

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU JEUDI 12 FEVRIER 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 9 MARS 2004**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du jeudi 12 février 2004

(salle du conseil d'administration)

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur la participation de l'AP-HP à six réseaux de santé ville / hôpital.
- 2- Point sur le rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la prise en charge des affections cardiovasculaires à l'AP-HP.
- 3- Information sur l'organisation de l'hospitalisation à domicile.
- 4- Information sur le retrait de l'AP-HP de l'association Claude Bernard.
- 5- Communication sur le budget primitif pour l'année 2004 et avis sur la décision modificative numéro 1 pour l'année 2004.
- 6- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 7- Désignation de représentants de la CME dans les commissions stratégiques par groupement hospitalier universitaire et au sein du comité stratégique de l'AP-HP.
- 8- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2004.
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 10- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 19 janvier 2004.
- 12- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Information sur la nomination de chefs de service et de chefs de département au 1<sup>er</sup> janvier 2004.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

### **Composition A**

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PU-PH.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2004.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - M. le Pr 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. BOULANGER, secrétaire général,
  - 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. GARNIER, directeur économique et financier,
  - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
  - M. NOIRE, directeur du personnel et des relations sociales,
  - Mme PANNIER, directrice de cabinet,
  
  - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
  - Mme BOURDIL, direction de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
  - M. le Pr DUBOURG, chef de service à l'hôpital Ambroise Paré,
  - Mme RODRIGUEZ, directrice de l'hospitalisation à domicile,
  - M. le Pr VADROT, président de la commission des réseaux,
  - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

\*

\*

\*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui souhaite la bienvenue à M. LECOUTURIER, adjoint technique de coordination, désigné par le comité technique central d'établissement pour représenter cette instance à la commission médicale d'établissement, en remplacement de M. SANSAC.

Il présente ensuite les excuses de Mmes ABADIE et PALAZZO et de MM. FRAU, HARDY, LEVERGE avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

### **I - Avis sur la participation de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris à six réseaux de santé ville / hôpital.**

En propos liminaire, **M. VADROT** dresse un rapide bilan de l'évolution des réseaux en 2003.

L'AP-HP participe à vingt six réseaux qui ont suivi 14 453 patients.

L'année dernière a vu naître le groupement de coopération sanitaire, structure juridique dotée de la personnalité morale, capable de formaliser les réseaux de santé ville / hôpital.

Dans le cadre de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), une dotation nationale au développement des réseaux de santé a été créée ; ainsi, les hôpitaux peuvent bénéficier d'un budget spécifique dédié aux réseaux de santé.

Suite au rapport remis par M. FIESCHI au ministre de la santé relatif à l'hébergement de données médicales, se profile l'élaboration d'un système informatisé d'informations médicales qui sera utile aux réseaux de santé.

Puis l'orateur énonce les six réseaux de santé (cf. document remis aux membres de la commission médicale d'établissement) soumis à l'aval de l'instance :

- réseau ville / hôpital de tabacologie Essonne – Val de Marne (REVETAB) centré sur l'hôpital Albert Chenevier ;
- réseau ville / hôpital de lutte contre la douleur (LCD) centré sur l'hôpital Saint Antoine ;
- réseau ville / hôpital VIH, addictions, précarité (ARES 92) centré sur l'hôpital Louis Mourier ;
- réseau ville / hôpital Bastille, consacré au VIH et centré sur l'hôpital Saint Antoine ;
- réseau ville / hôpital 93 – centre, consacré au VIH et centré sur l'hôpital Avicenne ;
- réseau ville / hôpital Paris – nord, consacré au VIH et centré sur le groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard.

Le **président** note un développement des réseaux grâce à l'impulsion de M. VADROT et aux réflexions des membres de la commission des réseaux.

S'agissant du réseau ville / hôpital Paris – nord, **M. CHAUSSADE** demande si l'AP-HP finance le dispositif qui prévoit des personnels chargés de la coordination médicale, de la coordination administrative et du secrétariat.

Par ailleurs, il considère utile de procéder à l'évaluation des réseaux afin de vérifier que les moyens correspondent aux activités.

Il est recommandé, répond **M. VADROT**, que chaque hôpital concerné crée une unité administrative regroupant l'ensemble des moyens affectés aux réseaux. Ce procédé permet une visibilité et une évaluation régulière des dépenses. Jusqu'en 2003, les réseaux étaient constitués sur la base des seuls moyens de l'AP-HP car on ne pouvait obtenir de crédits extérieurs à l'institution. Désormais, la dotation nationale au développement des réseaux permet à l'AP-HP de promouvoir ces derniers et de demander des financements extérieurs à hauteur parfois de plusieurs centaines de milliers d'euros.

