

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 11 JANVIER 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 8 FEVRIER 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 11 janvier 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Organisation de la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP.
- 2- Point d'information sur les centres d'investigations biomédicales (CIB).
- 3- Les aspects saillants de la proposition de plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP.
- 4- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 5- Avis sur un contrat d'activité libérale.
- 6- Information sur la désignation d'un responsable d'unité fonctionnelle.
- 7- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 décembre 2004.
- 8- Question diverse.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis les candidatures des internes à un stage inter-région pour le semestre de mai à novembre 2005.

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des changements d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel, à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chefs de service à plein temps, hors CHU, 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,
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - 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,
 - 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,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Pr GAULTIER, CIC hôpital Robert Debré, déléguée GHU,
 - M. le Pr NAVARRO, président du CEDIT, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en présentant à l'assemblée ses vœux pour l'année 2005 ; il souhaite en particulier une commission médicale d'établissement dynamique et réactive notamment en raison de l'élaboration du futur plan stratégique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

Puis le président évoque les comptes rendus des réunions de l'instance qui témoignent non seulement des travaux qu'elle réalise mais également des débats issus de ceux-ci. Prochainement consultables sur le futur site Internet de la CME, ces comptes rendus appellent une traduction précise des séances. A ce titre, il demande à l'assemblée de répondre dans les quarante huit heures à partir de sa réception, au projet de compte rendu qui est transmis à chaque intervenant, faute de quoi, les remarques éventuelles ne pourront être enregistrées avant la mise à l'approbation du compte-rendu lors de la séance suivante.

Il excuse ensuite Mme BAUWENS et MM. FONSART, LEGRAND, LEVERGE, RYMER et VACHER avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Organisation de la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP.

M. NAVARRO expose les conclusions d'une étude initiée à l'occasion d'une expertise du comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) sur les anneaux gastriques dans le cadre de la lutte contre l'obésité morbide (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé).

Il rappelle d'abord les données épidémiologiques de l'obésité en France et en Ile de France, puis il décline la répartition par groupement hospitalier universitaire (GHU) de l'activité de chirurgie bariatrique avant de formuler les recommandations du CEDIT :

- un appel à projets d'organisation de la prise en charge cohérente de l'obésité à l'AP-HP ;
- la définition et l'élaboration d'un cahier des charges en vue de la labellisation des centres référents.

Deux sous-groupes d'experts ont été constitués, l'un dédié à la pédiatrie et l'autre aux adultes.

L'orateur précise ensuite les missions d'un centre de référence, cite les structures référentes et les disciplines intéressées, énonce la composition et le rôle des équipes médico-chirurgicales et évoque le cas particulier des adolescents.

Il mentionne les équipements utiles aux hôpitaux et aux centres de référence, les équipements lourds à mutualiser au niveau de l'AP-HP et le montant des investissements nécessaires à l'acquisition des équipements.

En conclusion, M. NAVARRO propose l'élaboration d'une organisation labellisée et coordonnée à l'échelon de l'institution, le développement d'une démarche d'assurance qualité sur la prise en charge des patients et le développement potentiel à l'AP-HP des actes de chirurgie bariatrique, soit 1 400 interventions par an de ce type.

Le **président** ouvre la discussion en insistant sur la dimension multidisciplinaire de la prise en charge, il évoque le rôle des centres du sommeil dans la prévention des accidents de la route liés à la somnolence des personnes obèses.

L'institution de centres labellisés contribuera, selon **Mme DEGOS**, à améliorer la qualité des soins dispensés à l'AP-HP et constituera un élément déterminant dans la concurrence notoire dans ce domaine du secteur privé pour lequel elle souhaite connaître les données d'activité en Ile de France.

Le secteur privé pratique 65 % de l'activité bariatrique, déclare **M. NAVARRO** mais dans des conditions discutables en regard des règles édictées par les sociétés savantes.

Puis à l'adresse de **M. CHAUSSADE** qui s'interroge sur l'impact du coût des ballons sur le développement de la chirurgie bariatrique à l'AP-HP, il signale la relative intégration du coût des ballons dans les groupes homogènes de séjour ; dans la mesure où ils supposent un investissement supérieur à mille euros, le jury du « progrès médical » du CEDIT suggère l'instauration d'une aide financière pour couvrir ces dépenses.

Dans le cadre des troubles du sommeil et des apnées obstructives survenant au cours du sommeil des obèses, **M. DUSSAULE** estime que les centres labellisés devront insister davantage sur les explorations des troubles du sommeil que sur les explorations fonctionnelles respiratoires classiques. En outre, il souligne l'importance de la prévention de l'obésité par l'activité physique que l'hôpital Louis Mourier a d'ailleurs réhabilité au profit des adultes souffrant d'obésité mais qui s'applique aussi aux obésités de l'enfant.

