle est ouverte à des partenaires qui participent à son financement. Le volet management représente seulement 16 % du budget grâce à des formations organisées en interne à faible coût.

c) Le bilan quantitatif.

Pour un budget proche de 800 000 euros, le bilan fait apparaître deux mille six cent cinquante participants pour environ neuf mille journées de formation.

Les bénéficiaires de la FCM sont des médecins CCA, PH et PU-PH ; les formations ne profitent pas à une catégorie statutaire au détriment des autres. On constate néanmoins une participation limitée des chirurgiens.

Le nombre des participants baisse en raison d'une part des difficultés rencontrées par le service de la FCM pour organiser des séminaires de formation depuis la réforme des marchés publics, d'autre part de l'indisponibilité grandissante des praticiens et des intervenants institutionnels.

d) Les projets pour l'année 2004.

Ils visent outre le développement des abonnements électroniques qui va être abordé par M. SEGOUIN, la mise en place de la formation médicale continue obligatoire, l'accompagnement de la mise en oeuvre des nouvelles organisations.

Pour finir, l'orateur signale que la commission nationale de la formation médicale continue attribuera un agrément à un certain nombre d'organismes, aussi l'AP-HP doit-elle veiller à en bénéficier.

2- L'organisation de l'accès à l'information scientifique.

Après avoir annoncé la récente élection de M. BERTRAND à la présidence du conseil national de la formation médicale continue hospitalière, **M. SEGOUIN** expose l'avancement du dossier relatif aux abonnements scientifiques depuis sa présentation devant la CME en décembre dernier. Il signale qu'un document actualisé a été remis sur table.

a) Les négociations avec les éditeurs.

L'intégralité des journaux proposés par l'Américan médical association est disponible depuis le 6 mars 2004 sur l'intranet de l'AP-HP.

Les discussions en cours concernent la base de données Cochrane et les éditeurs Elsevier, Wiley, Blackwell. Un contrat sera probablement conclu avec eux pour la fin du premier semestre 2004.

Le nombre d'articles électroniques téléchargés est passé de 4 800 articles en décembre 2003 à 17 000 en janvier 2004 soit entre 500 et 600 téléchargements par jour ouvré.

Les demandes des médecins, couvrant une centaine de titres répartis sur une cinquantaine d'éditeurs, nécessiteront un volume identique de négociation pour obtenir des conditions acceptables en coût et en durée. Cette démarche suppose une organisation adaptée. Ainsi, seront mis en place un comité de pilotage et des correspondants au sein de chaque site hospitalier. Il s'agit aussi de sélectionner les demandes prioritaires en croisant les demandes exprimées par les collégiales et les demandes individuelles.

b) Les perspectives pour l'année 2004.

Elles consistent à augmenter les achats d'abonnements électroniques, à définir des règles de répartition entre les abonnements sur papier et les abonnements électroniques, à finaliser l'organisation de la FCM, à potentialiser les ressources en travaillant avec les centres de documentation et les différents partenaires.

M. SEGOUIN achève sa présentation par le volet des moyens nécessaires. Le budget de la FCM, s'il demeure à son niveau actuel, pourvoit aux ressources financières. S'agissant des ressources humaines, le redéploiement d'un poste au sein du service de la FCM permettra de s'engager dans des négociations avec une cinquantaine d'éditeurs. Le projet engendrera un surcoût de 5 % à 15 % par rapport au coût des abonnements papier actuels. Toutefois, il rendra l'accès possible à tous les professionnels, conduira à un élargissement du panel des revues, facilitera les recherches bibliographiques.

Au-delà de la simple organisation des abonnements électroniques, ce projet doit être envisagé dans le cadre plus large de l'organisation de l'accès à l'information scientifique des médecins de l'AP-HP. Dans ce contexte, il y a à la fois des partenariats (universitaire, BIUM, INSERM...) à organiser et une mise en cohérence des centres de documentation situés dans l'enceinte de l'AP-HP de façon à potentialiser les ressources en documents et en documentalistes.

M. de PROST se réjouit de la progression du dossier et du nombre de personnes consultant les revues électroniques avant d'ouvrir la discussion.

M. FAGON pense utile de communiquer aux hôpitaux, notamment au moyen de la publication mensuelle « Flash », les raisons pour lesquelles certaines revues demeurent encore indisponibles. Par ailleurs, il demande si l'institution est déterminée à faciliter le transfert entre hôpitaux et siège des décisions budgétaires afin de permettre les abonnements électroniques. En outre, le groupe de la CME « informations – relations extérieures » qu'il préside est disposé à apporter son aide à la communication en direction des sites hospitaliers.