La participation de l'AP-HP aux six réseaux reçoit l'approbation unanime des trente six membres votants.

## **II - Point sur le rapport du groupe de travail relatif à l'évaluation de la prise en charge des affections cardiovasculaires à l'AP-HP.**

Le **président** introduit le sujet en rappelant que dès la mise en place de la CME actuelle, il a demandé à M. DUBOURG d'évaluer la situation de la cardiologie, de la chirurgie cardiaque et de la chirurgie vasculaire en tenant compte des axes stratégiques déterminés il y a quelques années pour ce groupe de discipline.

**M. DUBOURG** indique que le rapport qu'il va présenter a été élaboré avec M. LE HEUZEY et M. GOËAU-BRISSONNIERE et qu'il est le fruit d'un travail engagé avec les trois collégiales et les directeurs des groupements hospitaliers universitaires (GHU). Comme l'a souligné M. de PROST, l'objectif de ce travail est tout d'abord d'évaluer la prise en charge des affections cardiovasculaires en comparant les données de l'année 2002 avec celles de 1997 qui avaient servi de références aux orientations stratégiques arrêtées en 1998. Il est aussi de dessiner les orientations actuelles et futures de la cardiologie, de la chirurgie cardiaque et de la chirurgie vasculaire.

La situation de ces disciplines, après les réorganisations arrêtées en 1998, est la suivante :

### **GHU nord**

Avicenne : le service de cardiologie de cet hôpital a été doté d'une unité de soins intensifs de cardiologie (USIC) sans coronarographie et est lié pour cette activité à Lariboisière.

Beaujon : le service de cardiologie de cet hôpital disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU) est équipé de moyens de coronarographie diagnostique et la cardiologie interventionnelle est réalisée à Bichat.

Bichat : *le pôle lourd de cardiologie* a été constitué en département avec un transfert de moyens venant de l'hôpital Tenon.

Lariboisière :

- le service de chirurgie cardiaque a été transféré à Bichat ;
- le service de cardiologie dispose d'une USIC et des moyens de réaliser des coronarographies interventionnelles et diagnostiques ;
- c'est aussi le centre de référence en rythmologie.

Louis Mourier : fonctionne en antenne du pôle lourd de Bichat.

### **GHU sud**

Antoine Béclère : le service de cardiologie de l'hôpital SAU fonctionne avec uneUSIC et l'autorisation d'exécuter 200 angioplasties par an.

Bicêtre : le service de cardiologie de cet hôpital SAU n'a pas d'USIC malgré une forte activité (43 000 passages par an). Une unité de quatre lits devait servir d'unité de soins intensifs de cardiologie dans le service de réanimation médicale.

Henri Mondor : *est le pôle lourd de cardiologie*. Il comprend deux services de cardiologie réunis en fédération de gestion commune (FGC), un service de chirurgie cardiaque, un service de chirurgie vasculaire.

### **GHU est**

Pitié-Salpêtrière : *ce pôle lourd* a regroupé des services de Necker et de Jean Rostand. Il comprend soixante cinq lits sur les cents dix prévus initialement, répartis entre un service de cardiologie, un service de chirurgie cardiaque et un centre de rythmologie. A cela s'ajoute un service de chirurgie vasculaire.

Jean Rostand : le centre de rythmologie a été transféré à la Pitié-Salpêtrière.

Saint Antoine : le service de cardiologie de l'hôpital SAU a développé une activité d'implantation de stimulateurs et a bénéficié de l'ouverture d'une salle de coronarographie. La cardiologie interventionnelle est adressée par convention à Henri Mondor.

Tenon : le service de cardiologie comporte uneUSIC et développe une activité d'angioplasties.

### **GHU ouest**

Ambroise Paré : le service de cardiologie comporte uneUSIC et développe une activité d'angioplasties.

Cochin : le service de cardiologie comporte uneUSIC et développe une activité d'angioplasties.

Georges Pompidou : *ce pôle lourd* a été constitué à partir des services de cardiologie des hôpitaux Boucicaut et Broussais.

Necker : *est le pôle lourd de pédiatrie* et dispose d'une antenne de cardiologie adulte rattachée à l'hôpital Georges Pompidou.

La situation devra être suivie à Avicenne dont l'USIC vient d'ouvrir, à Bicêtre dont les urgences cardiologiques ne semblent plus pouvoir être prises en charge en réanimation médicale, et à Louis Mourier qui constitue un SAU avec le CASH de Nanterre mais adresse ses urgences cardiologiques à Bichat.

