

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 11 MAI 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 22 JUIN 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 11 mai 2004

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur le schéma cible du système d'information.
- 2- Présentation du projet de réorganisation des prélèvements.
- 3- Point sur le rapport relatif à la cancérologie (plan stratégique).
- 4- Point sur la réorganisation du traitement chirurgical des urgences nocturnes.
- 5- Avis de la CME sur la candidature de l'AP-HP à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance.
- 6- Communication sur la diffusion des documents relatifs à la CME.
- 7- Avis sur la demande d'extension des statuts du syndicat interhospitalier constitué entre l'AP-HP (hôpital Henri Mondor) et le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC).
- 8- Avis sur les fiches de missions et structure.
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 10- Avenant à la convention associant l'hôpital Foch à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris-Ile de France-ouest.
- 11- Information sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2004.
- 12- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 13- Information sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.
- 14- Approbation du compte-rendu de la séance du 9 mars 2004.
- 15- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers à temps plein et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le changement d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers à temps plein.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à plein temps hors CHU à titre provisoire.
- Avis sur l'intégration avec transfert d'emploi d'un praticien hospitalier.
- Avis sur les renouvellements quinquennaux de chefs de service.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.

Composition D

- Avis sur une demande de mobilité d'un CCA sur le CHU de Rennes au titre des créations d'emplois offerts à la mobilité pour l'année universitaire 2004/2005.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - Mme 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'invité permanent :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. BOULANGER, secrétaire général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - 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,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme CHARPIOT, direction de la politique médicale,
 - Mme GINGOUAIN, direction du service central de soins,
 - M. le Dr MERCATELLO, direction de la politique médicale,
 - M. PERRIN, direction économique et financière, système d'information,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

* *

Le **président de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de M. DESMONTS pour son absence puis il procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Information sur le schéma cible du système d'information.

La **directrice générale** indique en préambule que le comité de direction de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris considère que le schéma cible du système d'information est très important et structurant pour l'avenir de l'institution et qu'il en assurera un attentif suivi.

M. PERRIN, directeur du système d'information (DSI) précise tout d'abord *les objectifs et les grandes lignes du schéma cible*.

Le schéma cible liste l'ensemble des projets que l'institution va déployer jusqu'en 2010 et son élaboration a été menée dans un temps contraint.

Après avoir fait un bilan des retours d'expériences engagées par l'AP-HP ou en dehors de l'AP-HP, la DSI a rencontré plusieurs grands éditeurs et intégrateurs dans le domaine de l'informatique de santé.

La démarche suivie comprend quatre phases :

- une phase consacrée au bilan du dispositif actuel et aux grandes orientations susceptibles d'avoir des conséquences sur le système d'information ;
- une seconde phase portant sur la description de la cible par les maîtrises d'ouvrages de chaque grand domaine que constituent les ressources humaines, les services économiques et financiers, les patients, le pilotage ;
- une troisième phase consacrée aux différents scénarii d'évolution possibles pour atteindre la cible ;
- une dernière phase destinée à élaborer les plans d'actions.

Les scénarii ont été présentés au comité de direction de l'AP-HP. La directrice générale a demandé qu'à ce stade une concertation soit menée avec les clubs de professionnels, les instances représentatives et les directions d'établissements. C'est dans ce cadre que se situe la présente intervention devant la commission médicale d'établissement.

Le système d'information, déjà complexe au sein d'une grande entreprise, voit ce caractère amplifié en raison de la multiplicité des métiers intervenant au sein du monde hospitalier.

L'objectif est de parvenir à un système d'information unique, qui sera déployé progressivement sur l'ensemble des établissements.

Le système sera organisé en quatre grands domaines :

- le domaine patient qui va être exposé ensuite ;
- le domaine ressources humaines. Il s'agit au-delà de la paie d'assurer la gestion des compétences et la gestion des effectifs de personnel auprès du patient. Il sera fait appel aux produits présents sur le marché ;
- le domaine « économie, finances, logistique, patrimoine » pour lequel il sera également fait appel à des produits de gestion intégrés déjà utilisés par de grandes entreprises ;
- le domaine correspondant au pilotage global de l'institution. Ce dernier sera possible grâce à l'utilisation de données identiques dans l'ensemble des services, des pôles, des établissements.

Ce schéma nécessitera l'utilisation de référentiels communs.

Puis, l'orateur décrit le système d'information patient.

Ce système vise à faciliter l'accès aux soins, améliorer la qualité et la sécurité des soins et assurer une sécurisation des données.

En fonction du principe de transversalité qui sous-tend ce projet, une fonction assurée dans divers sites utilisera désormais un même produit.

Les grandes fonctions couvertes par le schéma cible sont les suivantes :

- identification unique du patient au sein de l'AP-HP et peut-être au-delà de l'institution ;
- extension à l'ensemble des services de la mise à disposition d'outils pour la prescription et la planification des soins. Les dispositifs actuels donnant satisfaction ne seront pas remis en cause (dispositifs utilisés à l'hôpital Georges Pompidou, dans les hôpitaux de gériatrie) ;
- gestion des rendez-vous ;
- gestion des plateaux médico-techniques : laboratoires, imagerie avec transfert d'image ;
- dossier informationnel du patient comprenant l'ensemble des données connues concernant le patient et utilisables par tous les acteurs de l'hôpital. Ce dossier informationnel alimentera un dossier de synthèse accessible au sein de l'AP-HP et aussi par les acteurs des réseaux ville / hôpital. Le dispositif comprendra un système capable d'assurer une confidentialité des données confiées.

Il s'agit de proposer un produit intégré en faisant appel à des industriels du marché. Ces derniers investissent actuellement l'informatique de la santé en France et sont susceptibles d'offrir des solutions industrielles de qualité au cours des prochaines années. Depuis deux ans, de nombreux contacts ont été pris avec eux par la DSI.

En troisième lieu, M. PERRIN fournit des informations sur le calendrier de mise en oeuvre et sur les solutions d'attente.

Le chantier relatif au pilotage et à la gestion des risques se déroulera de manière incrémentielle.

Le dossier du secteur « finances, achats, logistique, investissement » est lancé. Les premières retombées devraient intervenir dans les sites en 2006.

En ce qui concerne le volet « ressources humaines », le chantier démarrera prochainement. Le nouveau produit relatif à la paie sera disponible en 2007. La nouvelle gestion des compétences interviendra ensuite.

Le secteur relatif à l'imagerie va être investi progressivement.

Concernant le renouvellement des logiciels de gestion des laboratoires, les premiers appels d'offres sont en cours et concerneront d'abord les hôpitaux Louis Mourier et Saint Antoine.

Le chantier relatif au domaine patient suppose le choix d'un industriel et d'intégrer cette démarche dans le cadre du système d'information actuel de l'AP-HP. Il ne peut se traduire sur le terrain qu'en 2007 – 2008. Des solutions d'attente sont donc prévues.

Sont en cours, notamment :

- la généralisation des applications concernant les résultats d'examen et les demandes d'examen ;
- le déploiement d'URQUAL ;
- l'informatisation des stérilisations ;
- le déploiement de PHEDRA ;
- le renouvellement des logiciels de gestion des laboratoires ;
- la fin des projets relatifs à la prescription.

En 2004 – 2005, seront installés :

- le logiciel CHIMIO ;
- la généralisation du dossier médical de synthèse expérimenté à Henri Mondor et à Saint Antoine et qui sera la première étape d'un dossier plus complet.

En 2005 – 2006, seront mis en oeuvre, après passation de marchés :

- les outils relatifs à l'imagerie partagée ;
- ceux permettant la dictée et la reconnaissance vocales.

En conclusion, M. PERRIN indique tout d'abord que le projet correspond à un budget important estimé à 235 millions d'euros. Pour le système d'information patient, environ 85 millions d'euros sont prévus auxquels il convient d'ajouter 70 millions d'euros pour les investissements nécessaires au renforcement de l'infrastructure (postes de travail, réseaux, serveurs plus performants).

Puis, il met l'accent sur la nécessité d'un accompagnement des changements importants induits pour les équipes hospitalières par ce projet restructurant.

Par ailleurs, il souhaite une forte implication des professionnels et en particulier des médecins pour notamment aider la DSI à bâtir des cahiers des charges répondant à leurs besoins et pour tester et valider les produits à l'essai avant un déploiement général.

Il précise aussi que ce projet implique que l'AP-HP fasse appel aux grands industriels du marché capables de piloter des projets intégrés de cette ampleur au sein de grandes entreprises.

Enfin, en raison de son aspect structurant et de son coût, ce projet constituera un aspect essentiel du plan stratégique 2005 – 2010.

Le **président** remercie vivement M. PERRIN de cette présentation très claire sur un sujet complexe et important, et associe à ces remerciements toutes les personnes qui ont collaboré à la mise en place du projet. Puis, il passe la parole aux membres de la CME.

M. GUILLEVIN se réjouit tout d'abord de la volonté de la direction générale d'uniformiser les logiciels. Cependant la réalité est loin de cet idéal.

A maintes reprises les membres de la CME ont fait état des difficultés engendrées par l'utilisation de logiciels différents non connectés : patients enregistrés dans GILDA, résultats d'examens diffusés sur SANDRA, puis prise en charge du patient par PHEDRA ou CHIMIO.

Puis, ne l'ayant pas entendu mentionné par M. PERRIN, il demande si ACTIPIDOS qui remplace le dossier papier à l'hôpital Cochin sera abandonné, en soulignant cependant que s'il est bien relié à PHEDRA, ce logiciel ne permet pas d'intégrer CHIMIO.

Par ailleurs, il illustre par un exemple la difficulté liée à l'absence d'uniformisation des logiciels au sein du même hôpital. Trois logiciels de suivi du programme médicalisé du système d'information (PMSI) co-existent au sein de l'hôpital, l'un d'entre eux « SUSIE-V4 » a été imposé à son service de Cochin, alors qu'un autre service voisin utilise le logiciel qu'il pratiquait dans son ancien service d'Avicenne. Il en résulte que sa base de données d'Avicenne n'a pu être transférée et qu'il doit demander à Avicenne de lui envoyer par fax les principaux éléments des dossiers de patients qui viennent maintenant consulter à Cochin.

M. PERRIN explique qu'ACTIPIDOS va continuer à se développer dans les quatre hôpitaux pionniers, dont Cochin, et dans les hôpitaux gériatriques.

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par M. GUILLEVIN pour le transfert de ses données entre Avicenne et Cochin, il propose de se renseigner plus avant auprès du directeur informatique de l'hôpital afin de progresser.

Le **vice-président** se dit satisfait de la démarche d'homogénéisation engagée. Il pose trois séries de questions relatives au partage d'informations.