M. RICHARD attire l'attention sur le phénomène social qui caractérise l'obésité pour un certain nombre de patients déshérités, à l'accès aux soins non systématisé. Il plaide pour renforcer la prise en charge de ces patients au lieu de développer de manière anarchique la chirurgie bariatrique. Eu égard à la position hospitalo-universitaire de l'AP-HP, il lui semble nécessaire de stimuler les services épidémiologiques et de santé publique de celle-ci, sur ce sujet important. Par ailleurs, il signale l'accès difficile aux appareils d'imagerie et d'explorations radiologiques dédiés aux obèses ; il convient donc d'organiser cet accès car trop de patients pâtissent de cette situation.

Outre la chirurgie, observe **M. NAVARRO**, la mission des centres labellisés porte à la fois sur l'épidémiologie, l'éducation et la prévention.

Du point de vue de **M. NORDLINGER**, l'AP-HP doit atteindre un équilibre entre l'abandon au secteur privé des pathologies liées à l'obésité et le fait d'accorder à celles-ci une priorité préjudiciable aux autres pathologies. A ce titre, le projet de création des centres labellisés lui paraît apporter une réponse satisfaisante en inscrivant l'action de l'AP-HP dans un domaine d'activité concurrentiel.

L'équipe chirurgicale avec laquelle **M. FAYE** collabore à l'hôpital Européen Georges Pompidou réalise à elle seule 43 % des interventions pratiquées à l'AP-HP et utilise les trois techniques : anneau gastrique, partition gastrique et by-pass. A ce titre, il insiste sur le fait qu'une prise en charge pluridisciplinaire est l'élément clé de la qualité des soins et des résultats pour ces patients. Il souligne de plus l'impact positif que la maîtrise de ces techniques chirurgicales cœlioscopies apporte dans la prise en charge des patients au plan de l'anesthésie et de la réanimation et au développement de la cœliochirurgie pour d'autres pathologies digestives.

Par ailleurs, il souhaite connaître l'avenir des structures chirurgicales ayant une faible activité opératoire (une trentaine de patients par an), limitée à une ou deux des trois techniques, mais qui sont adossées à des structures médicales et paramédicales de référence dans la prise en charge des patients obèses.

Mme DEBRAY-MEIGNAN évoque le cas des obèses, jeunes ou âgés, nécessitant une admission en service de soins de suite car dans l'impossibilité de retourner à leur domicile. Leur prise en charge exige une structure spécifique et il conviendrait de réfléchir à sa création même si le nombre de ces patients n'excède pas quarante en Ile de France.

L'augmentation considérable de cette population obèse risque à terme, de l'avis de **M. NAVARRO**, de soulever des problèmes de traitement et d'accueil dans les services gériatriques. Il faudra donc envisager des moyens spécifiques. Quant aux rapports entre les équipes chirurgicales et les équipes référentes, la réflexion menée par les uns pourra bénéficier aux autres.

II - Point d'information sur les centres d'investigations biomédicales (CIB).

La parole est donnée à **Mme GAULTIER** pour présenter le dossier relatif aux centres d'investigations biomédicales (cf. document installé sur le site Internet sécurisé et remis sur table).

Elle évoque d'abord la justification de la création des CIB prévue dans le courant de ce mois. Ces centres se définissent comme des structures fédératives d'unités d'investigations biomédicales identifiées et évaluées par leurs activités d'innovation et de recherche concernant des services médico-techniques d'un hôpital ou d'un GHU.

L'oratrice explique le processus d'appel d'offres lancé aux hôpitaux par la direction de la politique médicale, les modalités d'évaluation des projets et les critères déterminés pour la classification de ceux-ci en trois catégories : A- dossier accepté, B- dossier accepté sous réserve et C- dossier refusé. Mme GAULTIER annonce que sur les neuf réponses recueillies huit dossiers ont été acceptés, dont un avec réserves.

Elle décline pour chaque CIB le titre, le nom du coordinateur, les établissements concernés, les thématiques et les partenariats.

Mme GAULTIER livre ensuite les réflexions du comité d'évaluation sur la mise en oeuvre de ces centres en termes de moyens humains et financiers affectés aux unités d'investigations biomédicales, de soutiens nécessaires, de modalités de suivi. Les perspectives évoquées pour ces structures sont l'application des recherches aux actes médicaux et chirurgicaux, la valorisation du secteur biomédical et une ouverture aux partenariats.