Puis, l'orateur donne des éléments sur l'état des lieux de la cardiologie en 2002 et sur l'évolution constatée entre 1997 et 2002.

- Le nombre de services a diminué de 35 % passant de vingt à treize, le nombre de lits ouverts a diminué de 21 % (863 en 1997, 686 en 2002), le nombre de lits d'USIC a également diminué de 25 %.
- Malgré la diminution du nombre de lits de plus de vingt quatre heures, le nombre de patients hospitalisés a augmenté. En revanche, le nombre des entrées enUSIC s'est réduit de 22 %.

- Par ailleurs, le nombre de défibrillateurs implantés est passé de 47 en 1997 à 232 en 2002.
- L'AP-HP progresse aussi sur des segments d'activité qu'il convient de protéger : infarctus myocardique, syndrome coronarien aigu, angioplastie aiguë.
- Cependant, globalement l'activité d'angioplastie diminue alors qu'elle progresse de 38 % dans les autres secteurs hospitaliers de l'Ile de France. L'activité d'angioplastie programmée de l'AP-HP est donc en régression. Désormais, l'AP-HP assure 30 % de l'activité d'angioplastie aiguë d'Ile de France et seulement 20 % de l'activité d'angioplastie programmée.
- En ce qui concerne la destination des patients opérés, on constate que le nombre de patients venant de l'AP-HP et opérés à l'AP-HP régresse de 21 % alors que le nombre (faible) de ceux qui sont dirigés vers le secteur privé progresse.
- La valeur du point de l'indice statistique d'activité (ISA) des services de cardiologie reste inférieure à celle des autres services de l'AP-HP, mais elle progresse comme celle des autres services.
- Concernant la recherche, la structuration en pôles qui s'est faite en même temps que d'autres restructurations à l'INSERM, ou avec les créations des unités de recherche clinique (URC) doit permettre d'augmenter le poids de la discipline dans la recherche européenne. Pour les structures plus petites, des solutions doivent être proposées à travers des rapprochements avec les pôles lourds du GHU ou des contributions à des projets transversaux menés au niveau de l'AP-HP.

Pour la cardiologie et la chirurgie cardiaque, les propositions du groupe de travail sont présentées par **M. LE HEUZEY**.

#### 1- Propositions générales.

Le groupe de travail réaffirme l'importance du maintien d'un service de cardiologie sur chaque site disposant d'un SAU. Il propose que, dans un contexte de concurrence, soient privilégiés :

- l'activité d'angioplastie coronaire aussi bien programmée qu'en urgence, sans modification globale des moyens existants ;
- l'activité de rythmologie interventionnelle et l'organisation de la rythmologie autour d'un centre référent par GHU. La tarification à l'activité (T2A) permet désormais de financer les dispositifs implantables de cardiologie hors dotation globale et devrait conduire les hôpitaux de l'institution à exercer cette activité en ayant moins recours au secteur privé. En effet, en Ile de France, environ 80 % des stimulateurs sont actuellement implantés dans le secteur privé contre 50 % en province ;
- la prise en charge de l'insuffisance cardiaque grâce notamment à la constitution de réseaux ville / hôpital qui permettra d'optimiser le coût des traitements ;
- une préférence institutionnelle systématique concernant les malades à opérer en chirurgie cardiaque ;
- l'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge de facteurs de risque cardiovasculaire organisé par GHU en utilisant un modèle homogène au sein de l'AP-HP ;
- l'accroissement des lits de réadaptation et des lits de soins de suite.



## 2- Propositions par site.

### **GHU nord**

Lariboisière : sans aucune modification, il reste le service de référence de rythmologie ; la situation de la rythmologie doit être clarifiée car certains *pacemakers* sont implantés à Beaujon.

Beaujon : le transfert du service de chirurgie thoracique et vasculaire vers Bichat aura une incidence sur l'activité du service de cardiologie, notamment au niveau médico-technique. L'avenir de ce service doit donc être précisé.

Bichat : aucune modification dans les services.

Avicenne et Louis Mourier : des conventions doivent être formalisées entre l'hôpital Avicenne et le service de cardiologie de Lariboisière et entre l'hôpital Louis Mourier et le service de cardiologie de Bichat.

Robert Debré : une antenne de la cardiologie pédiatrique de Necker existe à l'hôpital Robert Debré et doit subsister.