Le **président** souscrit à cette intervention et propose de rédiger conjointement avec MM. HOUSSIN et SEGOUIN un courrier expliquant les raisons de l'indisponibilité de certaines revues électroniques et les modalités d'utilisation du nouveau dispositif.

A la question de **M. GUILLEVIN** relative à la consultation à distance des revues électroniques, **M. SEGOUIN** répond que la désignation par les hôpitaux d'un correspondant prend du temps. Elle s'avère pourtant indispensable pour que chaque site hospitalier puisse disposer d'un code garantissant à l'éditeur une utilisation limitée des abonnements ; dans le cas d'une utilisation abusive, l'éditeur pourra sans doute bloquer l'usage du code. Une gestion locale responsabilisera davantage et un seul site sera pénalisé en présence de problème.

M. AIGRAIN intervient pour évoquer l'école de chirurgie dont il assume la responsabilité depuis une dizaine d'années. Il distingue cet établissement de l'école européenne de chirurgie créée par l'institut mutualiste Montsouris et qui dispense des formations coûteuses essentiellement à des médecins libéraux.

Structure unique en France, l'école de chirurgie de l'AP-HP accueille chaque année mille deux cents praticiens dont 80 % d'internes et aussi des CCA, des PH et certains PU-PH. Un projet de rénovation immobilière est envisagé afin d'accroître l'offre d'enseignement et de formation et de faire évoluer l'offre de cette dernière vers la formation médicale continue.

Il informe enfin les praticiens chirurgiens que l'école de chirurgie, seul laboratoire sur Paris agréé en chirurgie expérimentale sur les gros animaux, est ouverte à toutes les équipes de l'AP-HP.

Mme ABADIE souhaite connaître le stade des négociations avec notamment le centre national de la recherche scientifique et l'institut national de la santé et de la recherche scientifique sur le sujet de la rationalisation de l'accès à l'information afin d'éviter les doublons de dépenses. **M. SEGOUIN** fait part des différents obstacles à surmonter : ces institutions utilisent des réseaux différents ; l'AP-HP est liée à onze unités de formation et de recherche médicale elles-mêmes en contact avec six universités qui constituent autant d'interlocuteurs ; enfin, le service de la FCM travaille avec l'INSERM mais aussi avec la bibliothèque inter-universitaire médicale susceptible de devenir le partenaire du centre de documentation du service de la FCM.

Mme DEGOS demande à **M. BERTRAND** si dans le cadre de ses nouvelles fonctions il pourra mettre en place une aide à la participation aux congrès que seule l'industrie pharmaceutique subventionne actuellement. Or, ce monopole a probablement un impact sur la prescription. **M. BERTRAND** indique manquer d'éléments pour se prononcer sur cette question. L'AP-HP sera informée en priorité lorsque la commission progressera sur le sujet.

Puis, à l'attention de **M. BEN-BRIK** qui s'interroge sur les raisons pour lesquelles les médecins du travail ne bénéficient pas de la FCM, **M. BERTRAND** précise que les médecins non-hospitaliers relèvent d'une commission autre que celle qu'il préside. Les aides financières relatives aux congrès et séjours interviennent dans le cadre de la formation des praticiens exerçant à l'hôpital. **M. SEGOUIN** ajoute que la CME a décidé dans le passé que les médecins du travail peuvent participer aux formations organisées par le service de la FCM.

M. NORDLINGER considère les congrès comme le corollaire de la recherche. Or, la FCM limite son financement en moyenne à 690 euros par dossier de participation aux congrès. Aussi demande-t-il si l'on peut espérer une augmentation substantielle de cette somme afin de permettre aux jeunes praticiens d'assister à ces congrès sans dépendre de l'assistance de l'industrie pharmaceutique.

Des sous-commissions déterminent les règles relatives à ces aides financières, d'ailleurs en progression, en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible souligne **M. BERTRAND**. La FCM a cependant participé au financement du volet hôtelier des dépenses. Toutes les demandes reçoivent une réponse favorable même si les aides ne couvrent pas la totalité des frais insiste **M. SEGOUIN**. Pour les congrès en Amérique du nord, la part financière privée s'avère en effet particulièrement élevée.

M. PIETTE doute de la capacité de la FCM de l'AP-HP à accompagner les progrès des pratiques médicales en se basant sur l'exemple des deux dernières décennies où la formation des cliniciens à la lecture des nouvelles données d'imagerie fournies par les scanners et équipements d'imagerie à résonance magnétique n'a pas été assurée par la FCM mais a été effectuée par certains cliniciens volontaires en dehors de l'institution. Il s'agit d'un problème de fond reconnaît **M. BERTRAND**. La FCM ne parvient pas à prendre en charge les remises à niveau dans chaque spécialité. De plus, le faible succès des mises à jour réalisées voilà une dizaine d'années, a contraint à l'abandon de la démarche. Cependant, il convient de réexaminer ce volet au regard des nouvelles règles de la FCM.