En dernier lieu, Mme GAULTIER rappelle que la recherche clinique à l'AP-HP existe réellement à travers les services cliniques, les services médico-techniques et les instituts fédératifs de recherche (IFR). Les outils dédiés à la recherche concernent les unités de recherche clinique (URC), les centres d'investigations cliniques (CIC), les centres d'investigations biomédicales et les centres de ressources biologiques (CRB). La création de départements de la recherche clinique permettrait l'évolution et l'amélioration de ces outils.

Au terme de l'exposé, le **président** ouvre le débat.

M. WEILL exprime l'indignation et la déception des communautés médicales des hôpitaux Cochin et Hôtel Dieu en raison du rejet de leur projet de CIB et de la manière qui a prévalu à ce classement.

Il relate l'histoire des faits. Il semblait opportun à l'hôpital Cochin de constituer un CIB avec l'hôpital Européen Georges Pompidou mais ce dernier n'a pas souhaité cette association. En Juillet 2004, l'hôpital Cochin a présenté un projet à un comité qui a recommandé la fusion de ce projet avec celui de l'Hôtel-Dieu. Le 15 novembre 2005, les chargées de coordination du projet commun ont soutenu leur projet devant le comité d'évaluation. Le président du comité a indiqué que les rapports extérieurs étaient favorables. Des critiques ont été émises quant à l'opportunité de la fusion avec l'Hôtel-Dieu. Le comité d'évaluation a transmis au conseil scientifique un rejet du dossier classé "C".

Les recommandations du conseil scientifique, informé de l'avis rendu sur ce projet ont été : l'intégration de la partie adultes au CIB de l'hôpital Européen Georges Pompidou et de la partie pédiatrique au CIB de Necker-Enfants malades. Ces recommandations ne peuvent être appliquées à cause du refus persistant de l'hôpital Européen Georges Pompidou et parce que le projet Cochin – Hôtel-Dieu ne comporte pas de volet pédiatrique. Par conséquent, les communautés médicales concernées contestent ce classement aux motifs du silence fait sur les rapports, du traitement inacceptable réservé à l'un des établissements du GHU ouest, du préjudice financier occasionné à la recherche médicale de ces deux sites qui ne peuvent, de ce fait, bénéficier de l'enveloppe « progrès médical ». Ces derniers demandent la publication des rapports, sont disposés à répondre aux critiques qu'ils contiennent et corrigeront le projet.

M. GUILLEVIN ne comprend pas la raison de ce refus au regard de la qualité du dossier. L'ensemble hospitalo-universitaire de l'hôpital Cochin est important, il comporte une unité de recherche clinique et un certain nombre de projets de programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) s'y déroulent. Le rejet doit être rapporté, les critiques éventuelles émises ne sont pas connues des demandeurs et cette opacité n'est pas normale. Le projet peut faire l'objet d'un amendement et être amélioré si nécessaire car la décision de refus risque de fragiliser la recherche menée à l'hôpital Cochin notamment par le centre de référence des maladies rares dont le label lui a été accordé l'an dernier.

Pour **M. MADELENAT** il conviendrait peut-être de mettre en oeuvre une logique transversale aux GHU de façon à rassembler au sein des CIB des personnes travaillant sur la même thématique. En outre, le projet de création des CIB ne peut aboutir concrètement qu'avec des moyens dévolus dont on n'a pas la certitude de disposer. Par ailleurs, à la lecture du projet, les centres de ressources biologiques lui semblent dépendre parfois des CIB et parfois des CIC. Aussi, le groupe des structures suggère l'application d'une politique cohérente et globale sur ce point.

M. BERNAUDIN salue la structuration transversale par thème opérée pour les deux CIB du GHU nord mais regrette qu'en raison d'une confusion initiale sur le contenu des CIB, elle n'ait pas été appliquée aux autres centres. Il informe qu'une démarche de redéfinition de la configuration des CIB a été engagée ; il convient donc de proposer un moratoire et de réviser l'avis rendu.

L'intervenant mentionne ensuite les craintes qui s'exprimaient au sujet de l'avenir de la biologie notamment au plan budgétaire. L'appréhension étant enfin levée, il attend l'assurance de la part de la direction générale que cette activité constitue un des aspects importants de la politique globale de l'AP-HP.

M. PATERON signale l'absence de l'hôpital Jean Verdier dans le document remis à l'assemblée alors que Mme GAULTIER l'a cité dans son exposé et demande l'intégration de cet hôpital dans les documents à venir.