Tout d'abord, compte-tenu des difficultés pour faire communiquer les logiciels entre eux, il demande s'il est préférable d'organiser un transfert des informations existantes sur un ancien logiciel vers un nouveau logiciel ou de conserver les informations passées sur l'ancien logiciel et de n'utiliser le nouveau que pour les informations à venir.

En second lieu, eu égard à la demande très forte exprimée en particulier en cancérologie pour partager l'information entre deux sites, M. LACAU ST GUILY souhaiterait savoir si Internet pourra être utilisé à cette fin.

Enfin, s'interroge-t-il, quand certaines structures sont éclatées sur des sites différents (le service dans un hôpital, une antenne dans un autre hôpital), comment organiser une gestion d'informations cohérente et partagée par exemple pour la gestion des rendez-vous ?

M. PERRIN explique que souvent 15 % à 20 % du coût des projets correspondent à la récupération des données antérieures. Un volet relatif à la récupération et à la sauvegarde de données sera explicitement mentionné dans le cahier des charges transmis aux divers opérateurs. Cependant, il faut se préparer à ne pouvoir être en mesure de récupérer l'ensemble des données, en raison des incompatibilités entre les systèmes ou parce que les codifications des données intégrées dans le dispositif antérieur ne seront plus utilisables et donc à devoir prioriser, le cas échéant, les données devant être récupérées.

Par ailleurs, l'instauration d'un agenda universel au sein de l'AP-HP prendra beaucoup de temps. En revanche, l'utilisation des technologies Internet devrait permettre d'échanger des informations plus structurées qu'à l'heure actuelle. Ce processus est inclus dans le schéma cible.

Dans ces conditions, **M. LACAU ST GUILY** se demande si chacun ne devra donc pas « bricoler » en utilisant Internet pour obtenir des réponses aux demandes.

M. PERRIN estime qu'il faut parvenir à la cible fixée et en même temps, il faut être pragmatique et concevoir un volet transitoire pour s'adapter.

M. MERCATELLO complète la réponse sur le dossier partagé en interne et en externe qui est un des objectifs du schéma cible. En interne, un identifiant commun sera mis en oeuvre au sein de l'AP-HP. En externe, l'AP-HP et l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) préparent des projets de dossiers communicants.

Concernant le secteur spécifique du cancer, une étude est lancée pour déterminer les besoins des différents interlocuteurs internes ou externes.

A ce stade de la discussion, le **président** rappelle que le comité d'orientation du système d'information patient (COSIDOPA) auquel participent plusieurs membres de la CME, travaille à l'élaboration du dossier patient. Il invite les membres de la CME à adresser à ce comité leurs questions et contributions.

Mme MARCHAND s'interroge sur le devenir des logiciels qui fonctionnent bien, comme URQUAL qui pourrait apporter une aide à la prescription, mais qui ne sont pas connectables avec d'autres systèmes.

Par ailleurs, elle espère que le groupe informations-relations extérieures de la CME collabore avec le COSIDOPA sur l'élaboration du schéma cible.

Il est en effet difficile de faire communiquer des systèmes dont les philosophies et les modèles sont différents, reconnaît **M. MERCATELLO**. C'est pourquoi, le schéma cible prévoit un seul intégrateur qui permettra des interfaçages plus efficaces qu'à l'heure actuelle.

En décrivant la cible que l'AP-HP souhaite atteindre, intervient **M. PERRIN**, elle peut maintenant indiquer dans un cahier des charges les fonctionnalités attendues du produit et aussi l'objectif d'insertion de ce dernier dans une cible en termes d'ergonomie et d'interfaces. C'est là un élément de progrès majeur apporté par le schéma cible au développement des systèmes d'informations de l'AP-HP. Cependant, les difficultés d'interfaçages persisteront encore quelques années au sein de l'institution, le temps de la mise en oeuvre complète du schéma cible.

Mme DEGOS demande si le logiciel DxC@re de prescriptions expérimenté à Beaujon, à Georges Pompidou et à la Pitié-Salpêtrière (bâtiment de cardiologie), qui offre rigueur et traçabilité, sera développé sur Beaujon en attendant la réalisation du schéma cible.

M. MERCATELLO indique que l'AP-HP s'oriente pour Beaujon vers le système plus simple techniquement, utilisé au sein du bâtiment de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière.

M. LEVERGE qui a participé à l'élaboration de ce schéma souligne qu'aucun hôpital au monde n'a mis en oeuvre un projet similaire qu'il approuve complètement.

Par ailleurs, il lui semble qu'il faudrait abandonner le projet PAS (prescriptions et activités des soins). De manière générale, il souhaite que la direction générale s'engage sur la réalisation du schéma cible et porte une attention toute particulière aux produits utilisables pendant la période transitoire afin d'en améliorer le fonctionnement, notamment quand ils ont une incidence sur la gestion des risques et sur la valorisation des dépenses dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Enfin, il fait état d'un projet d'arrêté relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux qui mentionne explicitement l'informatisation de la chaîne de médicament, le développement de la prescription et la dispensation nominative, le développement de l'assurance qualité comme des éléments qui seront pris en compte dans l'observation du bon usage précité dans le cadre de la T2A.

M. PERRIN est conscient des difficultés soulevées par le projet PAS. Son éditeur et son intégrateur qui étaient deux petites sociétés ont été rachetés par ARES, société plus importante qui a affecté les ressources nécessaires pour résoudre les difficultés. D'ores et déjà des améliorations ont été constatées. ARES s'est engagé à apporter des modifications sur la base d'un calendrier précis en 2004, en vue d'un déploiement avant la fin de l'année.

La **directrice générale** signale qu'elle a appelé l'attention du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur le contenu du projet de décret évoqué par M. LEVERGE. A l'AP-HP et dans les autres CHU qui sont dans la même démarche de progrès de leur système d'information, il n'est pas possible techniquement de brûler les étapes.

L'implication des membres de la CME dans les travaux du COSIDOPA, et en particulier de MM. FAGON, LEVERGE et de Mme DEGOS, souligne **M. HOUSSIN**, a sûrement contribué à ce qu'une priorité soit accordée au domaine patient dans le projet.

M. FAGON se félicite, que pour la première fois, un projet de système d'information couvre l'ensemble de l'AP-HP et place le patient au coeur du dispositif. Cependant, il signale certaines difficultés à surmonter.

En premier lieu, ce dispositif induit un changement culturel et se traduira par des modifications dans la vie quotidienne des soignants. Ainsi, il faudra abandonner les différents dossiers de soins établis par chaque discipline, non connectables à d'autres éléments de l'hôpital, pour s'adapter à un dossier transversal à l'ensemble de l'établissement.

En second lieu, pendant la période transitoire, il convient de veiller à ce que les solutions d'attente mises en oeuvre ne compromettent pas l'objectif final. Pendant cette même période, relativement courte, devront être amorcés l'accompagnement et la formation des équipes pour qu'elles participent au changement.

Enfin, une de ses préoccupations concerne l'interlocuteur industriel qui sera retenu. Il espère que l'importance de l'AP-HP lui permettra de choisir entre des interlocuteurs compétents et disposant de moyens techniques et financiers suffisants pour mener à bien le projet et en assurer la continuité.

La **directrice générale** se dit convaincue que le succès du projet dépendra autant de l'accompagnement social que de la technique. En fonction de son expérience, elle sait qu'un tel chantier représente un véritable bouleversement nécessitant un effort majeur de formation et une réflexion profonde avec tous les acteurs hospitaliers sur l'organisation du travail.

Ce projet structurant s'intégrera au projet stratégique, notamment en ce qui concerne son appropriation par les équipes.

De plus, l'AP-HP tient au courant en permanence la DHOS de l'action engagée. Cette dernière souhaite en effet se servir de l'expérience et de la taille de l'AP-HP pour permettre aux industriels de mettre en place des dispositifs répondant aux besoins des hôpitaux français.

Enfin, les nouvelles dispositions du code des marchés publics qui permettent dans certaines conditions de s'abstraire de la règle du moins-disant, seront mises à profit afin d'éviter les écueils du passé : obligation de choisir le projet le moins cher porté par des intervenants qui souvent ne parvenaient pas à attendre les objectifs fixés. De ces échecs il découlait aussi un dépassement des coûts initialement prévus.

La direction générale dans son ensemble et la directrice générale en particulier considèrent que ce projet est un projet majeur et sont décidées à mettre tout en oeuvre pour le mener à bien.

Considérant comme très important de relier les dossiers administratifs et les dossiers médicaux des patients, **M. MADELENAT** soulève deux questions.

Le projet semble fondé sur l'hospitalisation, ne manque-t-il pas un volet consacré aux consultations ?

Le projet ne devrait-il pas intégrer les besoins des réseaux ville / hôpital qui vont se développer ?

M. PERRIN indique que le patient consultant sera bien sûr pris en compte par le système d'information. Concernant les réseaux ville / hôpital, comme il l'a déjà indiqué, la DSI travaille avec des réseaux constitués pour déterminer les éléments qui devront figurer dans le dossier de synthèse partagé par les acteurs sanitaires au sein de la région. Sur ce point, précise la **directrice générale**, les discussions ont lieu avec l'ARH-IF et aussi avec la caisse nationale d'assurance maladie.

M. AIGRAIN évoque la mauvaise gestion des blocs opératoires (planning des opérations, gestion des ressources humaines, gestion des équipements, etc...) qui peut constituer un frein à l'amélioration de l'activité opératoire des hôpitaux de l'AP-HP. Il signale que des logiciels correspondant à ce volet d'activité sont disponibles sur le marché. Il demande s'il faudra attendre 2010 pour disposer d'un système de gestion informatisé ou s'il sera possible de faire appel à des solutions d'attente.

M. MERCATELLO indique qu'il n'est pas prévu d'acquérir des logiciels pour aider à la gestion des blocs opératoires pendant la période transitoire. Cependant, il se tient à la disposition des chirurgiens pour chercher une solution aisée à déployer et ne nécessitant pas un appel d'offres trop long à mettre en oeuvre.

M. BERNAUDIN revient sur le dossier partagé en cancérologie pour préciser que les dossiers de l'institut Curie seront prochainement accessibles à leurs partenaires de l'hôpital Cochin. Il demande si une réflexion commune a été envisagée par l'AP-HP sur le dossier de cancérologie partagé avec ses partenaires potentiels (institut Gustave Roussy (IGR), institut Curie, centre René Huguenin...), notamment dans le cadre du plan cancer.

M. PERRIN atteste que des projets d'échange de données, conduits au niveau des hôpitaux, sont en cours entre Robert Debré, Cochin d'une part et Curie d'autre part.

