

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 14 DECEMBRE 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 9 novembre 2004

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur une fiche de missions et structure.
- 2- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 3- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 4- Examen des possibilités pour modifier la date d'affectation semestrielle des internes.
- 5- Projet de plan stratégique : point d'information sur les travaux dans le cadre des groupements hospitaliers universitaires.
- 6- Point sur le repos de sécurité.
- 7- Point sur la démarche engagée sur les réanimations.
- 8- Révision des effectifs pour l'année 2005 : examen des postes vacants de praticiens hospitaliers.
- 9- Information sur la prolongation d'activité des personnels médicaux.
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de deux PHU.
- 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 2004-2005.

Composition C

- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers à titre provisoire et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire hors CHU.
- Avis sur des changements d'affectation interne de quinze praticiens hospitaliers et de deux praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des demandes de versements de l'indemnité pour activité multi-sites, au titre de l'année 2005.

Assistent à la séance

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

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;

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

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. CHEVALIER, direction des affaires juridiques et des droits du patient,
 - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
 - M. SUDREAU, adjoint au directeur de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en souhaitant la bienvenue à M. LE MONNIER chef de clinique-assistant à l'hôpital Necker – Enfants Malades, qui succède à M. NAZAC. Il rappelle que la présence des représentants des CCA et des internes est particulièrement souhaitée au cours des réunions de la commission médicale d'établissement.

Avant d'examiner les points inscrits à l'ordre du jour, il présente les excuses de Mmes ABADIE, DEGOS et de MM. BEN-BRIK, LECOUTURIER, LE HEUZEY et souhaite un prompt rétablissement à M. LEVERGE victime d'un accident de la voie publique.

I - Avis sur une fiche de missions et structure.

La parole est donnée à **M. MADELENAT** pour présenter la fiche de missions et structure figurant au dossier transmis aux membres de la commission médicale d'établissement.

GHU sud

Bicêtre :

- *Création d'un service de génétique moléculaire, pharmacogénétique, hormonologie, composé de trois unités fonctionnelles, par fusion des activités du service supprimé de biochimie deux orientée en hormonologie et du service supprimé de pharmacologie biologique :*
 - *UF de génétique moléculaire et pharmacogénétique.*
 - *UF de génétique moléculaire, de maladies métaboliques et de la reproduction.*
 - *UF d'hormonologie.*

Le rapporteur signale qu'en raison de la demande de l'hôpital d'examiner en urgence la fiche, le bureau de la CME l'a validée avant son passage en comité consultatif médical. Par ailleurs, la description des trois unités fonctionnelles étant portée en annexe de la fiche, il s'interroge d'une manière générale sur l'opportunité, d'imposer ou non aux hôpitaux d'inclure cette description dans le corps de la fiche.

Puis il indique que le problème lié à la relative complexité de l'harmonisation des différentes personnes travaillant sur le site a trouvé une résolution satisfaisante quoiqu'imparfaite.

M. LEGRAND déclare que le principe de la création d'un service à partir de la fusion des deux services a fait l'objet d'une discussion au sein du CCM.

Soumise aux voix, la fiche de missions et structure reçoit un avis favorable à l'unanimité des 36 membres votants.

II - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Le renouvellement, l'avenant et le contrat d'activité libérale sont adoptés par 19 voix pour, 3 voix contre et 13 abstentions.

III - Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.

La désignation des responsables d'unités fonctionnelles ne soulève aucune observation de la part de l'instance.

IV - Examen des possibilités pour modifier la date d'affectation semestrielle des internes.

M. GUILLEVIN expose à l'instance les incidences de la réforme des études universitaires appliquée cet automne, sur le fonctionnement des services de soins. La nouvelle organisation des études, licence, master, doctorat, impose aux internes suivant un master, de débiter la formation théorique non au mois de novembre comme précédemment mais au mois d'octobre, à l'instar de la plupart des pays européens. Ainsi, les internes concernés ont quitté les services de soins le 1^{er} octobre occasionnant dès lors, dans ceux-ci, des difficultés de fonctionnement.

Il convient donc, selon l'orateur, de se conformer aux pratiques universitaires et européennes et propose à cette fin, d'avancer d'un mois la date du changement semestriel d'affectation des internes.

Ce changement ne peut intervenir qu'au niveau national avise le **président** car les stages interrégions imposent la même date de changement au niveau national. A son sens, il s'agit d'obtenir à l'échelon national soit l'affectation des internes au 1^{er} octobre, soit le début des cours de master au 1^{er} novembre.

Adopter la proposition de **M. GUILLEVIN** signifie pour l'université, observe **M. BAGLIN**, la gestion d'une troisième date : le 1^{er} septembre pour la nomination des hospitalo-universitaires, le 1^{er} octobre pour l'affectation des internes et le 1^{er} novembre pour l'affectation des chefs de clinique-assistants. De plus, il faudrait avancer la date de l'examen national classant afin de préserver la procédure du choix de poste. L'intervenant rappelle que le ministère demande, face à l'augmentation de la durée du troisième cycle, de réduire à cinq ans la durée des deux premiers cycles, laquelle serait encore écourtée par l'avancement de la date de l'examen classant.

Pour **M. LEGRAND**, certains masters (anciens DEA) ne peuvent débiter le 1^{er} novembre car les résultats devant être rendus le 1^{er} juillet pour les étudiants qui concourent à des bourses, l'année d'études et le stage pratique s'avéreraient trop courts.

Le **président** ajoute un autre élément en faveur du changement de date en octobre car actuellement les changements d'internes se font le 1^{er} mai et le 1^{er} novembre qui sont des jours fériés.

Bien que quelques masters commencent en novembre, il semble impossible, selon **M. BERNAUDIN** de modifier la date de début des enseignements qui suit le système nouvellement mis en place.