La commission université de la CME, déclare **M. NORDLINGER**, s'est réunie pour statuer sur les attributions respectives des différentes instances de l'AP-HP impliquées dans la politique de recherche. Selon lui, certaines personnes qui ont formulé une demande de création de CIB, semblent n'avoir pas compris la finalité de la démarche. Aussi, la commission université souhaite-t-elle que les orientations en matière de recherche et en particulier la question des CIB soient validées par la CME. L'orateur requiert une discussion au cours d'une prochaine réunion de la CME sur le rôle des différentes instances de l'AP-HP dans l'organisation de la recherche notamment sur l'articulation du travail de la CME, de la commission université, du conseil scientifique, du comité de pilotage, de la DPM et du département de la recherche clinique et du développement.

Le **président** informe que ce point est prévu à l'ordre du jour d'une prochaine séance de la CME et ajoute qu'il souhaite une prise de position officielle de l'instance pour la demande des hôpitaux Cochin et Hôtel-Dieu.

Dans la continuité de la précédente intervention, **M. RICHARD** regrette que les différents groupes de la CME n'aient pas été associés à cet important travail. Par leurs réflexions préalables, les travers dénoncés par Mme GAULTIER auraient pu être évités. D'une manière générale, il tient à souligner qu'à l'avenir, il importe que les membres de la CME se positionnent en leur qualité d'élus sur des sujets de cette nature afin de réagir à la marginalisation de la CME. A ce sujet, l'exemple des CIB se révèle riche d'enseignements selon l'orateur qui ne remet pas en cause le travail d'expertise réalisé et la procédure utilisée.

Le propos de **M. NORDLINGER** concernait uniquement les principes de l'organisation et non l'évaluation des dossiers scientifiques mieux réalisée par des personnalités qualifiées que par des élus, estime-t-il.

Les observations amènent des précisions de la part de **Mme GAULTIER**.

Les directeurs exécutifs et les délégués à la recherche clinique des GHU ont apporté les réponses aux questions soulevées par l'appel d'offres lancé pour la constitution des CIB, au nombre de un voire deux par GHU. Des discussions se sont tenues entre les GHU, parfois des collaborations ont émergé, témoins de la richesse de l'AP-HP.

Elle confirme son implication dans la formation des CIB au sein du GHU nord afin d'éviter une juxtaposition des services médico-techniques au profit de l'identification de ceux spécialisés dans la recherche et l'innovation. Les deux critères majeurs pris en compte se fondaient sur la recherche et l'innovation, sur le regroupement et la complémentarité.

S'agissant du refus des propositions des hôpitaux Cochin et Hôtel-Dieu, l'intervenante ne partage pas certains propos tenus et atteste de la perplexité des experts devant la valeur ajoutée du regroupement et la complémentarité du projet. Les activités de transfert leur paraissaient modestes à l'exception de la recherche en ophtalmologie de l'unité 598. Membre du comité d'évaluation, elle s'était interrogée sur la complémentarité entre l'activité d'ophtalmologie de haut niveau et d'autres activités figurant dans le projet de CIB de Cochin. Par ailleurs, ce projet contenant un volet pédiatrique à travers l'activité de pharmacologie pédiatrique, la proposition du comité d'une collaboration avec l'hôpital Necker – Enfants malades ne semblait pas inopportune.

Mme GAULTIER insiste sur le besoin de moyens des CIB. L'activité de biologie et de recherche s'avère indispensable pour mener les investigations de recherche clinique sur les patients, cette finalité a présidé à la constitution des CIB. Elle souhaite, dans quatre ans, le moment venu du bilan des CIB, que la CME soit convaincue de leur utilité et de la qualité de leur réalisation.

A son tour **M. HOUSSIN** explique que l'objectif est de mieux visualiser une activité dédiée à la recherche et ainsi soutenir son financement. Du point de vue structurel, les CIC, URC, CIB, plates-formes de ressources biologiques pourraient s'intégrer dans un département de recherche clinique, lieu de formation à la recherche clinique à l'échelon d'un hôpital pour internes et chefs de clinique-assistants.

Quant aux centres de ressources biologiques, l'AP-HP devra s'efforcer de mieux s'occuper d'une de ses plus importantes richesses constituée par les éléments du corps humain susceptibles d'être recueillis à des fins de diagnostics, de recherche ou de valorisation. Le travail préparatoire mené actuellement débouchera prochainement sur un document qui devrait permettre la mise en oeuvre d'un programme, dans le cadre du plan stratégique, dédié à la constitution de plates-formes de ressources biologiques.

La valeur ajoutée du regroupement des sites Cochin et l'Hôtel-Dieu, réagit **M. WEILL**, concerne d'une part l'activité de transfert en ophtalmologie. Il rappelle d'autre part que l'hôpital Cochin est à l'origine de quatre brevets déposés au cours des cinq dernières années, de la création d'une entreprise et deux essais cliniques mettant en oeuvre des découvertes réalisées dans les laboratoires du CIB Cochin – Hôtel-Dieu.