M. DEBRE confirme que la collaboration entre Cochin et Curie se déroule bien. Il signale qu'une réunion de concertation sera prochainement organisée avec l'institut Curie, Necker, Cochin, IGR.

Pour **M. PATERON**, l'implication des médecins et des personnels soignants à l'introduction d'un nouveau système d'information passe par un accompagnement des utilisateurs et aussi par un engagement propre de ces derniers. Si ces deux aspects ne sont pas réunis, on peut aboutir à un rejet d'un logiciel comme URQUAL qui est un excellent outil de gestion des flux, mais qui comportait initialement un dossier médical de qualité insuffisante, qui peut poser des problèmes de connection avec d'autres logiciels informatiques et qui connaît des difficultés de maintenance.

C'est bien ce qu'a constaté **Mme VAN LERBERGHE** sur le terrain. URQUAL est devenu dans certains hôpitaux un outil approprié pour les équipes de ces hôpitaux qui se sont impliquées et ont participé à son amélioration. En revanche, dans d'autres hôpitaux, les équipes estiment qu'URQUAL ne leur sert à rien et complique leur vie professionnelle. L'implication en amont est donc bien un élément décisif du succès.

M. LEPAGE formule deux remarques.

Il mentionne les difficultés résultant de l'utilisation de normes propres à l'AP-HP. Le COSIDOPA a donc fortement insisté sur la nécessité d'utiliser des normes internationales, ou à défaut des normes européennes ou françaises. La référence à des normes AP-HP sera utilisée seulement s'il s'agit d'une spécificité propre à l'institution.

Par ailleurs, il convient de ne pas oublier deux structures pivot pour la mise en place du système d'information. En premier lieu, les services informatiques des hôpitaux devront être professionnalisés et renforcés. En second lieu, il lui semble utile de réfléchir à la création d'une interface entre le technicien informaticien et le médecin, qui de son point de vue, ne peut être assurée que par un médecin.

Dans son service, relate **M. GUILLEVIN**, ce sont les personnels non médicaux qui ont été à l'origine de l'adoption d'ACTIPIDOS (logiciel du projet PAS) alors que des réticences s'exprimaient au niveau médical. Ce système qui s'est amélioré, continue cependant à manquer de souplesse pour les prescriptions extrêmement urgentes, mais il sera étendu à l'ensemble des unités de son service.

Le **président** clôt le débat sur ce sujet majeur pour l'institution. Il demandera régulièrement, par exemple chaque semestre, à M. PERRIN et à son équipe d'effectuer des points d'étape d'avancement du projet en réunion plénière de la CME.

II - Présentation du projet de réorganisation des prélèvements.

M. MARTY commence son exposé en dressant un état des lieux de l'activité de prélèvements d'organes.

Elle se caractérise par :

- *des résultats inférieurs en France à ceux d'autres pays européens.*

Le nombre de donneurs en France n'est pas en diminution mais le dispositif actuel ne permet pas une détection exhaustive des donneurs potentiels. Par ailleurs, 35 % des patients en état de mort encéphalique recensés ne sont pas prélevés.

Il en résulte que le nombre de prélèvements effectués en France est inférieur à celui de l'Espagne qui obtient le meilleur score des pays européens. Cette situation trouve son origine dans une insuffisante implication des équipes médicales et dans une professionnalisation de l'activité imparfaite.

Les résultats doivent cependant être relativisés car le dispositif mis en place par l'Etablissement Français des Greffes (EFG), tel que des créations de postes de médecins et de coordinatrices, a permis de passer de douze donneurs prélevés par million d'habitants en 1999 à dix huit en 2002.

- *une tendance récente vers une réduction de l'activité de prélèvements.*

En effet, à l'AP-HP le nombre de prélèvements a diminué de 18 % au cours des six premiers mois de l'année 2003.

Cette tendance est constatée dans tous les groupements hospitaliers universitaires (GHU). Elle nécessite une réflexion sur l'organisation du dispositif afin d'éviter la pénurie de greffons.

M. MARTY explique ensuite la nouvelle organisation proposée.

Cette organisation doit permettre :

- d'augmenter le nombre de prélèvements d'organes ;
- d'augmenter le nombre de patients en état de mort encéphalique recensés, susceptibles de donner lieu à des prélèvements ;
- de faire de l'activité de prélèvements une priorité institutionnelle, y compris dans les établissements ne pouvant pratiquer les prélèvements.

Pour atteindre ces objectifs il avait été précédemment prévu de :

- médicaliser et professionnaliser l'activité, en détachant des médecins pour effectuer le recensement des malades en état de mort encéphalique. Mais, malgré les moyens affectés par l'EFG, une diminution d'activité est constatée en 2003 ;
- créer des réseaux opérationnels permettant de partager l'expérience et le savoir-faire des médecins référents et des coordinatrices. Ces réseaux présentent l'inconvénient de ne pas correspondre au découpage en GHU. Par ailleurs, dix sept sites sur vingt trois disposent d'une autorisation de prélèvements. Cette situation est susceptible d'engendrer un moindre intérêt des établissements qui ne disposent pas d'autorisation.

La nouvelle organisation envisagée vise à redéfinir les réseaux de prélèvements en tenant compte des GHU. Elle propose de :

- centraliser au sein des GHU, les postes d'emplois à temps plein (ETP) médicaux attribués dans le cadre du Plan Greffes ;
- constituer une cellule au sein de chaque GHU doté d'un ETP médical ;
- rattacher au GHU, un ou deux réseaux ;
- multiplier les sites de prélèvements ;
- rattacher la coordination du dispositif à la direction de la politique médicale.

Un tel schéma permettrait de mieux recenser les patients en mort encéphalique, de mieux organiser les astreintes médicales et la coordination infirmière.

A l'issue de cet exposé, la discussion est ouverte.

M. LAPANDRY estime qu'il faut conserver ce qui fonctionne bien. Il craint que l'adaptation de l'existant sur la configuration des GHU ne remette pas en cause la motivation des personnes extérieures à l'AP-HP, déjà intégrées dans des réseaux auxquels participe l'AP-HP.

M. CARLI demande comment le dispositif pédiatrique est pris en compte dans le nouveau schéma.

M. FAYE souligne que quatre vingt douze prélèvements d'organes ont été réalisés en 2003 au sein des hôpitaux de l'AP-HP, soit un prélèvement tous les quatre jours, et si l'on prend pour base la population francilienne, soit huit prélèvements par million d'habitants et par an. On est donc loin du niveau national de dix huit prélèvements par million d'habitants et par an.

Ce constat d'échec le conduit à approuver la nécessité d'une réorganisation des prélèvements.

Cependant, il est surpris de constater que les urologues qui réalisent les prélèvements de reins et qui mettent à disposition d'autres équipes les autres organes du donneur, n'aient pas été consultés sur le projet présenté par M. MARTY. Le président de la collégiale des urologues lui a indiqué que ce sujet serait à l'ordre du jour de la prochaine réunion de l'instance.

Par ailleurs, il se demande quel sera l'impact de la réorganisation de l'activité de prélèvements sur celle des urgences chirurgicales nocturnes. Faut-il dans ce contexte une garde tournante, une équipe pérenne et, dans tous les cas, dédiée exclusivement, tant en chirurgie qu'en anesthésie, à cette activité de prélèvements.

M. FAYE considère que les propositions faites par M. MARTY s'intéressent avant tout à la coordination de cette activité et au recueil du consentement des familles. Il propose que la réflexion soit désormais menée avec les équipes chirurgicales concernées pour fixer les modalités pratiques des prélèvements eux-mêmes.

M. MARTY apporte les réponses ci-après aux différents intervenants.

A l'attention de M. LAPANDRY, il précise qu'il ne s'agit pas de remettre en cause les réseaux existants avec des structures extérieures à l'AP-HP, mais d'associer les acteurs de l'AP-HP qui ont envie de travailler ensemble.

Cette réorganisation a été examinée avec les présidents des comités consultatifs médicaux (CCM) parmi lesquels certains sont chirurgiens et urologues. Les discussions ont surtout porté sur l'activité de greffes.

Par ailleurs, l'activité de recensement, de réanimation du donneur d'organe et d'obtention du consentement des familles au prélèvement constitue une démarche préalable au prélèvement qui selon l'EFG doit être mieux valorisée.

Enfin, l'augmentation prévue du nombre de sites de prélèvements vise notamment à éviter des refus de transports des corps dans un autre hôpital par les familles.

M. HOUSSIN estime que ce sujet est capital pour l'AP-HP car plusieurs centaines de patients sont en attente de greffes et les listes d'attente augmentent inexorablement.

A cet égard les résultats de l'Ile de France en termes de prélèvements doivent être améliorés.

La difficulté se situe en amont du prélèvement, au niveau de l'identification du futur donneur, du recueil du consentement des familles et de l'organisation du prélèvement.

En conclusion, il indique qu'il est heureux que le débat ait été ouvert au sein de l'AP-HP et que des objectifs quantitatifs soient fixés en terme d'augmentation des prélèvements afin de diminuer les listes d'attente.

M. SCHLEMMER estime qu'il faut tempérer l'idée de multiplication des sites de prélèvements pour éviter l'éparpillement des équipes. L'investissement de ces dernières, leur qualification et la qualité de la prise en charge ne seront acquis que s'il est possible de leur assurer un certain nombre de prélèvements annuels à effectuer. Il se demande s'il ne faut pas dissocier la promotion du recensement au sein de chaque hôpital de la promotion du prélèvement. Dans le cadre de la nécessaire mutualisation des activités au sein de l'AP-HP, il lui semblerait raisonnable de limiter à deux ou trois le nombre de centres de prélèvements au sein d'un GHU et de permettre aux autres établissements de participer de manière active au recensement des donneurs potentiels.

M. GOUTALLIER souhaite que les prélèvements de tissus et en particulier des os ne soient pas oubliés même si ces prélèvements sont faits après tous les autres.

M. MARTY souligne à nouveau que la difficulté principale observée actuellement réside dans l'obtention de l'accord des familles sur le principe du prélèvement. Celui-ci donné, l'acceptation du nombre ou de la typologie des organes prélevés est plus simple à obtenir. Elle l'est notamment pour les os, les tissus ou la cornée.

La professionnalisation des acteurs ne doit certes pas être oubliée, ajoute-t-il. Mais il doit rappeler aussi que l'organisation d'un transport des corps se heurte à un refus des familles et peut compromettre les chances de prélèvement.

Enfin, il estime que l'activité et sa conséquence financière doivent bénéficier à l'équipe chargée du recensement et du prélèvement.

Mme FRANCES intervient sur ce point pour rappeler qu'en Espagne, les équipes réalisant des prélèvements sont intéressées financièrement à cette activité.