Dans le cadre de la préparation du plan stratégique, il apparaît important à **M. HOUSSIN** d'inclure la politique documentaire dans le chapitre consacré au lien entre l'AP-HP et les universités. Il est convaincu que l'AP-HP paye plusieurs fois la même prestation et qu'elle pourrait offrir un meilleur service en dégageant des ressources dans ce domaine.

M. FAYE demandant si un budget est prévu pour couvrir les frais de publication d'articles dans certaines revues, **M. BERTRAND** répond que la FCM n'est jamais intervenue dans ce domaine. Pour **M. de PROST**, ce sujet relève du budget de la recherche et non de celui de la formation continue.

VI - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les membres votants de la CME se prononcent favorablement par 17 voix pour, 3 voix contre et 11 abstentions sur le renouvellement et les avenants aux contrats d'activité libérale présentés.

VII - Information sur la désignation d'un responsable d'une unité fonctionnelle.

L'instance prend connaissance de la désignation du responsable d'une unité fonctionnelle au travers du document qui lui a été transmis à cet effet.

VIII - Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2004.

M. ANTONINI procède à la lecture du dossier relatif à des postes financés par des rendus budgétaires (cf. document remis aux membres de la CME).

Il s'agit :

- d'un poste en médecine, en hématologie clinique à l'hôpital Saint Louis ;
- de deux postes en chirurgie, l'un en chirurgie infantile à l'hôpital Armand Trousseau, l'autre en gynécologie-obstétrique à l'hôpital Jean Verdier ;
- d'un poste dans le service de radiologie à l'hôpital européen Georges Pompidou. Cette proposition avait été examinée lors de l'intergroupe GS – GPM mais n'avait pas été retenue compte-tenu du nombre limité de redéploiements possibles. L'hôpital vient de préciser qu'il était prêt à autofinancer cet emploi.

M. DECQ fait état d'une demande formulée par l'hôpital Henri Mondor en imagerie médicale par autofinancement.

M. ANTONINI rappelle que la CME a déjà approuvé la création d'un poste au sein de ce même service. Concernant cette deuxième demande elle n'a été transmise que très récemment ce qui n'a pas permis son instruction en intergroupe. Toutefois, une solution interne au site et satisfaisante pour les personnes concernées a été trouvée.

La CME approuve les propositions exposées par 33 voix pour ; on note 1 abstention et 1 refus de participer au vote.

IX - Approbation du compte-rendu de la séance du 12 février 2004.

Ce compte-rendu est adopté par l'ensemble des membres.

X - Questions diverses.

- Les internes.

Dans le cadre des principes inhérents au service public, **M. NAZAC** comprend qu'il soit demandé aux internes de s'adapter à ses contraintes mais il rappelle que l'institution doit remplir des devoirs à leur égard notamment en terme de formation. La non-application de l'accord relatif au projet d'agrément des services leur permettant de conclure des contrats d'objectifs de formation, lui semble constituer une des explications de l'actuelle crispation des internes. Aussi propose-t-il que seuls les services remplissant les objectifs de formation du contrat continuent à recevoir des internes.

Le **président** déclare qu'un grand nombre de collégiales ont pris ce sujet en compte dans le cadre de l'agrément et **M. GUILLEVIN** confirme que de nombreuses collégiales ont visité et agréé des services et que la démarche se poursuit.

A l'avenir, le nombre d'internes augmentera, aussi **M. CHAUSSADE** pense que ces perspectives favorables fourniront l'occasion de rediscuter de l'agrément des services lors de l'ouverture des postes.

Pour **M. NAZAC** l'augmentation du nombre d'internes risque au contraire de conduire à l'ouverture de postes dans des services dépourvus d'agrément comme cela s'est produit dans certaines spécialités en raison du nombre important d'internes à former.

- Les praticiens attachés.

Suite à une question de **M. NAZAC**, **M. ANTONINI** explique que le nouveau statut des praticiens attachés substitue une logique de titres à une logique d'ancienneté induisant la disparition de l'avantage relatif dont bénéficiaient les anciens chefs de clinique assistants. De plus, l'ancienneté prise en compte couvre uniquement celle acquise en qualité d'attaché. Ainsi, l'exercice en qualité de praticien hospitalier ou de tout autre statut public ou privé n'entre pas dans le mécanisme de la reprise d'ancienneté.