M. GUILLEVIN s'étonne du non accès des rapports établis sur ce projet de CIB. Il demande leur communication avant la décision de la CME.

A l'issue de la réunion du comité d'évaluation, il avait été proposé, signale **M. BERNAUDIN**, qu'aucun des trois projets de CIB du GHU ouest ne soit constitué et de leur substituer une proposition thématique. Il semble que certains hôpitaux se soient opposés à cette organisation thématique. L'orateur juge cette situation grave au regard de la partie biologique de l'enveloppe progrès médical, aussi demande-t-il la création à titre temporaire de ce CIB, puis dans un an, la réévaluation des trois CIB du GHU ouest.

La CME ne peut se prononcer sur le fond et la forme ni sur l'attitude à adopter par rapport au rejet du dossier évoqué, sans disposer des pièces d'information nécessaire, considère **M. SCHLEMMER** qui ne voit possible qu'une position de sursis à statuer.

Pour la **directrice générale**, le problème doit être réexaminé dans son ensemble au niveau du GHU ouest et non se limiter à une structure.

En conclusion, le **président** propose la transmission des rapports aux CIB et, pour le GHU ouest, la réalisation d'un travail complémentaire en vue d'explorer les possibilités d'intégration des thématiques portées sur le site Cochin – Hôtel-Dieu avec les projets soutenus sur les sites Necker et Georges Pompidou. Il sera soumis à l'avis des différentes instances en particulier le conseil scientifique et la commission université.

III - Les aspects saillants de la proposition de plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP.

Le projet de plan stratégique pour la période 2005 – 2009 a fait l'objet de multiples présentations et discussions au sein de la CME rappelle le **président**.

L'intérêt majeur de ce projet mérite de lui consacrer à nouveau des débats. Les points saillants abordés ce jour regardent l'ensemble du plan stratégique, ceux spécifiques aux GHU seront mis en exergue lors des prochaines réunions de l'instance.

Puis il cède la parole à M. HOUSSIN avant de transmettre la présidence de la séance à M. LACAU ST GUILY en raison de son départ prématuré.

Ces points saillants, indique **M. HOUSSIN**, concernent les patients âgés, la prise en charge des patients atteints d'un cancer, les urgences et la périnatalité.

1- Les patients âgés.

En raison de l'allongement de l'espérance de vie qui se profile, l'AP-HP prévoit dans le cadre du plan stratégique de réaliser un effort significatif pour accroître, avec discernement au plan de la répartition, ses capacités de prise en charge des malades âgés en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en court séjour gériatrique. L'effort doit tendre à :

- augmenter, dans le nord et l'est de l'Ile de France, les capacités de SSR et à relier systématiquement les unités de court séjour gériatrique aux établissements exerçant des activités d'urgences ;
- humaniser les structures de soins de longue durée (SLD) ;
- agir en concertation avec les collectivités territoriales pour ajuster les capacités en fonction du schéma gérontologique ;
- promouvoir la culture gériatrique eu égard à la place importante des soins gériatriques dans les hôpitaux de court séjour.

La mise en oeuvre d'indicateurs disponibles permettra de suivre l'évolution de ce plan, déclare M. HOUSSIN qui mentionne la notion de progressivité dans la substitution éventuelle d'opérateurs pour les lits de SLD soulignée par des administrateurs lors du séminaire du conseil d'administration en décembre dernier.

M. PIETTE félicite l'AP-HP pour avoir inscrit cette thématique parmi ses priorités. Il souligne l'importance de la notion de progressivité. En effet, actuellement, la mise aux normes des structures de SLD implique des travaux qui induisent de réduire les admissions, obérant par conséquent le fonctionnement des unités de court séjour. Il importe donc d'appliquer la progressivité dans la programmation des travaux de rénovation des SLD.

M. CHAUSSADE note l'effort tangible accompli pour la gériatrie et souhaite la réalisation d'une évaluation de ces services.

Le plan satisfait **Mme DEBRAY-MEIGNAN** qui déplore, malgré les efforts accomplis, les nombreux lits fermés en raison de travaux ou d'absence de personnels.

Pour **M. GUILLEVIN**, il convient de constituer des structures adaptées à l'état des patients âgés de moins de soixante cinq ans qui rejoignent des unités de SSR et de SLD en raison de leur détresse médicale.

La mise en place des équipes mobiles de gériatrie, observe **M. HOUSSIN**, devrait jouer un rôle de facilitation. Le plan prévoit en outre la spécialisation d'une centaine de lits dédiés à la prise en charge en soins de suite de patients nécessitant des soins spécifiques.

Après avoir insisté sur l'amélioration sensible de la situation, la **directrice générale** rappelle que le fléchage des postes à pourvoir a visé la gériatrie en grande majorité.