A l'issue de ces discussions, le **président** remercie M. MARTY d'avoir présenté ce travail collectif et animé les réflexions des présidents de CCM sur ce point.

III - Point sur le rapport relatif à la cancérologie (plan stratégique).

En préambule, **M. LACAU ST GUILY** remercie Mme COURTAY et M. BILIS de leur contribution à l'élaboration du rapport.

Il signale aux membres de l'instance que deux documents leurs ont été remis. Le premier relate les réflexions du groupe cancer de la CME et du groupe cancer institué dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique, qui ont été fusionnés. Il contient également des éléments provenant d'autres instances. Le second document comporte les propositions de l'AP-HP formulées dans le cadre du Plan cancer national.

Les réflexions des acteurs en cancérologie, la démarche menée par l'ARH-IF pour améliorer la connaissance des différents circuits de traitement du cancer en Ile de France impliquant l'AP-HP, les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les hôpitaux généraux, les hôpitaux privés associés au service public, constituent la toile de fond à partir de laquelle l'AP-HP a formulé ses propositions.

Trois niveaux d'actions sont recherchés : l'application des bonnes pratiques en cancérologie, la structuration de la coordination des prises en charge cancérologiques, la structuration de la référence au sein de la région.

a) La structuration des pratiques

Une première action prioritaire consiste en la création d'unités de concertation pluridisciplinaire en oncologie (UCPO).

Leurs missions seront de :

- faciliter la concertation ;
- faire appliquer les référentiels partagés ;
- mettre en oeuvre des programmes de traitement personnalisés pour chaque patient ;
- améliorer le partage d'informations et mettre en place un dossier communiquant.

D'autres actions prioritaires visent à :

- améliorer l'offre de soins de support à travers un développement de la psycho-oncologie et de la lutte contre la douleur, et à travers la mise en place de soins palliatifs notamment dans le cadre de structures mobiles ;
- perfectionner la prise en charge cancérologique des patients âgés et des enfants et des adolescents, en particulier dans le cadre de la mise en oeuvre du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de cancérologie pédiatrique ;
- humaniser le dispositif d'annonce. Dix hôpitaux de l'AP-HP ont répondu à l'appel d'offres ministériel récemment lancé. Cinq ont été retenus.

b) La structuration de la coordination

Le plan cancer prévoit qu'un centre de coordination en cancérologie (3C) soit mis en place au sein de chaque établissement prenant en charge des malades atteints de cancer. A l'AP-HP, la coordination pourra aussi être organisée à d'autres niveaux, là où la nécessité d'une structure de concertation se fera sentir (sites multi-établissements, GHU).

L'organisation de la coordination au sein de l'hôpital ne peut répondre à un schéma figé mais doit s'adapter à chaque site. Le rôle du 3C à l'hôpital serait de faciliter l'organisation des réunions de concertation multidisciplinaire, l'assurance-qualité du programme personnalisé de soins, le suivi individualisé des patients.

La mission de la structure de coordination du GHU consisterait à fédérer les forces disponibles en cancérologie pour les rendre plus lisibles et plus compacts (en particulier, dans la mise en place des pôles régionaux de cancérologie avec les CLCC).

Elle serait chargée en particulier de :

- coordonner les actions communes (au sein d'un GHU, avec les autres GHU, avec les CLCC, avec l'ensemble des acteurs de la filière de soins dont les CHG et les établissements privés, les médecins libéraux...);
- administrer la base de données des dossiers communicants des patients du pôle ;
- mettre à jour les référentiels et organiser les procédures d'assurance-qualité ;
- établir les bases de données épidémiologiques ;
- informer des protocoles de recherche clinique en cours et d'aider au recrutement des patients en lien avec le cancéropôle.

c) La structuration de la référence

Le pôle régional de cancérologie a pour rôle de coordonner l'action du CHU et des centres de lutte contre le cancer. Un premier document remis aux membres de la CME et intitulé « Projet d'accord cadre entre CAC et CHU » doit être amélioré pour mieux intégrer la dimension universitaire, à la demande des doyens. Le pôle régional assure aussi les missions de référence et de recours.

La région Ile de France comptant de nombreux hôpitaux hospitalo-universitaires, trois CLCC de haut niveau, constitue à cet égard un cas spécifique.

Pour déterminer l'organisation régionale, des réflexions ont été engagées entre l'AP-HP et les CLCC. L'AP-HP défend une organisation fondée sur quatre pôles de cancérologie qui auraient en charge :

- l'amélioration de la communication et du partage de l'information entre l'ensemble des acteurs de la région ;
- l'organisation de l'accès à l'innovation thérapeutique ;
- la structuration de l'activité et de l'offre de soins ;
- la définition des interactions souhaitables avec les autres acteurs de soins et en particulier les réseaux ;
- l'identification de centres référents pour les tumeurs rares.

Stratégiquement, les propositions de structuration de la discipline au sein de l'AP-HP répondent aux actions suivantes :

- chaque GHU va devoir réaliser ses choix stratégiques. Les complémentarités entre les sites cancérologiques devront être développées ;
- l'institution doit encourager et formaliser les partenariats avec la ville, les structures privées, les autres hôpitaux, les réseaux.
Il paraît également souhaitable que l'AP-HP investisse dans des zones géographiques à forte demande comme le sont les départements de la première couronne et en particulier la Seine Saint Denis ;
- l'AP-HP doit également accentuer son effort dans le domaine de la recherche et en particulier dans celui de la recherche clinique en liaison avec le cancéropôle ;
- elle doit également réaliser un effort de communication vis-à-vis de la tutelle, des CLCC, de ses autres partenaires et du public pour faire valoir l'activité quantitative et la qualité du travail réalisé dans ses hôpitaux ainsi que sa position de référence. Le développement de sites Internet doit être encouragé.

A l'issue de l'exposé, le **président** ouvre la discussion en remerciant vivement M. LACAU ST GUILY, M. BERNAUDIN et les autres membres du groupe de travail sur la cancérologie de leurs réflexions. Il indique que le document présenté constitue un bilan d'étape. Il s'agit maintenant de faire valoir et de mettre en oeuvre les propositions de ce rapport.

M. LAPANDRY intervient sur les réseaux. Les dossiers impliquant l'AP-HP présentés à la commission des réseaux ne permettent pas de dégager une politique de l'institution dans ce domaine. Il lui semble cependant nécessaire que des lignes de conduite soient données aux hôpitaux pour encadrer leur insertion dans les réseaux.

Pour mieux définir les rapports que l'AP-HP doit adopter vis-à-vis des réseaux, **M. LACAU ST GUILY** informe qu'une réunion sera organisée le 12 juin sous l'égide de l'ARH-IF, en présence de représentants de l'AP-HP, de représentants des réseaux et des CLCC. Elle a notamment pour but de répertorier les apports du réseau pour chaque intervenant.

Par ailleurs, le plan cancer évoque un seul réseau régional. Or, il n'est pas envisagé d'imposer une sectorisation au sein de la région Ile de France.

Mme PALAZZO constate que le plan cancer de l'AP-HP évoque uniquement la cancérologie d'organe. Elle souhaiterait connaître ce qui est envisagé pour les patients souffrant de tumeurs secondaires d'origine indéterminée.

Il y a dix ans, rappelle **M. LACAU ST GUILY**, il était préconisé une disparition des spécialistes d'organes au profit d'une cancérologie globale exercée par les oncologues médicaux et des radiothérapeutes. Mais en réalité, depuis dix ans, de nombreux cancers ont été traités par les spécialistes d'organes. Il s'est donc agi de rappeler cette réalité en soulignant la nécessité d'un processus de concertation.

Les patients métastatiques ou ceux qui souffrent de tumeurs secondaires continueront à être pris en charge par les oncologues médicaux, ou par le spécialiste de l'organe où s'est exprimée la métastase, en concertation avec l'oncologue médical.

Mme PALAZZO précise qu'actuellement il existe des difficultés pour la prise en charge par les oncologues médicaux de patients souffrant de tumeurs malignes lorsqu'aucun organe n'est atteint et c'est sur ce point qu'elle souhaiterait des éclaircissements.

M. LACAU ST GUILY considère que cette prise en charge relève des oncologues médicaux. Elle peut éventuellement relever d'un réseau, comme le suggère **Mme PALAZZO**, si nécessaire, mais cela ne peut pas être systématique.

M. NORDLINGER remarque que l'annexe des documents remis aux membres de la CME concernant l'identification des sites de cancérologie par l'ARH-IF ne peut pas être prise, en l'état, à son compte par l'AP-HP. En effet, elle est basée sur une interprétation des données PMSI très discutable dans certains cas et demande à être revue.

Ce document indique **M. LACAU ST GUILY** classe les sites de l'AP-HP selon trois niveaux. Il sera nécessaire de réfléchir dans les mois à venir, aux modifications de ce classement qu'il faudra demander. Un suivi des situations a été instauré par l'ARH-IF et les classifications sont susceptibles d'évoluer.

M. GOËAU-BRISSONNIERE fait état d'une erreur dans la liste des centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique au sein du GHU ouest. Celle-ci ne fait pas apparaître le centre de l'hôpital Ambroise Paré reconnu comme un des premiers centres pluridisciplinaires.

M. LACAU ST GUILY est prêt à corriger les omissions et erreurs de ce document, établi cependant en fonction des informations données par les hôpitaux.

M. BERNAUDIN considère que la région Ile de France, en raison du nombre de structures traitant de la cancérologie a plus de mal à s'articuler que d'autres régions comme par exemple la région sud-ouest.

Par ailleurs, il estime qu'il faut certes pour l'AP-HP faire reconnaître préférentiellement son activité en cancérologie. Cependant la situation ne peut être figée et l'AP-HP se doit de favoriser, en particulier dans le domaine hospitalo-universitaire, l'excellence même si elle se situe dans une structure en dehors de l'AP-HP.

La mise en place du Plan cancer a amené certains établissements non universitaires à revendiquer la recherche et l'enseignement en cancérologie, constate **M. BAGLIN**. Si chaque discipline développait de tels plans, les unités de formation et de recherche médicales (UFR) se trouveraient privées de leurs fonctions. Les facultés et les CHU ont donc réagi. Bien entendu, des coopérations peuvent être conduites avec les établissements concernés mais il est nécessaire que les UFR et les CHU demeurent les centres chargés de la recherche et de l'enseignement.

M. LACAU ST GUILY précise que les doyens ont été intégrés au travail de réflexion sur les pôles mené par l'ARH-IF.

Par ailleurs, souligne le **président**, ce sujet a été abordé par la conférence des présidents de CME de CHU et du groupe inter-universitaire, en relation avec la conférence des doyens.

IV - Point sur la réorganisation du traitement chirurgical des urgences nocturnes.