M. CHAUSSADE demandant si le choix de poste peut s'organiser début septembre pour un changement d'affectation au 1^{er} octobre comme par le passé, **Mme BAUBEAU** répond que sa programmation dépend de la rapidité du ministère à transmettre à la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) les résultats de l'examen national classant. Le choix concernant un grand nombre de personnes particulièrement en Ile de France, son organisation nécessite un certain délai.

Eu égard à l'importance, à l'échelon national du sujet, le **président** se propose de l'évoquer au sein des conférences des présidents de CME, des centres hospitaliers universitaires et des doyens afin d'identifier les solutions à ce problème national.

M. GUILLEVIN signale qu'il s'écoule des semaines voire jusqu'à deux mois entre la clôture de la saisie informatique des notes des copies d'examen et la publication des résultats. Il convient de réduire ce délai et d'avancer ainsi les dates du choix de poste.

Cette année, note **M. SCHLEMMER**, la coexistence de l'ancien concours d'internat et du nouveau système d'examen national classant a compliqué les procédures. Pour l'an prochain, si les épreuves de l'examen national classant se déroulent au mois de mai et non en juin, les résultats en seront rendus plus tôt, de sorte qu'on peut concevoir le changement d'affectation des internes et le début de l'enseignement des masters pour le 1^{er} octobre.

Mme DEAL confirme l'intérêt d'une prise de fonction des internes le 1^{er} octobre et le 1^{er} avril d'autant que près de cent cinquante internes en « année recherche » ou en disponibilité pour DEA ou master ont du quitter les services hospitaliers début octobre pour commencer les cours. Cependant, il semble que ce changement de date aurait une incidence sur le déroulement des stages du deuxième cycle et les résultats par région de l'examen national classant. Aussi, elle suggère la constitution d'un dossier dûment étayé des avantages et des inconvénients pressentis dans les deux hypothèses envisagées.

Le **président** salue l'idée, insiste sur la nécessaire rapidité de la démarche pour qu'elle produise des effets dès l'année 2005 et déclare qu'il diffusera le dossier sur le plan national. A l'aune de la discussion, il mesure qu'il conviendrait d'agir sur la date du choix de poste des internes, au niveau national s'entend, plutôt que sur le début de l'enseignement des masters.

V - Projet de plan stratégique : point d'information sur les travaux dans le cadre des groupements hospitaliers universitaires.

M. de PROST souhaite informer l'instance sur le déroulement de la préparation du plan stratégique à l'échelon des GHU.

La première phase de discussion, intervient **M. HOUSSIN**, s'est matérialisée au sein des comités d'organisation composés du directeur exécutif du GHU, des directeurs des hôpitaux, des présidents de CCM et des doyens, par un rappel de la démarche et par l'exposé de l'état d'avancement des travaux et du calendrier prévisionnel.

Puis Mme VAN LERBERGHE a rendu compte des remarques formulées par les instances (comité technique central d'établissement, commission médicale d'établissement, conseil d'administration) à l'occasion de sa présentation des lignes directrices et M. de PROST s'est fait l'écho de la CME.

Pour le GHU sud, l'élément le plus marquant porte sur son positionnement d'un point de vue stratégique compte tenu de sa tendance à la bipolarisation et de ses nombreux partenariats possibles avec d'autres établissements.

Une grande cohérence se perçoit au sein du GHU est, concentré sur un espace restreint. Les problématiques apparues concernent notamment la constitution des pôles, la gériatrie et l'imagerie afférente, les moyens pour les soins de suite et de réadaptation et les opérateurs externes éventuels.

Quant au GHU nord, la démographie médicale et l'agrément social des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) figurent parmi les points à approfondir.

Les restructurations forgent la problématique dominante du GHU ouest qu'il convient d'aborder d'emblée à l'échelon du groupe.

Du 15 novembre au début du mois de décembre se dérouleront les réunions de travail élargies. La présentation du projet lui-même, phase finale de la démarche, interviendra au cours du séminaire du CA, les 9 et 10 décembre prochains.

VI - Point sur le repos de sécurité.

Avant d'aborder le cadre légal puis les règles de responsabilité, **M. CHEVALIER** explique que le repos de sécurité renvoie à celles du temps de travail, à la protection sociale des travailleurs (cf. document transmis aux membres de la CME).

1- Le cadre légal.

Il rappelle que le principe du droit au repos a une triple finalité : une règle d'hygiène et de sécurité en matière de droit du travail, une mesure de liberté individuelle du travailleur et un objectif de sécurité sanitaire.

Le droit au repos trouve sa source dans des normes constitutionnelles et est devenu une exigence communautaire pour tous les travailleurs conformément aux directives du 23 novembre 1993 et du 22 juin 2000 (qui ont précisé les notions de temps de travail et de repos compensateur) et les arrêts de la Cour de justice des communautés européennes.

Le cadre juridique applicable aux hôpitaux, fixé par le décret du 9 janvier 2001, les arrêtés du 10 septembre 2002 et du 30 avril 2003 et la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire (DHOS) du 6 mai 2003, précise que le repos compensateur se décompose en deux éléments fondamentaux, le repos de sécurité et le repos quotidien.

Le premier s'applique aux personnels enseignants et hospitaliers, se prend immédiatement après chaque garde de nuit, consiste en une interruption totale de l'activité clinique auprès du patient pendant onze heures consécutives par vingt quatre heures. Dans les services organisés en temps médical continu, ce repos de sécurité correspond à un arrêt total de l'activité tant universitaire qu'hospitalière.

Le second s'adresse à l'ensemble des praticiens hospitaliers et consiste en un arrêt d'activité de onze heures consécutives par vingt quatre heures. Des aménagements permettent aux praticiens d'accomplir une durée de travail continue maximale de vingt quatre heures à l'issue de laquelle ils bénéficient d'un repos d'une durée équivalente. Un praticien peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien.

2- Les conséquences en terme de responsabilité de la violation du repos de sécurité.