De plus, l'opération de recrutement d'infirmiers se déroule de manière satisfaisante mais le logement constitue un facteur limitant. Par ailleurs, l'idée d'une progressivité relevée dans les propos de M. PIETTE quant à la planification des opérations de travaux sera intégrée au projet de plan.

2- La prise en charge des malades atteints d'un cancer.

Le deuxième point saillant, poursuit **M. HOUSSIN**, relève de l'égalité d'accès aux soins et de la qualité des soins pour les patients atteints de cancer. L'effort de l'AP-HP s'inscrira dans la mise à niveau sur tous les plans : l'annonce du cancer, la proposition de décision diagnostique ou thérapeutique, les équipements, les soins palliatifs, la coopération avec les autres acteurs et l'articulation avec les réseaux de santé.

D'autre part, l'AP-HP s'appliquera à organiser son activité de recherche notamment dans le cadre du cancérpôle, par la mise en oeuvre des plates-formes de ressources biologiques, et par l'identification de cohortes propres à l'institution. Les indicateurs spécifiques à ce domaine concernent les délais d'attente, la satisfaction des patients et le taux d'inclusion des malades dans les essais cliniques. A cet égard, il convient de produire un effort significatif au plan de l'accès aux soins en matière de radiothérapie.

Mme SCHLEGEL pose la question de la prise en charge de l'oncologie pédiatrique, dans un contexte médiatique particulier reflétant récemment, un certain intérêt des médias pour cet aspect de l'oncologie. **M. HOUSSIN** déclare que l'administration ne commente pas des décisions de justice tandis qu'elle gère du mieux possible une situation particulière. Cependant, un volet du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en préparation sera dédié à l'oncologie pédiatrique et l'AP-HP suivra ses recommandations de mise aux normes. Par sa participation au travail du groupe « SROS et cancer pédiatrique » **M. AIGRAIN** témoigne de l'existence de cette réflexion qui associe des équipes de l'AP-HP.

Mme PALAZZO demandant si le plan stratégique prévoit une augmentation du nombre de lits de court séjour dédiés à la prise en charge des patients cancéreux sans pathologie d'organe ou atteints de métastases, **M. HOUSSIN** répond par la négative. Il précise néanmoins que l'effort accompli en matière de soins palliatifs et de SSR contribuera à améliorer la situation dans les services de court séjour.

En revanche, intervient la **directrice générale**, une réallocation des moyens pourra s'opérer puisque les hôpitaux vont travailler sur la déclinaison locale de ce projet de plan de niveau global.

Parmi les mesures à mettre en place dans les prochains mois, **M. LACAU ST GUILY** évoque l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire. Par ailleurs, il importe de savoir si le budget alloué pour une durée de trois ans aux URC, deviendra pérenne au-delà de cette période. En outre à brève échéance, selon lui, l'AP-HP devra s'impliquer avec ses partenaires naturels dans le réseau de soins intra-muros.

Même si l'impression générale s'avère favorable aux URC, une procédure d'évaluation sera engagée, déclare **M. HOUSSIN**, tandis que l'AP-HP devra trouver les moyens de prolonger le fonctionnement de ces structures.

Mme VAN LERBERGHE signale que le plan stratégique de l'AP-HP prévoit le doublement des crédits consacrés à la recherche d'ici à 2007.

3- Les urgences.

L'AP-HP s'attache au renforcement du dispositif de prise en charge indique **M. HOUSSIN**. La canicule de l'été 2003 a révélé les problèmes, aussi l'institution doit se préparer à mieux prendre part en amont, à la prise en charge des urgences et à la gestion des événements exceptionnels. A cet effet, il convient de porter une attention particulière aux plans de secours, affiner par hôpital le niveau de dimensionnement de l'aval des urgences, optimiser les dispositifs mutualisés, améliorer l'organisation de la sortie des patients, et s'appuyer sur la structure régionale de régulation et de veille des urgences.

Les indicateurs disponibles portent sur le taux de transfert des malades, les délais d'attentes aux urgences, la durée de séjour en zone de soins de très courte durée et le nombre de report d'hospitalisations programmées.

Les observations des administrateurs lors du séminaire du conseil d'administration visaient l'identification des dysfonctionnements récurrents, l'offre de soins de qualité dans tous les hôpitaux notamment dans le domaine de la cardiologie, l'articulation des urgences psychiatriques et la poursuite du travail engagé dans le traitement chirurgical des urgences de nuit.

M. PATERON pense qu'il faut créer une synergie entre l'axe « amélioration de la fluidité » et l'axe « prise en charge des malades âgés ». L'activité de la gériatrie aiguë associée à un réseau d'aval doit être orientée vers la fluidité des urgences et des services.