En prolongement de la présentation qu'il a effectuée avec M. CARLI devant la CME en novembre dernier sur l'organisation et la permanence des soins, **M. AIGRAIN** rend compte ce jour des conclusions issues d'une concertation d'une part avec les collégiales d'orthopédie, de chirurgie viscérale, d'anesthésie et des urgences et d'autre part avec les comités d'orientation des GHU.

1. La réorganisation des activités opératoires nocturnes.

a) Les objectifs poursuivis visent à :

- redistribuer le temps des médecins (anesthésistes, chirurgiens) et des soignants (infirmiers de bloc opératoire ou d'anesthésie) vers l'activité diurne programmée, compte tenu des contraintes réglementaires (réduction du temps de travail et repos de sécurité) et des impératifs liés à la T2A ;
- mieux organiser la prise en charge diurne des urgences chirurgicales sur chaque site.

Cette réorganisation ne se fonde pas sur la recherche d'économie ; en effet l'appel à candidature transmis aux hôpitaux s'accompagne de l'engagement de maintenir à chaque site les moyens libérés, qui lui sont nécessaires pour maintenir ou développer l'activité chirurgicale diurne. Cette activité fera l'objet d'un contrôle périodique.

b) Des pré-requis s'imposent :

- la régulation des transports inter-hospitaliers a été étudiée avec les SAMU. Sa mise en œuvre est prévue à la rentrée 2004 ;
- le maintien sur les sites qui renoncent à l'activité opératoire nocturne des moyens autorisant la continuité des soins vis-à-vis des patients hospitalisés tant dans les services de chirurgie que dans les autres ;
- l'accueil des patients transférés doit être assuré directement par les équipes chirurgicales du site opératoire nocturne sans passage préalable par le secteur d'urgences ;
- les sites conservant une activité chirurgicale nocturne s'engagent à accepter les patients régulés par le SAMU ou dirigés depuis un site ayant abandonné cette activité.

2. Les propositions d'organisation.

a) Les principes définis concernent :

- la pratique de l'activité d'orthopédie et de l'activité viscérale sur chaque site conservant une activité opératoire nocturne afin de ne pas éparpiller les moyens ;

- la séparation de l'activité chirurgicale nocturne de l'activité chirurgicale diurne et de celle des week-ends et jours fériés ;
- la plage horaire de l'activité opératoire nocturne s'étend de 20 heures au lendemain 8 heures ;
- la grande garde neurochirurgicale est intégrée au dispositif et les neurochirurgiens participeront à la prise en charge des polytraumatisés.

b) Les arbitrages proposés s'inspirent, déclare M. AIGRAIN, d'un équilibre entre le souhait exprimé par la DPM d'une rationalisation allant vers un site unique d'activités opératoires nocturnes par GHU et le désir de seize des dix sept équipes actuelles de maintenir leurs activités opératoires nocturnes.

Puis, il détaille par GHU les propositions de réorganisation du traitement chirurgical des urgences nocturnes :

niveau A : accueil des polytraumatisés, urgences chirurgicales à risque vital immédiat.

niveau B : traitement des urgences chirurgicales digestives et orthopédiques.

GHU est

Les hôpitaux souhaitent exercer une activité de niveau :

- A et B (local) pour la Pitié-Salpêtrière
- B en viscéral et en orthopédie pour Saint Antoine
- B en viscéral pour Tenon

Il est proposé un accueil de niveau :

- A et B pour la Pitié-Salpêtrière,
- B pour Saint Antoine,

L'activité viscérale de Tenon, certes couplée à une demi-garde d'urologie, ne justifie pas le maintien d'une garde complète.

GHU ouest

Les hôpitaux souhaitent exercer une activité de niveau :

- A et B pour Georges Pompidou,
- B en viscéral et en orthopédie pour Ambroise Paré,
- B en viscéral et en orthopédie pour Cochin,
- B en viscéral pour l'Hôtel Dieu.

Il est proposé un accueil de niveau :

- A et B pour Georges Pompidou,
- B en viscéral et orthopédie pour Ambroise Paré qui assure aussi une astreinte en chirurgie vasculaire,

- les patients examinés à Cochin et à l'Hôtel Dieu pourraient être pris en charge soit à Georges Pompidou ou à Ambroise Paré, soit à la Pitié-Salpêtrière.

Actuellement, les services d'orthopédie de Cochin s'investissent peu dans l'urgence traumatologique et l'activité opératoire nocturne viscérale est tournée majoritairement vers l'intérieur de l'hôpital. Quant à l'Hôtel Dieu, l'orateur laisse arbitrer la DPM car son activité opératoire nocturne se révèle faible en viscéral et en orthopédie, mais les moyens utilisés sont communs à la garde centralisée d'ophtalmologie.

GHU sud

Les hôpitaux souhaitent exercer une activité de niveau :

- A et B pour Henri Mondor et Bicêtre,
- B en viscéral et en orthopédie pour Antoine Bécclère.

Il est proposé un accueil de niveau :

- A et B pour Henri Mondor et pour Bicêtre situés dans des bassins de vie différents,
- Antoine Bécclère conservera une activité d'urgence diurne les week-ends et jours fériés. Les moyens de cet hôpital ne lui permettent pas d'assurer une séniorisation suffisante de la garde en orthopédie et en anesthésie. L'activité opératoire nocturne en chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique reste limitée et souvent différable au lendemain. Les patients d'Antoine Bécclère seront transférés la nuit soit à Bicêtre, Georges Pompidou ou Ambroise Paré.

GHU nord

Les hôpitaux souhaitent exercer une activité de niveau :

- A pour Beaujon,
- A' (urgences chirurgicales vitales sans polytraumatisés) pour Lariboisière,
- B en viscéral et en orthopédie pour Bichat et Avicenne,
- B en viscéral pour Jean Verdier (en alternance avec Avicenne) et pour Louis Mourier qui travaille dans le cadre d'une certaine mutualisation avec le CASH de Nanterre.

Il est proposé un accueil de niveau :

- A pour Beaujon (polytraumatisés),
- A' (urgences vitales hors polytraumatisés) et B local pour Lariboisière,
- B en viscéral et en orthopédie pour Bichat avec la participation des praticiens de Beaujon,
- B en viscéral et en orthopédie pour Avicenne.

M. AIGRAIN signale que le GHU nord comporte le plus grand nombre d'hôpitaux et la plus forte activité d'accueil et d'aval des urgences.

Important centre de prise en charge des polytraumatisés, Beaujon se trouve fragilisé par le transfert de la chirurgie thoracique et vasculaire à Bichat (une convention est prévue). Le maintien d'une garde d'orthopédie en son sein apparaît discutable.

Lariboisière dispose de l'ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge des urgences de niveau A du GHU et notamment d'un équipement de qualité en radiologie interventionnelle. Cependant, cet hôpital a besoin d'un renforcement quantitatif des équipes.

L'activité faible et les moyens d'Avicenne ne nécessitent pas a priori une double garde d'orthopédie et de viscéral. Cependant, pour cet établissement de la Seine Saint Denis, l'AP-HP doit se rapprocher de l'ARH-IF pour proposer un recentrage de l'activité opératoire nocturne du département sur Avicenne.

La faible activité nocturne de Louis Mourier ne justifie pas le maintien d'une garde.

Une réévaluation de l'ensemble du dispositif concernant le GHU nord devra être réalisée dans quelques années en fonction de l'évolution de l'activité des sites.

Enfin, l'orateur souligne le travail exemplaire mené entre les hôpitaux Saint Louis et Lariboisière pour assurer la prise en charge des urgences chirurgicales à Lariboisière avec la participation de chirurgiens de Saint Louis.

3. Conclusions.

Ce plan est proposé pour une période de cinq ans et sera accompagné d'une évaluation régulière et d'un suivi :

- du retentissement sur l'activité tant des centres conservant une activité nocturne que de ceux qui l'auront abandonnée ;
- du nombre des transferts et de leur coût ;
- du nombre des refus de transferts de patients et leur motifs ;
- des incidents et accidents.

Le rapporteur achève son exposé en indiquant que la première évaluation concernera la mise en œuvre de ce plan.

Le **président** ouvre tout d'abord la discussion en soulignant l'importance du sujet en raison du contexte actuel de la démographie médicale et de la réorganisation des urgences, laquelle s'intègre dans le cadre du projet médical de l'AP-HP. Eu égard aux enjeux, il conviendra de dépasser la défense des intérêts particuliers et de privilégier les intérêts de l'institution.

Puis, il demande un soutien fort de l'instance aux propositions issues de la réflexion approfondie du groupe de travail.

Suite à une intervention de **M. FAGON**, **M. AIGRAIN** indique que sur les seize sites candidats à l'activité opératoire nocturne, neuf à dix en fonction de la décision qui sera prise pour Avicenne et l'Hôtel Dieu, entrent dans le plan de réorganisation de l'activité chirurgicale de nuit. Il indique aussi que chaque site devra s'organiser pour répondre la nuit aux urgences concernant les malades hospitalisés lorsque l'évolution de leur état nécessitera le recours à une réanimation ou à une intervention.

M. FAGON note l'effort de regroupement induit par ce plan et estime utile d'évaluer les conséquences de la restructuration sur le volume des gardes et astreintes. Par ailleurs, en l'absence d'attribution de moyen supplémentaire aux sites de niveau A, il demande si l'on pourrait néanmoins envisager, en faveur de ces sites, la mutualisation de moyens provenant éventuellement d'autres sites, car la démographie des chirurgiens rendra parfois difficile d'assurer la continuité et la permanence des soins.

Deux facteurs influenceront le maintien des gardes en interne, répond **M. AIGRAIN**. Le premier correspond à la continuité des soins des patients hospitalisés en chirurgie ou en réanimation, le second à l'organisation du tri des patients et des décisions de transfert ou d'hospitalisation locale dans les services d'accueil des urgences. Le tri des patients par un médecin urgentiste ou par un chirurgien senior est l'un des pré-requis du projet. Cependant il adhère à la proposition de **M. FAGON** d'évaluer les économies générées par cette organisation.

Il encourage la mutualisation des moyens comme en témoigne celles prévues entre Saint Louis et Lariboisière, ou encore entre Beaujon et Bichat.

L'Ile de France disposant de treize ou quatorze SAU opérationnels 24 heures sur 24, il pense qu'il conviendra d'entreprendre dans l'avenir une réflexion qui compléterait la démarche en cours, sur les modalités de fonctionnement de ces sites d'accueil des urgences.