### **GHU est**

Trois scénarios ont été évoqués concernant les hôpitaux Saint Antoine et Tenon :

- le maintien en état de deux services de cardiologie ;
- la migration du service de Tenon vers la Pitié-Salpêtrière afin de regrouper l'activité d'angioplastie coronaire sur le pôle lourd ;
- le regroupement sur un site des activités de cardiologie de Tenon et de Saint Antoine.

Les deux derniers scénarios conduiraient à supprimer dans un hôpital SAU un service avec USIC alors que l'activité est forte dans tous ces hôpitaux ; aucun consensus ne s'est dégagé pour ces solutions.

### **GHU sud**

Bicêtre : l'idéal serait que le service de cardiologie de l'hôpital Bicêtre – SAU comprenne une unité de soins intensifs ce qui suppose de nouveaux moyens. L'autre solution consiste à envisager un transfert du service à Antoine Bécclère à condition de résoudre le problème de la prise en charge des malades de cet hôpital SAU.

Antoine Bécclère : il s'agit de renforcer ce pôle soit à travers un transfert sur le site du service de Bicêtre, soit à travers un renforcement des liens avec l'hôpital Marie Lannelongue.

Henri Mondor : création d'un pôle associant le service de chirurgie cardiaque, le service de chirurgie vasculaire et la fédération des deux services de cardiologie.

### **GHU ouest**

Necker : réaffirmation du pôle lourd pédiatrique.

Ambroise Paré, Cochin : aucun changement.

Georges Pompidou : à terme, envisager la création d'un département regroupant les deux services de chirurgie cardiaque.

L'état des lieux et les propositions du groupe de travail portant sur la chirurgie vasculaire sont relatés par **M. GOËAU-BRISSONNIERE**.

Sur un plan général, l'orateur précise que 65 % de l'activité de chirurgie vasculaire est réalisée par les centres privés au sein desquels l'activité veineuse prédomine. L'AP-HP prend en charge 10 % de l'activité relative à la chirurgie veineuse et 60 % à 70 % de la chirurgie artérielle.

En 2002, on dénombrait 2 778 séjours chirurgicaux vasculaires qui ont été réalisés principalement dans cinq centres de l'AP-HP (Ambroise Paré, Beaujon, Georges Pompidou, Henri Mondor, la Pitié-Salpêtrière). Le nombre de séjours chirurgicaux venant des urgences s'élevait à 400.

Le groupe de travail recommande :

- un dimensionnement suffisant des services ;
- de ne maintenir une activité de chirurgie vasculaire que dans les services agréés par le collège de chirurgie vasculaire, ce qui implique un nombre de procédures supérieur à 250 par an ;
- la constitution de pôles radiologique médicaux et chirurgicaux de référence ;
- un adossement à une activité de médecine vasculaire ;
- un regroupement du traitement des urgences dans un centre par GHU ;
- une préférence institutionnelle pour les malades à opérer venant des services de l'AP-HP.

Sur le plan territorial, les recommandations portent sur :

#### **GHU est**

Pitié-Salpêtrière : aucun changement.

Tenon : cet hôpital qui ne dispose plus de chirurgien vasculaire à plein temps ne devrait plus développer d'activité chirurgicale vasculaire.

Urgences : à assurer par la Pitié-Salpêtrière.

#### **GHU nord**

Beaujon : transfert du service de chirurgie vasculaire à Bichat.

Avicenne : maintien de la situation actuelle.

Bichat : intégration de l'activité de Beaujon.

Urgences : à assurer par l'hôpital Bichat.

#### **GHU sud**

Henri Mondor : regroupement en pôle des services de chirurgie cardiaque et de chirurgie vasculaire.

Bicêtre : réflexion à conduire sur l'activité de cet hôpital.

Urgences : à assurer par Henri Mondor.

## **GHU ouest**

Ambroise Paré :

- redimensionnement du service ;
- constitution d'un pôle avec la cardiologie et la radiologie vasculaire.

Georges Pompidou : maintien de l'activité de chirurgie vasculaire au sein du département de chirurgie cardiaque.

Cochin, Hôtel Dieu : compte tenu de la faiblesse de l'activité, situation à réexaminer.

Urgences : à assurer par Ambroise Paré.

A l'issue de ces exposés, la discussion est ouverte.

**M. BERNAUDIN** précise que le service de l'hôpital Tenon est un service de chirurgie thoracique et vasculaire et que la disparition du volet vasculaire vise à favoriser le développement de l'activité thoracique du service. **M. GOËAU-BRISSONNIERE** confirme cette précision.