Du point de vue de **M. CHAUSSADE**, il importe de contractualiser les relations entre les services médico-techniques (de radiologie ou d'endoscopie) et les services d'urgence en raison de l'impact sur le temps médical. D'autre part, eu égard à l'hospitalisation de seulement 15 % à 20 % des personnes venues aux urgences, l'orateur suggère la création de maisons médicales où la consultation de médecine générale présenterait un coût très inférieur à celui d'une consultation aux urgences. De plus, une convention avec la faculté de médecine permettrait aux étudiants de réaliser dans ces structures des stages intéressants.

M. FAYE signale que le syndicat des chirurgiens s'était mobilisé pour apporter des solutions aux problèmes inhérents à la restructuration des urgences chirurgicales nocturnes. Lors de la prochaine réunion du conseil d'administration du syndicat, le directeur de la politique médicale sera interrogé sur les décisions prises et sur celles à venir.

M. AIGRAIN fait état des difficultés observées dans le déploiement du SROS de chirurgie en Seine-Saint-Denis. L'objectif de l'AP-HP visait à concentrer les urgences médicales à risque immédiat sur l'hôpital Avicenne, mesure dont il convient de surveiller la bonne marche car certains hôpitaux locaux du département souhaitent transférer leurs urgences chirurgicales sur ce site. En conséquence, le projet initial dérive et l'activité programmée de ces hôpitaux locaux est favorisée tandis que le CHU connaîtra une activité moins lourde, contraire à sa vocation.

M. FAGON estime impératif de conduire une réflexion visant à calibrer et regrouper les unités de surveillance continue et d'évaluer la nécessité d'équipes médicales spécifiquement dédiées. Concernant les urgences directes, il sollicite une évaluation précise du nombre de lits susceptibles de fermer pendant les périodes de vacances et une anticipation permettant d'éviter que chaque année, des lits fermés à cette occasion doivent être réouverts précipitamment.

Mme PALAZZO demande les intentions de l'administration en matière de professionnalisation des urgences et de relation avec les urgentistes.

Selon **Mme ABADIE**, la fréquentation des urgences pédiatriques ne cesse d'augmenter, au motif peut-être de l'absence de prise en charge en amont. Elle insiste sur le fait que l'administration doit s'employer à dégager de novembre à février les lits d'aval nécessaires pour désengorger les urgences pédiatriques pendant la période d'épidémie annuelle.

On doit en effet considérer ce phénomène annuel, reconnaît **M. HOUSSIN** qui tirera les conclusions de la dernière épidémie tout en précisant que la fermeture des urgences de l'hôpital Saint Joseph a un peu augmenté le nombre d'urgences à l'hôpital Necker – Enfants malades.

Puis il retient l'idée de contractualisation exprimée par M. CHAUSSADE et rappelle le travail réalisé par la collégiale des radiologues et celle des urgentistes sur les bonnes pratiques de prescription des examens en urgence.

S'agissant des maisons médicales, l'exemple de l'hôpital Robert Debré s'avère riche d'enseignements.

Du contexte sociologique dépendront les réponses possibles à cet égard intervient la **directrice générale**.

Ensuite **M. HOUSSIN** évoque les avancées de la restructuration des urgences chirurgicales nocturnes dont le processus se poursuit, cite le progrès indéniable constitué par l'élargissement des urgences au monde universitaire, mentionne les réponses des hôpitaux sur le calibrage des unités de surveillance continue et signale la proposition, en accord avec les hôpitaux, notamment du département de la Seine-Saint-Denis, de valoriser les plateaux techniques en mutualisant les compétences.

M. LACAU ST GUILY qualifie de fausse sécurité l'indicateur « zéro transfert » corrélié à la recherche d'un lit. A son sens, la surveillance exigée par l'état de certains patients, en particulier au cours de la nuit, sera mieux assurée sur un brancard aux urgences que sur un lit dans un service de chirurgie ou de médecine.

Aussi considère-t-il dangereux d'hospitaliser le patient n'importe où dans l'hôpital au prétexte de lui avoir rendu service en évitant de le transférer.

M. PATERON partage ce point de vue.

L'une des actions prioritaires à mettre en oeuvre par les hôpitaux, prévues dans le plan stratégique, vise le calibrage de l'aval des urgences, déclare **Mme VAN LERBERGE**. La meilleure réponse au dimensionnement de l'aval sur la base des flux réside dans la modulation du temps de travail, aussi regrette-t-elle sa difficile application au sein l'institution.

M. CARLI fait connaître que la médecine d'urgence se structure en Ile de France ; un enseignement dédié se met en place et des postes de résidents seront transformés en postes d'internes dans cette spécialité.