Les SAMU se sont engagés à soutenir ce processus intervient **M. LAPANDRY**, notamment pour le transfert des patients. Leur participation se fonde tant sur la régulation médicale des SAMU que sur la mise à disposition de transports infirmiers sécurisés afin d'absorber le surcroît d'activité. Il reste néanmoins à aplanir certaines difficultés relatives à la régulation de la prise en charge des urgences traumatiques par les pompiers. En outre, il se réjouit de la mention d'une recherche de concertation avec l'ARH-IF au sujet de l'activité nocturne d'Avicenne.

Pour sa part, **M. CARLI** insiste sur la nécessité de prendre des décisions et d'agir. L'AP-HP recherchant depuis 15 ans une modalité concrète d'organisation des urgences, il estime que le plan proposé n'a jamais été aussi proche d'une solution susceptible d'être mise en pratique. Le soutien de la communauté médicale s'avère fondamental.

Il rappelle trois notions importantes pour la suite du projet.

- *Le contrat* : l'engagement des communautés devra être clairement formalisé.
- *L'évaluation* : il suggère de réaliser une évaluation à mi-parcours de la période de cinq ans proposée pour l'exécution du plan.
- *Le suivi* : il évoque la création d'un comité de suivi de ce projet chargé de régler les problèmes pratiques.

Mme ABADIE demande quel sera l'impact de ce projet sur l'augmentation du nombre de transports de patients et quels seront les moyens supplémentaires qui y seront affectés. Par ailleurs, elle souhaiterait des informations sur la morbidité durant les transports.

M. AIGRAIN fait connaître qu'environ deux patients par SAU sont transférés vers les services de chirurgie au cours de la nuit ou durant le week-end. Moins de 50 % d'entre eux nécessiteront une intervention au cours de leur hospitalisation et ils seront encore moins nombreux à justifier d'une intervention la nuit. Il est néanmoins à craindre, que par souci de sécurité, pendant la période initiale de formation des équipes d'urgentistes, un grand nombre de patients soit transféré vers les sites conservant une activité opératoire nocturne afin de bénéficier d'un avis chirurgical.

Pour **M. DEBRE**, l'activité chirurgicale nocturne interne doit être préservée dans tous les hôpitaux car il lui paraît anormal qu'un service de chirurgie ne puisse ré-intervenir sur un de ses patients au cours de la nuit. Par ailleurs, il considère fondamentale la mutualisation des internes et des chefs de clinique assistants en raison de leur faible nombre et dans une perspective d'enseignement. Il souscrit à l'idée de M. CARLI d'estimer le dispositif au terme de 24 à 30 mois d'application, point de vue partagé par le **président**.

En sa qualité de président de la collégiale de chirurgie générale et digestive, **M. NORDLINGER** fait part de l'accueil méfiant et craintif de ce projet par ses collègues. Tout en reconnaissant le nombre très limité d'interventions nocturnes, ils craignent une réduction à terme de l'activité de leurs services. Il convient donc de bien expliquer que le plan prévoit que les services qui n'auront plus d'activité opératoire nocturne pourront redéployer vers la journée les moyens ainsi économisés. De plus, une astreinte s'avèrera utile pour la prise en charge d'éventuelles interventions nocturnes sur des patients hospitalisés dans l'hôpital.

Selon **M. PATERON**, cette réorganisation des services d'urgences nécessitera le renforcement des capacités de premier accueil, notamment dans les sites dépourvus d'activité chirurgicale nocturne afin de suppléer à l'actuel avis du chirurgien. En outre, puisque par définition, les cas de refus de transfert seront exclus, il lui semble que l'évaluation postérieure devra porter principalement sur les difficultés rencontrées par les services chargés de l'activité opératoire nocturne.

M. LACAU ST GUILY approuve la démarche initiée et pense inévitable la concentration des moyens dédiés à la prise en charge des interventions programmées. A cet égard, il souhaite que l'administration aide les équipes engagées dans un processus de concentration des moyens, tant pour l'activité d'urgence que pour l'activité programmée, car une telle réorganisation augmente la productivité mais aussi le stress, les efforts et les difficultés. Dans ce cadre, valoriser les hôpitaux n'accueillant pas les urgences opératoires nocturnes lui semble pertinent.

M. BERNAUDIN demande s'il existe dans Paris des structures non AP-HP acceptant les urgences nocturnes de niveau B et s'il est prévu d'étendre les syndicats inter-hospitaliers hors Paris à l'image de la convention passée entre l'hôpital Henri Mondor et le centre hospitalier inter-communal de Créteil.

M. AIGRAIN donne en réponse des éléments partiels : l'activité chirurgicale nocturne semble assez faible pour l'hôpital Saint Joseph et pour l'institut mutualiste Montsouris.

Du point de vue de **M. NAZAC**, la pénurie constatée des praticiens en formation en chirurgie et dans d'autres spécialités ne provient pas du hasard. Il lui semble donc utile de proposer des contrats d'objectifs et des évaluations régulières menées par des structures indépendantes dans le domaine de l'enseignement.

Au nom du syndicat des chirurgiens, **M. FAYE** précise que les chirurgiens apprécient l'évolution des propositions d'organisation qui retiennent dans certains cas deux sites par GHU au lieu d'un initialement envisagé et approuvent le fait que l'accueil des urgences chirurgicales relève de la responsabilité des chirurgiens.

Néanmoins, il formule trois séries de remarques :

- les centres de niveau A exclusif constituent une gabegie de moyens et le syndicat des chirurgiens réaffirme sa volonté de voir créer au moins deux centres par GHU prenant en charge l'ensemble des urgences chirurgicales dont un s'occuperait entre autre des polytraumatisés ;

- il souhaite que l'administration affirme rapidement sa volonté de faire avancer le dossier, à travers les arbitrages nécessaires sur l'implantation des sites retenus et l'organisation des urgences chirurgicales sur ces sites, à travers la définition de règles du jeu applicables aux sites non retenus, ou encore à travers l'établissement de procédures de mise en œuvre du plan et de son suivi. L'ensemble du dispositif demande des directives fermes de la part de la direction générale ;
- s'agissant du calendrier, les chirurgiens avaient proposé de débiter la restructuration avant l'été afin de la préparer en présence des principaux acteurs. Or la mise en œuvre du plan interviendrait en octobre. Faut-il continuer à avancer ou tendre une oreille attentive aux équipes des sites non retenus, demande l'orateur ?

En conclusion, il réaffirme que le syndicat des chirurgiens soutient activement la démarche mais que ce soutien est conditionné par la fermeté dont fera preuve l'administration dans l'exécution du plan. Ce soutien risquerait d'être plus nuancé si des modifications étaient apportées au dispositif.

Il s'avère en effet capital déclare **M. de PROST**, de travailler en collaboration avec le syndicat des chirurgiens dont le président M. CUGNENC avait appelé son attention sur ce dossier voilà un an. En revanche, il lui paraît difficile d'accélérer la date de mise en œuvre de la restructuration prévue au mois d'octobre 2004 dans le meilleur des cas.

A son tour, la **directrice générale** salue le travail réalisé et l'engagement personnel de MM. AIGRAIN et CARLI. Elle rappelle que la démarche a été guidée par la volonté d'assurer une meilleure prise en charge des patients sans disperser les moyens et non par celle de réaliser des économies. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du plan stratégique et le travail réalisé servira d'exemple à d'autres réflexions.

Puis, à l'adresse de MM. AIGRAIN et FAYE, elle s'attache à souligner que l'intérêt général de l'institution ne correspond pas à la somme des intérêts particuliers. En charge de l'intérêt général, elle donne l'assurance de son total soutien à la mise en œuvre de ce projet en octobre prochain. Elle approuve la proposition de constituer un comité de suivi et de procéder à une évaluation dont la périodicité reste à préciser.

Cette démarche lui semble exemplaire car il convient de raisonner en termes de contrats d'objectifs et de moyens en précisant les objectifs à atteindre et en définissant des indicateurs de résultats avant d'engager l'évaluation. On doit en effet être capable d'identifier les difficultés avant qu'elles ne s'érigent en problèmes majeurs mettant en péril l'ensemble.

A l'attention de Mme ABADIE, Mme VAN LERBERGHE précise que le thème des transports est étudié dans le cadre du plan stratégique.

M. RICHARD, rejoint par le **président**, propose le soutien de la CME au projet par un vote.

La CME exprime son soutien par 43 voix pour ; on note 1 abstention.

V - Avis de la CME sur la candidature de l'AP-HP à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance.

Le projet de candidature de l'AP-HP à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance hospitalière (cf. document remis aux membres de la CME) est soumis à l'avis de l'instance, indique **M. BOULANGER**. Le conseil d'administration se prononcera à son tour sur ce thème le 27 mai prochain.

Il explique que le projet de gouvernance vise notamment à organiser la convergence entre la fonction médicale et la fonction de gestion au sein de l'hôpital. Cette volonté se traduit en particulier au travers de deux éléments clés du dispositif conçu pour les établissements publics de santé :

- la création du conseil exécutif ;
- la mise en place des pôles d'activité.

Le conseil exécutif réunit huit membres de l'équipe de direction et huit membres de la CME dont un doyen. Sa mission consiste à :

- préparer le projet stratégique de l'établissement qui fera l'objet d'une délibération au CA ;
- suivre la réalisation des objectifs du projet stratégique notamment au niveau budgétaire ;
- proposer le cas échéant des actions correctrices.

Les pôles d'activité regroupent les services ou les unités fonctionnelles qui demeurent le niveau de prise en charge des patients. Les pôles ont une responsabilité de projet et de gestion encadrée par un contrat interne qui définit des objectifs d'activité et de qualité et les moyens affectés à ces objectifs.

Cette organisation, commente le secrétaire général, s'inscrit dans la logique de la tarification à l'activité. Il précise que l'AP-HP a souhaité s'engager dans l'expérimentation de la nouvelle gouvernance car la préparation en cours du projet stratégique en offre l'opportunité, et que plusieurs hôpitaux désirent souscrire à la démarche.

Il signale qu'une préfiguration du conseil exécutif a été installée à titre expérimental depuis le mois de février. Par ailleurs quatre hôpitaux, situés chacun dans un groupement hospitalier universitaire différent, participent à l'expérience. Ainsi, les hôpitaux Paul Brousse, Tenon, Lariboisière et Georges Pompidou s'engagent à :

- définir un projet de structuration en pôles d'activité pour septembre 2004 ;
- mettre en place deux pôles pour la fin de l'année ;
- être entièrement structurés en pôles au 31 décembre 2005.

Il indique que les 22 et 23 avril derniers les directeurs des hôpitaux, les présidents des comités consultatifs médicaux et les directeurs des soins se sont réunis pour réfléchir à la mise en place des pôles d'activité à l'AP-HP. Ce séminaire s'est conclu par une lettre co-signée de M. de PROST et Mme VAN LERBERGHE qui a été largement diffusée.