En cas d'accident médical, la violation d'une règle de repos n'a pas d'incidence sur la mise en jeu de la responsabilité civile du praticien. Le droit commun s'applique : responsabilité de plein droit ou pour faute. En cas de faute commise par le praticien, l'obligation de réparation pèse sur l'AP-HP sauf en cas de faute personnelle détachable du service.

La violation de la règle du repos de sécurité soulève, *en matière pénale* deux questions :

- donne-t-elle lieu à une incrimination particulière ? L'hypothèse des infractions à la réglementation d'ordre public du droit du travail sur le repos compensateur reste à débattre ; l'hypothèse de l'exercice illégal de la médecine est à exclure, l'hypothèse de la mise en danger directe de la vie d'autrui exige la réunion de conditions non satisfaites en l'espèce (exposition directe et immédiate à un danger de mort) ;
- interfère-t-elle dans la mise en jeu de la responsabilité pour faute médicale ? En droit la réponse est négative le principe de responsabilité personnelle exclut la responsabilité pour autrui mais implique l'analyse des causes d'un dommage et la recherche d'une éventuelle responsabilité indirecte du praticien, du chef de service, du directeur d'hôpital. Dans les faits la réponse s'avère positive car les conditions de mise en oeuvre du délit d'imprudance sont facilitées par la démonstration de la violation de l'obligation de prudence ou de sécurité (L 121-3 du code pénal).

En cas d'accident du travail ou de trajet, la responsabilité pouvant s'exercer n'est pas remise en cause par la poursuite d'une activité médicale pendant la période de repos si la présence du praticien se trouve justifiée par des nécessités de services et prévues au tableau de service. En outre, la recherche d'une faute inexcusable de l'employeur paraît possible.

A une question du **président, M. CHEVALIER** répond qu'en présence du cas où la garde de nuit d'un interne se traduit par une inactivité, il faut appliquer la règle relative au repos de sécurité qui impose une interruption totale d'activités cliniques pendant la période de repos. Si l'interne commet une faute médicale, le fait de ne pas avoir respecté une période de repos n'a pas d'incidence sur les conditions de mise en jeu de sa responsabilité pénale. Puis à l'adresse de **M. BERNAUDIN**, il précise que la circulaire du 6 mai 2003 autorise à prendre part à d'autres activités notamment de recherche et d'enseignement pendant la période de repos de sécurité si le service n'est pas organisé en temps médical continu.

M. MADELENAT souhaite connaître les recommandations à dispenser lorsque la relève de la garde médicale ne se présente pas dans un service organisé en temps médical continu. **Mme BRESSAND** déclare ce cas de figure quotidien pour les infirmiers. Aussi, en application du principe de la continuité du service public, les infirmiers sortants sont maintenus en poste jusqu'au moment de leur remplacement.

Pour **M. BAGLIN** et le **président**, il convient d'adresser une note d'information à tous les chefs de service responsables de l'organisation des services car ce problème se pose dans tous les hôpitaux.

M. CARLI désirant savoir si le fait de ne pas respecter le repos de sécurité n'induit pas un supplément de responsabilité du praticien qui, en raison de sa fatigue, commettrait une erreur au lendemain d'une garde, **M. CHEVALIER** répond qu'on cherchera d'abord le lien de causalité entre l'acte médical et le dommage puis la responsabilité du chef de service qui aurait expressément demandé au praticien d'exercer une activité médicale pendant une période de repos de sécurité. Le délit d'imprudance du code pénal prévoit qu'en cas de violation d'une règle de sécurité ou de prudence, la responsabilité de l'auteur peut être envisagée pour avoir concouru indirectement à la survenance du dommage.

La **directrice générale** observant que si l'interne a dormi pendant toute sa garde, le juge estimera peut-être qu'il n'était pas fatigué, **M. CHEVALIER** précise qu'en droit, même si le praticien dort toute la nuit, il doit observer une période de repos de sécurité.

Face à l'interdiction de travailler le lendemain d'une garde, pour **M. CARLI** les chefs de service et les praticiens se trouvent confrontés à deux risques concomitants : la poursuite par les patients victimes de l'annulation d'une intervention programmée, préjudiciable à leur état de santé, et la non-assistance à personne en danger pour rupture de la continuité des soins.

Il faut, indique **M. CHEVALIER** resituer le débat dans le cadre des règles applicables à l'activité médicale et distinguer la responsabilité civile et la responsabilité pénale.

Le décret ne fixant pas les heures de début et de fin de la garde, **M. DASSIER** considère que cela ouvre des perspectives organisationnelles. Par ailleurs, il rappelle que la garde inactive ne devrait plus exister à l'AP-HP.

Pour **M. LACAU ST GUILY**, les praticiens qui observent un repos de sécurité doivent néanmoins faire face à leurs obligations universitaires et académiques. Il convient, lui semble-t-il, d'examiner la possibilité de remplacer certaines gardes par des astreintes opérationnelles.

Mme MARCHAND demande si la signature d'une décharge suffit à se protéger dans le cas où une personne souhaite volontairement déroger au repos de sécurité, et s'il faut exiger un accusé de réception du chef de service ou du directeur d'hôpital lorsque la dérogation résulte de la pression de ceux-ci.

La décharge ne suffit pas, déclare **M. CHEVALIER**. Le juge étudiera l'ensemble des circonstances de fait et l'accusé de réception ne constitue pas une preuve permettant de dégager une responsabilité. Concernant la garde inactive, il rappelle que l'Etat allemand a été condamné par la Cour de justice des communautés européennes car il défalquait d'une période de garde une période d'inactivité. Un débat communautaire visant l'éventuelle révision de cette règle se tient actuellement.