4- La périnatalité.

Durant la période 2005 – 2009, l'AP-HP réalisera un certain nombre de projets arrêtés lors du précédent plan stratégique informe **M. HOUSSIN**. La création des maternités de niveau III dans les hôpitaux Bicêtre, Louis Mourier, Port-Royal, Armand Trousseau, Necker – Enfants malades, pour un investissement de l'ordre de cinq cents millions d'euros, permettra d'optimiser la prise en charge des grossesses à risque et de la grande prématurité, d'autre part, d'équilibrer la répartition de l'effort de l'AP-HP entre le nord et le sud de Paris. Des ajustements s'avèreront par ailleurs nécessaires car les capacités de gynécologie-obstétrique des établissements hors AP-HP diminuent tandis que les naissances en Ile de France sont élevées et que les indicateurs révèlent une détérioration de la mortalité maternelle et périnatale.

Les principales orientations dessinées dans le cadre du plan interministériel dédié à la périnatalité impacteront sur les indicateurs à l'AP-HP. Elles portent sur la prise en charge des femmes en situation de réinsertion sociale ou de précarité, le développement des réseaux de périnatalité, la mise aux normes des réanimations néonatales et pédiatriques, la cohésion des capacités obstétricales et néonatales, une implication accrue des sages-femmes, le développement de la coopération médico-psychologique.

Au cours du séminaire a été signalée l'importance croissante du plateau technique en termes de compétences et de capacités sur le plan obstétrical, néonatal, de l'anesthésie et de la réanimation et d'autre part l'implication des sages-femmes. Il convient donc d'articuler efficacement les compétences disponibles entre les hôpitaux détenteurs d'un plateau technique et ceux n'en possédant pas.

Mme ABADIE salue les efforts qu'entend déployer l'institution au cours de la période 2005 – 2009 en particulier en matière de maternité de niveau III et d'investissement. Il importe d'optimiser la prise en charge des grossesses à risques.

Pour conclure, le **vice-président** souligne l'importance des discussions thématiques lesquelles enrichissent la réflexion de chacun. Certains points nécessiteront d'autres développements au cours des prochains mois.

IV - Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT procède à la présentation des quatre fiches de missions et structure qui n'ont suscité aucun débat au sein du groupe des structures.

GHU est

Charles Foix – Jean Rostand :

- *Création du règlement intérieur de la fédération des activités ambulatoires.*

Pitié – Salpêtrière :

- *Révision du service de gynécologie-obstétrique, vacant au départ à la retraite du Pr DARBOIS le 1^{er} septembre 2004.*

GHU nord

Saint Louis :

- *Création d'une unité fonctionnelle banque de tissus, rattachée au service de médecine nucléaire jusqu'au 31 août 2005, puis rattachée au département de biothérapies en cours de constitution, à compter du 1^{er} septembre 2005.*

GHU sud

Albert Chenevier :

- *Suppression du service de bactériologie-virologie-biochimie par transfert des activités dans les structures correspondantes du site d'Henri Mondor.*

Soumises à l'approbation de la CME, les fiches reçoivent un avis favorable à l'unanimité des 39 votants.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI donne lecture du nouveau contrat d'activité libérale qui est adopté par la CME par 16 voix pour, 2 contre ; on note 18 abstentions.

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

La désignation concerne le responsable de l'unité fonctionnelle de chirurgie de la main et des nerfs périphériques du service de chirurgie orthopédie et traumatologie de l'hôpital Européen Georges Pompidou.

VII - Approbation du compte-rendu de la séance du 14 décembre 2004.

Ce compte-rendu est approuvé sans observation à l'unanimité des membres votants.

VIII - Question diverse.

- Le temps médical aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Le **vice-président** s'interroge sur le suivi de la réflexion engagée voici quelques mois sur le temps médical consacré aux IFSI et la manière de l'intégrer à la tarification à l'activité (T2A).

Mme BRESSAND déclare ne pas disposer d'information particulière sur le sujet mais signale l'enregistrement du temps infirmier dispensé en IFSI lequel représente un investissement opéré au détriment du patient.

Le responsable des IFSI a confirmé à **M. HOUSSIN** la participation importante des médecins à l'enseignement en IFSI. La répartition de cette participation s'avère inégale aussi, une des premières mesures à prendre portera sur l'optimisation de l'organisation de cette charge.

Le **vice-président** souhaite connaître la manière de contractualiser et de valoriser cette activité de formation.

Mme BRESSAND suggère de l'inclure dans les contrats des pôles d'activité ou dans les contrats annexes.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 15.

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

Mardi 8 février 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 janvier 2005 à 16h30.

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

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