M. BOULANGER termine son exposé par quelques remarques.

L'organisation en pôle s'avère juridiquement possible dans le cadre des dispositions du code de la santé publique relatives aux centres de responsabilité et dans le cadre de l'application de l'amendement « Liberté ». Outre, les hôpitaux retenus pour l'expérimentation, tous les hôpitaux de l'AP-HP sont donc invités à réfléchir à une structuration de leurs activités en pôles.

Le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées a installé le comité de suivi de la réforme de la gouvernance. L'AP-HP devra rendre compte de son implication et des enseignements tirés de l'expérimentation. Au total, cent douze hôpitaux dont dix neuf CHU ont fait acte de candidature.

A l'issue de cette présentation, le **président** ouvre le débat.

Mme DEBRAY-MEIGNAN note la candidature de l'hôpital Paul Brousse alors que cet hôpital comprend peu de services et que deux des trois services de gériatrie se trouvent actuellement dépourvus de chef de service titulaire. Ce contexte lui semble peu propice pour organiser une réflexion au sein du site.

Cette démarche fournit l'occasion à l'AP-HP de faire preuve d'innovation, intervient **M. DRU**. A ce titre, la nouvelle gouvernance doit se réaliser avec les praticiens hospitaliers dans la transparence, la participation et la démocratie. Dans ce cadre, l'avis des praticiens hospitaliers élus aux conseils de pôles devrait être recueilli pour entériner la nomination des responsables de pôles et ces derniers devraient, à sons sens, intégrer le conseil stratégique.

Pour l'intervenant, l'unité fonctionnelle constitue la structure de proximité la plus efficace pour la prise en charge du patient. Aussi il se demande quelle sera la place réservée au service. Puis, il exprime le souhait des anesthésistes – réanimateurs d'envisager l'anesthésie – réanimation comme une activité indivisible dans le cadre des pôles.

Le service demeure le cadre de la prise en charge du patient et celui de l'exercice des fonctions d'enseignement et de recherche, déclare **M. BOULANGER**, tandis que le pôle assure la gestion de l'ensemble et l'arbitrage des moyens dévolus à l'activité.

La participation des chefs de pôle au conseil exécutif ne peut se concevoir au niveau de cette instance qui est unique au sein de l'AP-HP. En revanche, il apparaît nécessaire d'instituer un comité comparable à d'autres niveaux. Au niveau du GHU, le comité d'orientation est déjà une amorce de cette représentation. Au niveau de l'hôpital un tel comité devrait comprendre des représentants de la direction, de la communauté médicale, de la fonction d'enseignement et de la fonction soins infirmiers car cette dernière occupera une place déterminante pour le succès des pôles. Il convient cependant d'éviter de bâtir une instance trop vaste.

M. CORIAT précise que, à la suite de la communication de la direction générale sur les pôles, d'autres hôpitaux que les quatre sites qui sont candidats à l'expérimentation prévoient de créer des pôles. Dans ce cadre, il souhaiterait que soit confirmé que le support législatif qui permettra cette mise en place vient de l'amendement « Liberté » dont a fait état auparavant **M. BOULANGER**. Le **secrétaire général** répond par l'affirmative et souligne que la création de chaque pôle nécessite un acte distinct. **M. de PROST** ajoute que la création des pôles requiert son examen par le groupe des structures de la CME conformément aux indications de la lettre issue du séminaire sus-cité.

Mme VAN LERBERGHE observe qu'il existe diverses manières de réunir des structures et qu'il appartient aux acteurs de terrain de les proposer. Toutefois, dans un souci de cohérence, il revient à la direction générale de valider les suggestions formulées.

M. BAGLIN rappelle la triple mission de formation, d'enseignement et de recherche des CHU et des unités de formation et de recherche médicales. Les décisions des uns influent sur les autres tandis que tous doivent étroitement coopérer dans le cadre des réorganisations stratégiques.

La création des pôles d'activité induit des décisions stratégiques majeures avec des retombées au niveau universitaire insiste l'intervenant ; aussi, estime-t-il que les doyens et les facultés devront être associés de près à la concertation et à la décision qui permettront la création des pôles.

Favorable à la notion de pôle, **M. LEVERGE** considère tout d'abord que la CME doit être éclairée sur les conséquences de la création d'un pôle dans le cadre de l'amendement « Liberté ». En effet, l'article L. 6146-8 du code de la santé publique qui correspond à cet amendement permet au conseil d'administration, après avis conforme de la CME, de décider librement de l'organisation et du fonctionnement médical et de déroger à une organisation en services et en départements prévue par l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. Les CME se sont toujours opposées à cette mise en œuvre car elle revient à supprimer la notion de service.

Puis, il évoque l'article R. 5104-29 du code de la santé publique relatif aux fonctions du pharmacien chargé de la gérance d'une pharmacie à usage intérieur. L'article stipule que le pharmacien gérant doit exercer des fonctions de chef du service ou du département de la pharmacie ou de la structure constituée librement selon l'article L. 6146-8. A ce titre, selon l'orateur, le pharmacien gérant exercera de droit les fonctions de chef de pôle. **M. BOULANGER** acquiesce à la demande de M. LEVERGE de débattre de ce point avec lui.

M. DASSIER confirme que la communauté des médecins anesthésistes-réanimateurs est favorable à une nouvelle organisation plus efficiente et transparente. Elle ne peut concevoir le volet médico-économique du projet Hôpital 2007, qu'à condition que participation et démocratisation deviennent une réalité pour la gestion des établissements publics de santé, d'autant que la T2A sera la résultante de l'activité des praticiens hospitaliers. **M. DASSIER** demandant également quel est l'état de l'évolution du projet Hôpital 2007, **M. BOULANGER** explique qu'il s'agit d'un projet de texte de nature législative connu et stabilisé. La phase d'expérimentation permettra de concourir à sa finalisation avant une présentation du texte général au Parlement. Ce projet de texte ne constitue donc pas une loi.

M. BERNAUDIN souhaite savoir d'une part si les huit membres de la CME participant aux travaux du conseil exécutif sont mandatés par elle, d'autre part si les projets médicaux présentés dans ce conseil seront préalablement approuvés par la CME. Le **président** lui donne une réponse positive. Puis, il souligne à nouveau que les projets de structuration en pôles devront être soumis à l'avis du groupe des structures de la CME et à celui de la CME plénière.

M. LECOUTURIER fait connaître le résultat du vote du comité technique d'établissement : sur 17 votants, le projet a obtenu 14 voix contre et 3 voix pour. A l'examen du document, le résultat négatif lui semble juste. Il constate, à la différence de la CME, que le CTEC n'a pas été informé de la tenue du séminaire sur les pôles et encore moins invité, alors que l'application du dispositif impactera l'emploi, les conditions de travail des personnels, leur statut. Le CTE s'oppose donc à cette perspective en raison notamment de la mise à l'écart du personnel dans la préparation de l'expérimentation.

M. DECQ demande l'échéance d'une organisation en pôles pour les hôpitaux non expérimentateurs. Puis, il souligne la difficulté pour un hôpital de constituer des regroupements de taille suffisante. Il souhaiterait des précisions concernant la taille la plus adaptée.

Pour **M. de PROST**, la souplesse et le volontariat constituent des éléments plus importants que la taille des pôles. Dans les hôpitaux de Genève et Bruxelles, les pôles regroupent entre trois cents et quatre cents personnes. L'objectif avancé à l'AP-HP consiste à disposer de cent cinquante pôles. Leur taille variera même si une taille minimale non encore définie, apparaîtra sans doute.

Pour sa part, **M. BOULANGER** déclare que l'échéance sera fixée par la loi. Le projet évoque une généralisation de l'organisation par pôle pour la fin de l'année 2006.

A la question de **M. GOËAU-BRISSONNIERE** relative à la possibilité ou non de former des pôles inter-hospitaliers, la **directrice générale** déclare que l'objectif du pôle vise un pilotage médico-économique adossé à une forte délégation de gestion et un budget propre à chaque hôpital. La création de pôles inter-hospitaliers lui semble donc en contradiction avec ces éléments. Les coopérations entre les hôpitaux peuvent s'opérer par d'autres voies contractuelles.

M. DEBRE s'étonne de l'impossibilité de créer des pôles inter-hospitaliers alors que depuis un an les hôpitaux Necker et Cochin tentent de créer une telle structure.

Mme VAN LERBERGHE encourage la mise en commun de moyens entre ces deux sites qui peut se traduire sous la forme d'une fédération de gestion commune mais non par un pôle d'activité.

Mme GIBOUR s'interroge sur la place réservée aux sages-femmes cadres supérieurs dans le pilotage du pôle de périnatalité. Elle rappelle leur implication dans l'élaboration du plan périnatalité avec les obstétriciens. Mme GIBOUR attend une réponse précise et demande que la place des cadres supérieurs sages-femmes dans le pilotage des pôles soit clairement définie. En effet, actuellement un flou persiste en ce qui concerne les rôles respectifs des cadres supérieurs sages-femmes, de la direction des soins infirmiers et de la direction des ressources humaines, dans l'encadrement des sages-femmes.

M. de PROST ne peut apporter une réponse immédiate mais il reconnaît que les cadres supérieurs sages-femmes joueront un rôle important dans cette démarche.

La CME approuve la candidature de l'AP-HP à l'expérimentation de la nouvelle gouvernance par 38 voix pour ; on relève 2 abstentions.

VI - Communication sur la diffusion des documents relatifs à la CME.

A l'issue d'une réflexion menée par la direction de la politique médicale et Mme VERGER en charge de l'organisation de la CME, indique le **président**, un nouveau mode de diffusion des documents est proposé afin de réduire le volume de papier consommé dans le cadre des travaux de l'instance.

M. HOUSSIN développe le sujet en indiquant qu'à compter du mois de juin, les dossiers à examiner seront accessibles sur Internet de manière sécurisée. A cet effet, un login et un mot de passe seront transmis aux membres de la CME. Un message envoyé par mail signalera le moment auquel le dossier deviendra consultable.

Les comptes rendus approuvés des séances seront accessibles sur Internet depuis le domicile et pourront être imprimés. Les convocations aux réunions feront également l'objet d'un courrier électronique.

Le dossier pour le bureau de la CME et les éléments du dossier disponibles tardivement pour les réunions plénière et restreinte de l'instance continueront à être produits sur papier.

A terme, il est envisagé de créer un espace de discussion.

VII - Avis sur la demande d'extension des statuts du syndicat interhospitalier constitué entre l'AP-HP (hôpital Henri Mondor) et le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC).