Au regard de la situation de la démographie médicale, **M. CHAUSSADE** suggère à la direction générale de signaler à la tutelle que ces contraintes conduiront, selon lui, à un blocage des hôpitaux. Puisque le repos de sécurité s'applique après les gardes que le praticien ait travaillé ou non pendant celles-ci, il apparaît important de les considérer comme un temps de travail similaire aux autres plages de travail ce qui permettrait de terminer la programmation des malades non urgents et améliorerait le fonctionnement des blocs opératoires par exemple. D'autre part, il convient de renseigner les praticiens sur les dispositions qui s'appliquent lorsqu'ils travaillent au lendemain d'une garde dans un établissement privé ou public.

Observer le repos de sécurité implique un effectif au complet fait remarquer **M. GUILLEVIN** qui attire l'attention sur la carence des personnels médicaux des prisons notamment Fresnes et la Santé. Se conformer à la réglementation en vigueur nécessiterait la création immédiate d'un grand nombre de postes.

M. FAYE demandant si la demi-astreinte qui fait suite à une demi-garde constitue un temps de travail et ouvre droit au repos de sécurité, **M. CHEVALIER** répond que la jurisprudence précise que la garde doit être considérée comme un travail effectif mais il n'en déduit pas de conclusion à propos de la demi-garde et la demi-astreinte. Puis il cite les termes de la note du 6 mai 2003 pour définir l'activité : « l'ensemble des activités réalisées dans le cadre des obligations de service et prévues au tableau de service : activités de soins, activités d'intérêt général, activités libérales, activités sur plusieurs établissements, se font dans le strict respect du repos quotidien et du repos de sécurité ».

A l'adresse de **M. FAGON** qui s'interroge sur la valeur juridique des tableaux de service, **M. CHEVALIER** ajoute que la note précédemment citée prévoit leur élaboration. Dans une démarche de responsabilité pénale, le juge cherchera à savoir si le tableau de service a été correctement complété et s'il y figure une violation de la règle d'obligation du repos de sécurité.

Enfin, il indique à **Mme PALAZZO** qu'il n'existe pas de possibilité d'action récursoire au plan pénal. Le praticien ne peut se retourner contre le chef de service au motif qu'il lui aurait expressément demandé d'exercer son activité en période de repos de sécurité. Au plan civil, la faute s'apprécie à propos de la personne qui accomplit l'acte médical mais l'obligation de réparation s'impose à l'institution.

Le sujet présentement développé, commente **M. AIGRAIN**, est à l'origine de la réflexion initiée sur l'organisation des urgences chirurgicales nocturnes dont le but vise à libérer des moyens à destination de l'activité opératoire diurne.

L'administration alertera la tutelle sur les difficultés mentionnées, avise **Mme VAN LERBERGHE**. Même si des discussions se tiennent au niveau européen pour définir la notion de garde, elle estime qu'il convient néanmoins, dans un contexte où le temps de travail s'avère compté, de concevoir autrement ce dernier ; cela suppose son intensification et le changement de ses règles du jeu.

Au terme de la discussion, le **président** sollicite de **M. CHEVALIER** pour la constitution d'un texte de référence qui sera notamment diffusé sur le site Internet de la CME à destination des médecins de l'AP-HP.

VII - Point sur la démarche engagée sur les réanimations.

Le **président** introduit le sujet en précisant que dans la continuité de la réflexion engagée il y a deux ans, un groupe de travail issu de la CME et de la DPM, co-présidé par **M. RICHARD** et **M. SUDREAU**, adjoint au directeur de la DPM, a été mis en place. Ce groupe a pour mission de déterminer : le dimensionnement en lits de réanimation ou de soins intensifs et en lits de surveillance continue pour chaque hôpital et chaque service concerné ; la qualification de ces différentes activités au vu de la nature de la prise en charge médicale ; l'organisation de la prise en charge avec des propositions de regroupement des unités et de mutualisation des ressources.

En propos liminaire, **M. RICHARD** rappelle que l'activité de réanimation concerne autant l'activité programmée que celle d'urgence et qu'il existe dans ses structures une grande activité de recherche clinique.

Il indique que s'agissant de la réanimation chirurgicale, les aspirations légitimes des chirurgiens et des anesthésistes – réanimateurs devront être entendues à l'occasion de la réflexion engagée à propos des restructurations. L'intervenant souligne par ailleurs le rôle central du personnel soignant dans le fonctionnement des services de réanimation. Ainsi lors de la détermination de l'effectif d'un service de réanimation il convient de prendre en compte outre les compétences techniques, le lien observé entre les risques d'infections nosocomiales et la densité en personnel ; d'autre part, il est nécessaire de prévoir du temps pour le personnel soignant mis en présence du difficile problème de la fin de vie.

L'orateur dégage ensuite les grandes lignes de la note d'orientation relative à la mise en conformité des activités de réanimation (cf. document transmis aux membres de la CME).

M. RICHARD présente d'abord les définitions de la réanimation médicale et chirurgicale, la surveillance continue et les soins intensifs et décrit le cadre réglementaire fixé par les décrets du 5 avril 2002 portant notamment sur la permanence et la qualification médicales, sur les ratios en personnel non-médical, et détaille les enjeux majeurs relatifs à la qualité de la prise en charge et au financement des activités de réanimation.

Après avoir expliqué la méthodologie adoptée, M. RICHARD décline les premiers résultats relatifs à l'état des lieux des lits et aux perspectives de leur répartition.

Après cet exposé, le **président** donne la parole aux intervenants.

M. SCHLEMMER évoque certains points qui ont fait l'objet de discussions au sein de la collégiale de réanimation médicale.

Si les unités de surveillance continue répondent en effet à une évolution des besoins médicaux qui justifie la hausse du nombre de leurs lits, en revanche, ne pas augmenter le nombre actuel global de lits de réanimation et de surveillance continue (environ sept cent cinquante lits) indique qu'on ne tient pas compte de l'accroissement des besoins de prise en charge des malades. Le nombre prévu de lits de surveillance continue paraît en outre peut-être sous-dimensionné au regard de l'évolution pressentie du profil des patients (le vieillissement, le développement du cancer et des thérapeutiques lourdes...).