Enfin, il rappelle que le nouveau statut est plus favorable que le précédent y compris pour les anciens CCA et les anciens AHU après quelques années d'ancienneté. Pour les autres situations, l'administration examine la possibilité d'octroyer des indemnités différentielles. Eu égard à l'autonomie des hôpitaux en matière de rémunération, le choix d'accorder ou non ces indemnités leur appartiendra, sur la base d'un budget constant. Le nouveau statut introduisant une certaine liberté contractuelle, l'hôpital qui souhaitera conduire une politique de rémunération généreuse en assumera la responsabilité financière. L'administration réfléchit aux solutions techniques de mise en place du dispositif tout en prenant en compte le souci d'égalité de traitement au sein des équipes médicales.

- La permanence des soins.

Le nouvel arrêté relatif à la permanence des soins semblant inobservé dans certains établissements, **M. NAZAC** souhaite connaître la position de l'institution face à une durée de travail hebdomadaire dépassant onze demi-journées. Le statut ne prévoit pas de mécanisme d'indemnisation spécifique au-delà de ce seuil concernant les hospitalo-universitaires, observe **M. ANTONINI**.

M. NAZAC évoque alors la notion de continuité de service pour laquelle certains hôpitaux n'accordent aucune contrepartie. **M. ANTONINI** précise que la continuité de service fait l'objet d'une indemnisation ou d'une récupération et suppose qu'elle soit justifiée par le tableau de service.

Pour permettre à la direction des affaires médicales de l'hôpital de procéder à la rémunération des plages additionnelles, intervient **M. FAGON**, les chefs de service doivent en effet réaliser au préalable un tableau d'organisation du service. Or, de nombreux chefs de service n'ont pas entrepris cette démarche.

- *Les pôles.*

La constitution des pôles soulevant des interrogations, **Mme ABADIE** sollicite l'inscription de ce sujet à l'ordre du jour de la prochaine séance. Le **président** indique qu'il prévoit l'examen de ce dossier à l'issue des réflexions menées actuellement par un certain nombre de groupes de travail. Puis, à l'adresse de **Mme SCHLEGEL** qui observe que les propositions d'ordre stratégique doivent être présentées dans les hôpitaux au mois de mai, il indique que cette échéance ne doit pas inciter la CME à précipiter sa réflexion.

- *La tarification à l'activité (T2A).*

Pour **M. LACAU ST GUILY** la T2A (seulement 10 % du budget cette année) constitue un travail lourd à la charge des cliniciens notamment des chirurgiens. A cet égard, il attire l'attention de l'assemblée sur les difficultés liées aux différentes techniques de gestion des dossiers administratifs des patients et des systèmes de traitement de l'information médicalisée. Résoudre les problèmes techniques implique de connecter les systèmes d'information, de bénéficier d'un accès à des ordinateurs équipés de ce type de système d'information et de disposer d'un nombre suffisant de licences d'accès aux systèmes d'information.

M. de PROST, rejoint par **M. HOUSSIN**, suggère que MM. GARNIER et LEPAGE ainsi que la direction du système d'information interviennent prochainement devant la CME pour réaliser un point d'étape sur la classification des actes médicaux et sur les outils de saisie du programme médicalisé du système d'information.

Pour sa part, **M. FAGON** pense que l'on n'échappera pas à une réflexion relative aux responsables de la codification dans le cadre de la T2A. Le thème lui semble devoir être abordé dans le cadre du plan stratégique car ce travail occupe une part du temps médical tandis que dans d'autres pays des personnes y sont spécifiquement dédiées.

- *Les sages-femmes.*

M. MADELENAT évoque la situation des sages-femmes. Le moratoire arrivant à son terme, la garde d'une durée de douze heures se généralisera et cette modification nécessitera une augmentation du nombre de postes pour accomplir un volume identique de tâches. De plus, certains services ne disposent pas d'un effectif suffisant pour accompagner l'accroissement de l'activité obstétricale ; une majoration des effectifs de sages-femmes devient donc nécessaire.

Les trois services participant à l'application d'une garde de douze heures ont largement recouru à du personnel intérimaire. Si les chefs de service semblent satisfaits, les sages-femmes se montrent réservées tandis que les observateurs objectifs mentionnent un risque à faire appel à des sages-femmes sans connaissance des habitudes des équipes. Enfin, le coût du personnel intérimaire serait le double de celui du personnel titulaire.

La situation s'apparente à celle vécue lors de la mise en place de la réduction du temps de travail, observe l'orateur. La diminution du temps de garde engendrera une augmentation du nombre de postes. La décision à prendre porte sur l'ouverture de postes ou sur le recours à du personnel intérimaire. Pour sa part, M. MADELENAT considère dangereuse la seconde option. L'analyse étant juste, il convient de bien anticiper les besoins relatifs aux sages-femmes conclut **M. HOUSSIN**.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 55.

Une séance restreinte en composition D se déroulera le :

Lundi 26 avril 2004 à 18 heures.

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

Mardi 11 mai 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 avril 2004 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.