Mme CHARPIOT expose que le syndicat interhospitalier a été créé en 1999 dans le cadre de l'autorisation commune aux deux hôpitaux de service d'accueil et de traitement des urgences. Il est proposé d'étendre l'activité du syndicat aux activités ambulatoires, en premier lieu la chirurgie plastique puis sans doute la chirurgie du sein.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité des 33 votants.

VIII -Avis sur des fiches de missions et structure.

La parole est donnée à M. MADELENAT qui commente le dossier remis aux membres de la CME.

Il mentionne d'abord le projet de déconcentration de compétences en matière de structures de la CME vers les CCM. Le nouveau dispositif se fonde sur :

- le circuit actuel qui comprend un examen des dossiers par le groupe des structures, par le bureau de la CME puis par la CME et enfin par le CA ;
- un circuit déconcentré, uniquement pour les unités fonctionnelles et les fédérations d'activités médicales associées internes aux établissements, qui donne aux CCM la validation de ces structures avant la présentation au CA.

Ensuite le rapporteur procède à la présentation des fiches étudiées en groupe des structures.

A) Fiches de missions et structure avec débat.

GHU nord

Avicenne – Jean Verdier :

- *Création d'une unité fonctionnelle d'hépatologie sur le site d'Avicenne, rattachée au service d'hépatogastroentérologie de Jean Verdier.*

Les réserves de forme émises par M. CHAUSSADE en réunion de bureau se sont traduites par quelques modifications intégrées dans la version définitive de la fiche.

Bichat :

- *Création d'une FGC d'hématologie et immunologie avec règlement intérieur.*
- *Création d'une unité fonctionnelle des dysfonctionnements immunitaires dans le service d'hématologie et immunologie.*

L'examen de ces fiches est repoussé à la prochaine réunion de la CME car le groupe des structures les a retournées à l'hôpital pour modification en raison de la présence d'un doublon de forme et de fond.

René Muret - Bigottini :

- *Modification du service de gérontologie, pavillon Jean Hamburger, vacant à la mutation du Pr BELMIN   Charles Foix, en service de gériatrie.*

La nomination d'un chef de service dépendant de cette fiche, elle est examinée de manière isolée alors que l'hôpital restructure l'ensemble de l'activité de gériatrie. Les autres fiches feront l'objet d'une présentation ultérieure.

GHU sud

Henri Mondor :

- *Révision du service de physiologie-explorations fonctionnelles, vacant depuis le 8 juillet 2003 avec*
- *Création d'une unité fonctionnelle d'explorations cardiovasculaires et de cardiologie interventionnelle au sein de ce service.*

En raison de l'existence de services de cardiologie sur le site, le rattachement de cette unité fonctionnelle surprend. La fiche a été défendue au plan historique par M. LE HEUZEY. Le groupe des structures a décidé de ne pas modifier la fiche qui bénéficie de l'aval de la communauté d'Henri Mondor.

GHU est

M. CORIAT rapporte les fiches suivantes.

Pitié - Salpêtrière :

- *Création d'une fédération de gestion commune de neurophysiologie clinique entre le service d'explorations fonctionnelles orienté en neurologie et le service de physiologie 2.*

La fédération entre ces deux services, dont le projet est de les installer dans le même bâtiment, à court terme, est également précurseur de leur fusion.

Tenon :

- *Modification du service de médecine interne orienté en allergologie en service de médecine interne et suppression des deux unités fonctionnelles au sein de ce service.*
- *Création d'un service de dermatologie allergologie avec deux unités fonctionnelles : unité fonctionnelle d'allergologie et unité fonctionnelle de dermatologie.*

Il s'agit d'un projet ambitieux et pertinent qui confère à Tenon le rang de centre de référence du GHU en dermatologie. La Pitié-Salpêtrière affirme sa volonté de coopérer à cette activité.

M. HOUSSIN considère ce projet intéressant car il rassemble les différents spécialistes du GHU au sein d'un service qui a vocation à s'organiser en département inter-hospitalier avec les sites de la Pitié-Salpêtrière et Saint Antoine. Le **président** conclut à la nécessité de créer le service de dermatologie – allergologie de Tenon et espère fortement que la coopération prévue avec la Pitié-Salpêtrière ne se fera pas aux dépens de l'indispensable activité de liaison en dermatologie de ce grand hôpital.

Puis, **M. MADELENAT** fait état de l'avancement de l'instruction de la fiche relative à la néphrologie de Tenon présentée précédemment en CME. Un accord est intervenu entre tous les intervenants.

Dorénavant, informe M. MADELENAT, lorsqu'une fiche comportera le maintien d'une double activité, deux rapporteurs seront désignés.

C'est ainsi que, MM. LEMAIRE et MOULIN (néphrologue strasbourgeois) sont pressentis pour étudier le contexte de la néphrologie à l'hôpital Tenon. Le **président** approuve ce choix.

Pour **M. LACAU ST GUILY**, il est urgent de régler cette situation d'autant que l'hôpital Tenon est un des quatre sites candidats pour expérimenter la mise en place des pôles et que l'on ne peut laisser penser que dans un des futurs pôles les plus emblématiques de Tenon, celui de l'uro-néphrologie, les services le composant ne se situeront pas pleinement dans des objectifs de complémentarité médicale et de gestion commune.

B) Fiches de missions et structure sans débat.

GHU sud

Antoine Béclère :

- Révision du service d'hépatogastro-entérologie au départ à la retraite du Pr CHAPUT le 1^{er} septembre 2003.

Bicêtre :

- Création d'une unité fonctionnelle de cytogénomique rattachée au service d'hématologie et d'immunologie biologiques, cytogénétique, traitement de l'hémophilie, thérapie transfusionnelle.
- Création d'une unité fonctionnelle de cytologie hémostase et immunologie rattachée au service d'hématologie et d'immunologie biologiques, cytogénétique, traitement de l'hémophilie, thérapie transfusionnelle.
- Création d'une unité fonctionnelle centre de référence pour le traitement des hémophiles et unité de thérapeutique transfusionnelle rattachée au service d'hématologie et immunologie biologiques, cytogénétique, traitement de l'hémophilie, thérapie transfusionnelle.

Henri Mondor :

- Révision du service de médecine interne composé de trois unités fonctionnelles, vacant au départ à la retraite du Pr SCHAEFFER le 1^{er} septembre 2004.
- Création d'une unité fonctionnelle de radiopharmacie rattachée au service de pharmacie.

GHU Ouest

Ambroise Paré :

- Création d'une unité fonctionnelle de dépôt de produits sanguins labiles rattachée au service d'anesthésie – réanimation.

Cochin – Saint Vincent de Paul :

- *Création d'une unité fonctionnelle de traitement des hémophiles rattachée au service d'hématologie de Cochin – Saint Vincent de Paul.*
- *Révision du service de gynécologie – obstétrique à orientation gynécologique vacant au départ du Pr DUBUISSON.*

Georges Pompidou :

- *Suppression du service de médecine interne au départ à la retraite du Pr SAFAR le 1^{er} septembre 2003.*
- *Fusion du service de biochimie A (hors CHU) au départ à la retraite du Pr MOATTI en janvier 2002, avec le service de biochimie B (CHU) du Pr BEAUNE.*
- *Modification du département de physiologie et radio-isotopes en département de physiologie-explorations fonctionnelles et radio-isotopes au départ à la retraite du Pr PAILLARD le 1^{er} septembre 2004, avec création de six unités fonctionnelles :*
 - *UF d'explorations rénales et métaboliques in vivo (Georges Pompidou) hôpital de jour,*
 - *UF d'explorations rénales et métaboliques in vitro (Georges Pompidou) dosages spécialisés et immunodosages,*
 - *UF d'explorations rénales et métaboliques adultes et pédiatriques (Necker – Enfants Malades),*
 - *UF d'explorations fonctionnelles respiratoires,*
 - *UF d'explorations neurologiques (Necker – Enfants Malades),*
 - *UF d'imagerie isotopique (Georges Pompidou).*

Necker – Enfants Malades :

- *Création d'une unité fonctionnelle de traitement de l'hémophilie rattachée au service d'hématologie clinique adulte de Necker – Enfants Malades.*

GHU nord

Beaujon :

- *Révision du service de neurochirurgie, vacant au départ à la retraite du Pr REY au 1^{er} septembre 2004.*

Jean Verdier :

- *Création d'une unité fonctionnelle de dépôt de sang médicalisé rattachée au service du président du CCM.*

Louis Mourier :

- *Création d'une unité fonctionnelle de dépôt d'attribution de produits sanguins labiles (PSL) rattachée au service d'hématologie biologique et immunologie.*

GHU est

Pitié – Salpêtrière :

- *Modification du service d'immunologie B à la mutation du Pr GLUCKSMANN à Saint Antoine en service de biothérapies.*

Saint Antoine – Tenon – Armand Trousseau – Rothschild :

- *Création d'une fédération d'activités médicales et biologiques associées (FAMBA) inter-hospitalière ; cancer-est entre les hôpitaux Armand Trousseau, Rothschild, Saint Antoine, Tenon.*

La CME rend un avis favorable sur les fiches de missions et structure à l'unanimité des 33 votants.

IX - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les membres votants de la CME se prononcent par 13 voix pour, 4 voix contre et 17 abstentions sur le renouvellement, les avenants et les nouveaux contrats d'activité libérale présentés.

X - Avenant à la convention associant l'hôpital Foch à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris – Ile de France ouest.

Cet avenant se justifie, explique M. ANTONINI, par le redéploiement, dans le cadre de la révision des effectifs pour l'année 2004, d'un emploi de professeur des universités – praticien hospitalier de chirurgie thoracique et d'un emploi de chef de clinique – assistant des hôpitaux d'urologie.

XI - Information sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2004.

M. ANTONINI remercie les membres de la CME de se référer au document qui leur a été remis pour information.

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

L'instance prend connaissance de ce point de l'ordre du jour par la lecture du document qui lui a été transmis à cet effet.

XIII - Information sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.

M. ANTONINI indique que sur instruction ministérielle, il est proposé de majorer les allocations du fonds de solidarité.

XIV - Approbation du compte-rendu de la séance du 9 mars 2004.

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité des membres votants.

XV - Questions diverses.

- Les centres du sommeil.

M. DUSSAULE tient à préciser que les centres du sommeil ne font pas l'objet d'une prolifération des structures mais de l'augmentation de la demande qui nécessite une structuration de l'activité. M. MADELENAT ne conteste pas l'intérêt de ces centres, il suggère simplement la concentration de l'activité sur des sites plus importants.

- Les techniciens de laboratoire.

M. BERNAUDIN signale la grève ce jour de cette catégorie de personnel, mouvement fondé sur les perspectives d'avenir incertaines de ce secteur d'activité au sein l'AP-HP.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 30.

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

Mardi 22 juin 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 9 juin 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.