Le projet présenté menace de provoquer une densification de l'activité de réanimation et de la charge en soins dans les lits de réanimation lourde. On peut s'interroger dès lors sur la validité du ratio de deux infirmiers pour cinq lits de réanimation fixé par le décret sur la base de la situation actuelle et non de la situation future. Dans les pays où les lits de réanimation sont effectivement dévolus à la prise en charge de patients lourds, atteints de défaillances multiples, on compte un infirmier par lit de réanimation. Il est ainsi souhaitable que l'AP-HP élabore un projet qui ne soit pas caduc dans cinq ou dix ans.

Enfin, pour M. SCHLEMMER la déclinaison locale de ce plan d'ensemble devra être nuancée sur le terrain, en fonction des activités et des besoins de chaque hôpital.

M. CORIAT pose une série de questions : quel groupe de travail analysera les propositions émanant des hôpitaux ; le groupe des structures validera-t-il les fiches de missions et structure de mise aux normes des réanimations ; les lits de réanimation seront-ils rentables pour les hôpitaux.

M. PATERON demande si l'application des principes énoncés risque de remettre en cause l'existence sur un hôpital d'une seule structure de réanimation et si une réflexion commune à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et aux départements est en cours.

Pour sa part **M. CHAUSSADE** suggère de déterminer, à l'instar des unités de réanimation, le ratio du personnel non-médical par patient, pour les unités de soins intensifs et de surveillance continue. Il s'interroge sur le nombre de services de réanimation à l'AP-HP à mettre aux normes architecturales et sur le coût de ces opérations.

M. DASSIER souhaite connaître le nombre de lits à la charge d'un praticien hospitalier par nuit et les conclusions de la démarche pragmatique conduite sur l'organisation des activités de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie, mentionnée dans le document. **M. DECQ** voudrait aussi des précisions sur les démarches relatives à la réanimation neurochirurgicale, s'étonne de l'absence de neurochirurgien dans ce comité « réanimation » et il souligne la demande de la discipline à participer à ces travaux.

De l'évolution du nombre de lits de réanimation dans les structures privées dépendra le calibrage des lits à l'AP-HP, remarque **M. FAGON** qui s'intéresse en outre à l'impact de la réorganisation sur le personnel médical et signale qu'aujourd'hui certaines structures se trouvent dans l'incapacité d'assurer correctement la permanence des soins. De plus, il conviendrait de tester la viabilité de secteurs regroupés de surveillance continue car on manque d'expérience en ce domaine et il apparaît que peu fonctionnent de manière satisfaisante.

La tarification à l'activité (T2A) ne valorise pas le travail des anesthésistes réanimateurs rappelle **M. CARLI**, en particulier dans les unités de réanimation chirurgicale dont l'activité est souvent dirigée par l'acte chirurgical. Cela pourrait induire une réduction des moyens alloués à la réanimation et risquer de pénaliser la production de ces unités.

Il évoque aussi la réduction en cours de l'offre de soins en Ile de France, laquelle déplace les patients des petites structures de réanimation qui ferment vers celles de l'AP-HP. Il s'interroge sur la marge d'adaptabilité de l'institution en période, notamment hivernale, de fort recrutement en réanimation. La médicalisation des soins continus constituera alors un problème accentué le cas échéant par une dispersion dans l'hôpital de ces structures.

Le **président** souhaite connaître la répartition des sept cent cinquante lits entre la réanimation chirurgicale et médicale et si une réflexion est engagée sur les réanimations médico-chirurgicales.

M. RICHARD ne dispose pas d'information sur cette répartition. Il précise que le groupe de travail comprend une représentation médicale et chirurgicale et qu'une représentation neurochirurgicale est prévue dans le futur. Sa mission concerne surtout la mise en adéquation avec le décret qui exclut la réanimation neurochirurgicale et de chirurgie cardiaque. Néanmoins, par souci de pragmatisme ces deux activités sont incluses dans la réflexion.

M. SUDREAU indique que les fiches de missions et structure issues des recommandations du groupe de travail suivront la procédure d'instruction ordinaire. S'agissant de la convergence des démarches entre l'AP-HP et l'ARH, des experts de la première ont été associés aux travaux de la seconde et la dimension régionale a été prise en compte dans les réflexions de l'institution à propos de la maîtrise de l'offre de soins globale. L'ARH partage d'ailleurs la position de l'AP-HP sur le maintien du volume de l'offre globale plaçant l'Ile de France dans une moyenne haute par rapport au territoire français. Quant à l'évolution potentielle de l'environnement hors AP-HP, des marges de sécurité ont été instaurées au sein de l'institution afin d'y pallier.

Les ratios de personnel non-médical sur les lits de surveillance continue, précise **M. SUDREAU**, sont en cours d'examen au niveau du ministère. Selon les hypothèses de dimensionnement envisagées pour les lits de réanimation et de surveillance continue, la fourchette des créations d'emplois varie entre cent vingt et deux cents. Les études financières des coûts de mise aux normes architecturales sont engagées par les sites concernés.

L'offre de soins, une des préoccupations du groupe de travail, intervient **M. RICHARD**, est évaluée sur l'existant. Il insiste sur le fait que le dimensionnement des unités de soins continus pourrait pâtir des fermetures de lits par manque de personnel soignant qui ne figureraient pas dans le dossier.

Il convient de réfléchir sur le fonctionnement de ces unités. En effet, on observe d'une part des services de réanimation d'une taille critique suffisante assurant une activité de soins continus, d'autre part, des services de petite taille dédiés à 90 % à une activité de réanimation et au dimensionnement peut-être insuffisant en soins continus pour lesquels il faudra sans doute créer des lits supplémentaires.

Pour la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque, le groupe de travail a privilégié une démarche d'échanges avec les hôpitaux qui devront réagir aux indications qu'ils reçoivent.

Concernant le fonctionnement des réanimations en matière d'effectifs médicaux et de lits, M. RICHARD déclare que lorsque la masse critique n'est pas atteinte par la réanimation médicale ou la réanimation chirurgicale ou les deux structures, le principe d'une réanimation médico-chirurgicale s'impose. Par ailleurs, il exprime son inquiétude du fait qu'un réanimateur puisse prendre en charge vingt lits de réanimation et une unité de soins continus puisque le décret ne prévoit la présence de deux réanimateurs qu'au-delà de vingt lits de réanimation. Il convient donc de mettre en exergue le problème des effectifs médicaux, les praticiens devant assurer notamment la permanence des soins et la garde et donc être en effectifs suffisants.

L'AP-HP doit s'adapter aux nouvelles normes fixées par le décret dans le dessein d'améliorer le service rendu aux patients, remarque M. HOUSSIN. Le travail de mesure de l'activité constitue à ce titre un indice appréciable.

Ce plan requiert la mobilisation de huit millions d'euros en exploitation soit 10 % de l'effort financier à consacrer à la réalisation des priorités de l'ensemble de la proposition de plan stratégique.

Le **président** souligne la qualité remarquable de la démarche engagée et précise qu'une présentation des orientations retenues sera à l'ordre du jour de la réunion de la CME de mars 2005.

VIII - Révision des effectifs pour l'année 2005 : examen des postes vacants de praticiens hospitaliers.

M. ANTONINI fait savoir que les décisions arrêtées au cours de la séance seront transmises aux hôpitaux concernés aux fins d'éventuelles observations de leur part. Puis il procède à la lecture du dossier (annexé au compte-rendu).

Certaines propositions font l'objet de remarques.

Les emprunts d'emploi.

MM. CORIAT et CARLI signalent les engagements de l'anesthésie qui consistent en la poursuite du prêt de cinq postes et en un mouvement de redéploiements internes à la discipline depuis des sites considérés mieux dotés vers ceux qui le sont moins.

Les emplois de praticiens hospitaliers vacants.

En chirurgie, le dossier du candidat pressenti sur le poste de chirurgie générale et thoracique à l'Hôtel Dieu – La Collégiale doit faire l'objet d'un examen par la discipline. M. FAYE suggère d'étudier la candidature au sein du groupe du personnel médical et ajoute que la proposition serait le maintien du poste.

M. CARLI explique que le poste de chirurgie cardiaque pédiatrique à l'hôpital Necker-Enfants Malades créé en 2003 par autofinancement n'a jamais été occupé. L'hôpital estimant pouvoir abonder le plan équilibre par le rendu budgétaire de postes vacants, il pense que la masse financière de ce poste se trouve d'ores et déjà engagée.

A l'occasion de l'examen de ce poste, l'intervenant évoque la nécessité de définir clairement la notion de contribution des établissements au plan équilibre en matière d'effectifs. A ce titre, il leur est demandé de réaliser des économies sur tous les postes notamment sur ceux médico-techniques or, dans le même temps, on leur annonce que le plan équilibre n'affecte aucun poste médical ou chirurgical.

Pour l'heure, note **M. ANTONINI**, l'hôpital n'a pas signalé à la DPM le redéploiement d'un poste de praticien hospitalier. Selon **M. GUILLEVIN**, le poste n'a aucune raison d'entrer dans le plan équilibre ; en l'absence de candidat, il doit être redéployé et réutilisé au sein de l'hôpital qui l'a financé.

A son tour **M. FAGON** déclare que la plupart des établissements ont rendu des gardes, des astreintes et des demi-journées pour alimenter le plan équilibre. Il met en exergue le fait que lors de la disparition d'une activité sur un site, les emplois afférents sont versés au plan équilibre de l'hôpital mais si ceux-ci partent vers un autre hôpital de l'AP-HP, le plan équilibre au niveau de l'institution n'en bénéficie pas. La poursuite dans la voie d'une restitution de tous les postes vacants ferait disparaître les marges de manoeuvre de la CME dans le processus de la révision des effectifs, déclare-t-il.

La DPM se rapprochera de l'hôpital Necker – Enfants Malades pour obtenir l'historique de ce poste conclut **M. ANTONINI**. Il précise que les hôpitaux peuvent au même titre que pour tout autre poste de dépenses, formuler des propositions concernant les crédits de personnel médical. La question des emplois de praticiens hospitaliers soulève toutefois des problèmes spécifiques compte tenu de la structure des emplois de l'AP-HP, où la part des postes de praticiens hospitaliers est inférieure à la moyenne des CHU et des difficultés, qui iront croissantes, pour attirer et fidéliser des praticiens sur des statuts contractuels.

En médecine générale et gériatrique, **M. PIETTE** mentionne la réticence de la communauté médicale de l'hôpital Emile Roux à la proposition de prêter l'emploi de gérontologie. Le départ du chef de service n'a pas été annoncé et la vacance de l'emploi n'a pas été publiée alors que le service comprend plus de quatre cents lits à la charge actuellement d'un chef de service par intérim. La communauté médicale gériatrique considère urgent de publier le poste et recruter un médecin.

Vacant depuis fin 2003, l'hôpital n'a, à ce jour, proposé aucune candidature sur le poste de chef de service observe **M. ANTONINI** qui précise que la proposition vise, non à remettre en cause l'emploi, mais à le déplacer pendant un an.

Mme DEBRAY-MEIGNAN considère qu'il appartient à l'hôpital de choisir, parmi les deux emplois concernés par la vacance d'une chefferie de service, lequel fera l'objet d'un redéploiement temporaire et lequel sera mis au recrutement.

Le **vice-président** insiste sur la vigilance qu'il convient d'exercer dans le cadre de financements d'activités ciblées afin de se tenir prêt à formuler, selon les échéances, les demandes d'emplois de praticiens hospitaliers s'y rapportant. Il pense notamment à la cancérologie, non seulement pour les disciplines d'oncologie médicale ou de radiothérapie, mais aussi les spécialités d'organe à exercice carcinologique médicales ou chirurgicales, l'anatomopathologie et les soins de soutien.

Au terme de l'examen de l'ensemble du dossier, le **président** constate le redéploiement de 24 emplois contre près de 30 l'an dernier.

IX - Information sur la prolongation d'activité des personnels médicaux.

M. ANTONINI informe l'instance des conséquences de la prolongation d'activité des personnels médicaux.

Les personnels hospitalo-universitaires.

Dans le cadre de la loi portant réforme des retraites des fonctionnaires, les PU-PH et les MCU-PH peuvent obtenir une prolongation d'activité s'ils ne disposent pas des cent cinquante quatre trimestres soit 37,5 annuités (la loi prévoit une augmentation progressive jusqu'à 40 annuités) ouvrant droit à ce jour à une retraite à taux plein. Cette possibilité ne constitue pas un droit, elle est subordonnée à l'intérêt du service puisque, après l'avis pris auprès du doyen et du directeur général du CHU, les ministres de tutelle peuvent ne pas prononcer la prolongation d'activité.

La juxtaposition des divers droits à prolongation d'activité pourrait dans certains cas aboutir, si aucune limite aux règles de cumul n'était posée, à une possibilité de maintien en fonction des PU-PH à 73,5 ans. Le ministère de l'éducation nationale étudie actuellement les solutions juridiques permettant de plafonner ces droits à prolongation.

L'éventualité d'une règle de non cumul entre la prolongation d'activité et la fonction de chef de service évoquée avant l'été, ne semble plus pour sa part, d'actualité.

L'orateur rappelle que les PU-PH inscrits en surnombre universitaire cotisent au titre de la retraite sans en tirer bénéfice à ce jour, pour le calcul des annuités. La prise en compte de ces périodes dans le calcul des droits à pension ainsi qu'un plafonnement à trois ans des possibilités de prolongation sont évoqués.

L'application de ces nouvelles dispositions soulève un certain nombre de difficultés. S'agissant de l'impact sur la programmation des nominations, l'effet demeure modéré pour l'année 2005 car moins de 10 % des PU-PH et des MCU-PH souhaitent prolonger leur activité ; l'effet s'amplifiera et pourrait atteindre environ 25 % d'une classe d'âge à mesure de la progression du nombre d'annuités exigées. Dès lors, l'institution sera amenée à gérer la situation des praticiens en voie d'accéder à une carrière hospitalo-universitaire.

Il s'agira donc, dans le cadre de l'examen de la révision des effectifs, d'intégrer la situation de ces personnes. Par ailleurs, la CME pourrait se saisir au cas par cas de la question du renouvellement des praticiens sur les fonctions de chef de service.

Les personnels hospitaliers.

Concernant les praticiens hospitaliers, la loi du 9 août 2004 qui s'attache à apporter une réponse partielle au problème de la démographie médicale, introduit la possibilité de prolonger l'activité au-delà de la limite d'âge de trente six mois maximum, sous réserve d'aptitude médicale, mais sans condition du nombre d'années de cotisation. Tout praticien atteignant la date théorique de départ à la retraite peut solliciter cette prolongation. Ce dispositif, rétroactif au 1^{er} janvier 2004, est subordonné à la parution, probablement au début de l'année 2005, de décrets d'application. Sa mise en oeuvre s'avèrera difficile à gérer.

Au niveau de l'AP-HP, cette nouvelle législation affecte la gestion prévisionnelle des emplois et la conduite des redéploiements d'emplois, observe M. ANTONINI. Ainsi la CME est amenée à se prononcer sur le redéploiement de postes alors que des incertitudes pèsent sur le maintien en fonction ou non des praticiens concernés. Il convient de réfléchir aux solutions d'attente qui pourraient être proposées à ces praticiens.

Par ailleurs, il faudra d'une part évoquer la problématique de l'adaptation des postes et des organisations (la permanence des soins, le poids des gardes...) à un personnel médical plus âgé, d'autre part, réfléchir à des évolutions au cours de la carrière pour les disciplines à forte pénibilité.

Le **président** souligne l'intérêt que la CME doit accorder à la politique de recrutement.

M. LE MONNIER regrette la ligne adoptée pour pallier à la démographie médicale défavorable qui consiste à prolonger l'activité des praticiens anciens plutôt qu'à promouvoir le recrutement à l'hôpital des jeunes médecins qui s'appêtent à rejoindre le secteur privé.

Mme MARCHAND s'inquiète du devenir des praticiens en attente de poste et lauréats du concours de praticien hospitalier dont la validité arrive à son terme, lorsque leurs chefs de service prolongent leur activité. Le **président** ajoute que ce problème majeur se rencontre également pour le personnel hospitalo-universitaire.

M. ANTONINI confirme à M. CARLI la non publication des décrets. Un enjeu important des discussions sera l'existence ou non d'une latitude laissée aux établissements dans l'appréciation de l'intérêt du service concernant une prolongation notamment dans des contextes de réorganisation des activités. **M. CARLI** estime qu'il convient d'informer les tutelles des obstacles afin d'éviter qu'elles rédigent un texte difficilement applicable et non favorable à l'organisation des hôpitaux.

Pour prévenir une situation ingérable, **M. GUILLEVIN** pense inopportun lors de la prochaine révision des effectifs de promouvoir les candidats à un poste dont on ne sait s'il sera libéré par un départ en retraite. Si le poste devenait toutefois vacant, il serait pourvu par un médecin recruté sous contrat ou à titre provisoire puis régularisé l'année suivante.

X - Questions diverses.

- Le salon infirmier.

Faisant référence au salon infirmier qui s'est tenu début novembre, **Mme BRESSAND** remercie le corps médical pour avoir favorisé la participation des infirmiers et des cadres infirmiers à cette manifestation professionnelle et souligne la présence sur les stands de l'AP-HP du Pr CASTAING, du Dr MEYNIEL et des Prs REGNIER et WASSERMANN pour avoir participé à la campagne de recrutement.

Cette dernière se déroule conformément aux attentes de la directrice générale, en termes du nombre d'appels reçus par la plate-forme téléphonique et du nombre de recrutements envisagés.

Mme BRESSAND compte sur le concours de la communauté médicale.

- L'anesthésie réanimation de l'hôpital Georges Pompidou.

M. DRU fait connaître que la communauté des anesthésistes réanimateurs de l'hôpital Georges Pompidou s'est prononcée à 84 % des voix, contre le projet local d'intégrer cette discipline au sein d'un pôle dont la justification et les objectifs ne lui semblaient pas appropriés. Elle a formulé des contre-propositions qui respectent l'investissement de la discipline au sein du site.

L'orateur rappelle les maîtres mots d'une élaboration sereine des pôles : la cohérence du projet médical, le volontariat des acteurs de santé, le dialogue et la transparence. Le syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs sera particulièrement vigilant à l'évolution de la constitution des pôles au sein de l'AP-HP.

Aucune décision définitive n'est prise, intervient **M. FAGON**, à propos de la place du service d'anesthésie – réanimation dans la nouvelle architecture des pôles de l'hôpital Georges Pompidou. Après une large consultation, le CCM proposera cet après-midi la non-intégration de ce service dans le pôle urgence-réseaux, les pôles ne pouvant se construire contre la volonté des praticiens des services constituants.

- Indemnités de garde des praticiens hospitaliers.

M. FAYE fait observer à l'assemblée l'existence d'importantes disparités en matière d'indemnités de garde des praticiens hospitaliers. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2005, le chef de clinique-assistant percevra quatre cent cinquante euros d'indemnité de garde contre deux cent cinquante euros pour le praticien hospitalier pour le même travail. Ceci va à l'encontre d'une part, d'une amélioration de la situation défavorable de la démographie médicale caractérisée notamment par des difficultés pour attirer, fidéliser et impliquer les chirurgiens formés au sein de l'institution, d'autre part, du respect de la hiérarchie des diplômes instaurée dans la fonction publique. Aussi, le syndicat des chirurgiens demande l'ouverture d'une réflexion afin d'obtenir le versement aux praticiens hospitaliers d'une indemnisation au moins égale à celle perçue par les CCA.

La réglementation prévoit, rectifie **M. DASSIER**, que les CCA bénéficient d'une indemnité correspondant à des plages additionnelles tandis que les gardes sont incluses dans le temps de travail des praticiens hospitaliers.

La situation s'avère donc particulièrement claire et respectueuse de la dignité et des diplômes de chacun.

Au final, **M. FAYE** sollicite la revalorisation de l'indemnité de sujétion.

- L'enseignement médical dispensé en IFSI.

Les instituts de formation en soins infirmiers sollicitent les services cliniques pour la dispensation d'un enseignement médical sur leurs sites. Non-professionnalisés, ces cours assurés par des internes, des CCA ou des médecins titulaires relèvent de longue date d'un accord gracieux non-formalisé entre les services cliniques et les IFSI. Or, dans le contexte actuel de productivité et de comptabilité de l'ensemble des activités médicales, **M. LACAU ST GUILY** interroge l'administration sur la manière dont elle envisage inscrire ce temps médical dans l'activité médicale.

Mme BRESSAND soutient ce propos qui intéresse également le corps infirmier, dispensateur de cours en IFSI. Non comptabilisé, le temps consacré à la fois à ces cours et à l'accueil et à l'évaluation des stagiaires se trouve décompté du temps de soins consacré aux malades et à leurs proches.

Les praticiens attachés donnent aussi des cours en IFSI ajoute **Mme MARCHAND**.

Pour **M. HOUSSIN**, il convient de produire des efforts en terme d'organisation afin de mieux répartir entre les services la charge que représente cet enseignement. D'autre part, il faudrait en effet agir pour inscrire dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation le temps dévolu à ce type de formation.

M. RICHARD pense que la communauté médicale doit accomplir un travail afin d'améliorer la qualité des enseignements dispensés.

Le **président** demande une information plus complète par l'administration sur ce sujet dans une prochaine réunion de la CME.

- La stratégie de l'AP-HP en matière d'activité.

Pour aider les personnels à la compréhension de la stratégie adoptée par l'AP-HP en matière d'activité, **M. CHAUSSADE** considère utile que l'administration fournisse des précisions. Conformément aux incitations, les hôpitaux s'emploient à accroître leur activité tandis qu'en raison des incidences du plan équilibre sur les effectifs, certains secteurs se trouveront dans l'incapacité de répondre à une forte augmentation d'activité.

M. HOUSSIN rappelle que l'AP-HP s'est engagée à retrouver son équilibre financier. Les efforts portent sur les fonctions supports et les plateaux techniques, essentiellement en biologie, les activités cliniques étant épargnées. Les hôpitaux appliquent de façon convenable ce cadre général. La situation évolue dans la bonne direction puisque les objectifs de la première année d'application du plan sont en passe d'être atteints. A présent, l'élaboration du plan stratégique ouvre une phase à plus longue portée qui nécessite le maintien de l'équilibre. Il est apparu que l'AP-HP peut développer de nouveaux projets en renforçant son activité. En 2004, l'activité de l'AP-HP a progressé et on espère la poursuite de cette augmentation, certes de manière variable selon les hôpitaux.

L'administration doit se montrer attentive sur deux points : assurer les moyens de fonctionner aux services développant leur activité et remplir les missions de service public en évitant de se centrer sur des activités trop sélectives.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 45.

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

Mardi 14 décembre 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} décembre 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.