**M. LAPANDRY**, tout en félicitant les auteurs du rapport, confirme le rôle primordial des sites de cardiologie interventionnelle de l'AP-HP et leur implication dans de nombreux protocoles de recherche, mais qui doivent malgré cette réputation, faire face à une concurrence importante des établissements privés. Il souligne, par ailleurs, que la place importante occupée par les sites de l'AP-HP dans la prise en charge des infarctus du myocarde (IDM) à la phase aiguë est en grande partie liée à la stratégie des quatre SAMU de l'AP-HP qui adressent directement les patients en salle de cathétérisme, de nuit comme de jour. Cette stratégie mise en place par les SAMU et les services de cardiologie de l'AP-HP est en accord avec les recommandations internationales qui préconisent un traitement le plus précoce possible des IDM.

Par ailleurs, il signale l'intérêt du registre francilien de coro-angioplasties pour comparer les données.

**M. DUBOURG** précise qu'il est difficile d'obtenir des données au niveau régional et notamment celles provenant de l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF). Néanmoins l'étude a intégré certaines données comparatives qui ont pu être recueillies.

**M. LEPAGE** indique d'abord que la diffusion des données du registre de cardio-interventionnelle de la région doit respecter certaines règles de confidentialité. C'est pourquoi, l'AP-HP ne dispose pas des données concernant l'ensemble des hôpitaux ou cliniques de la région.

Puis, il souligne que déjà en 2003, l'activité d'angioplastie a fortement progressé à l'AP-HP grâce à la possibilité de poser les *stents* cotés. L'application de la T2A avec une facturation particulière des *stents* peut aussi bénéficier au secteur privé qui va développer son activité de cardiologie interventionnelle.

Par ailleurs, il précise qu'on relève dans les domaines des activités cardiovasculaires de l'AP-HP une diminution de l'activité, corrélée avec celle du nombre de points ISA.

Concernant la chirurgie cardiaque, les chiffres dont il dispose montrent une forte progression de l'activité du secteur privé alors que celle de l'AP-HP est en baisse. Il est possible notamment que les patients de Lariboisière se soient orientés vers ce secteur depuis l'arrêt de l'activité de chirurgie cardiaque sur ce site.

**M. LE HEUZEY** rappelle que les statistiques relevées dans le rapport présenté montrent qu'il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de patients transférés vers les structures privées par des services de cardiologie médicale de l'AP-HP.

Les patients dont fait état **M. LEPAGE** sont vraisemblablement des patients qui ont été dirigés vers le secteur privé dès l'origine. Cette situation provient de la diminution du nombre de lits de cardiologie de l'AP-HP.

Par ailleurs, souligne **M. DUBOURG**, alors qu'un patient sur deux hospitalisés à Ambroise Paré en service de cardiologie était autrefois opéré, l'angiographie coronaire a réduit cette proportion à un sur huit. De plus, les services de chirurgie cardiaque de l'AP-HP qui disposent de services de cardiologie à proximité n'ont pas enregistré une augmentation importante de leur activité. En revanche, les services de cardiologie qui se sont spécialisés dans des domaines particuliers (urgence, syndrome coronarien aigu, infarctus...) ont vu leur activité augmenter, qu'ils soient adossés ou non à un service de chirurgie cardiaque. C'est pourquoi, il n'existe plus d'association systématique sur un même site de services de chirurgie cardiaque et de services de cardiologie.

**M. GUILLEVIN** observe que les statistiques ne prennent pas en compte les malades vus en consultations à l'AP-HP et qui pourraient ensuite être dirigés vers le secteur privé.

**M. DUBOURG** précise qu'il est rare que les cardiologues de l'AP-HP transmettent directement leurs patients au secteur privé sans que ces derniers ne bénéficient d'un bilan préopératoire à l'AP-HP.

**M. GUILLEVIN** pense que l'absence de plateau technique en aval desUSIC permettant de pratiquer des angioplasties constitue une perte de chance pour les patients.

**M. DUBOURG** explique qu'effectivement la prise en charge d'un syndrome coronarien en phase aiguë relève soit d'une angioplastie, soit de la trombolysé. Cette dernière peut être pratiquée dans toutes lesUSIC. En revanche, la situation actuelle pour l'angioplastie peut constituer une perte de chance pour le malade.

Dans ce cas, faut-il alors maintenir desUSIC sans plateau technique permettant de faire des angioplasties s'interroge **M. GUILLEVIN**.

**M. LE HEUZEY** indique qu'il y a trois niveaux d'urgences en cardiologie. Le niveau le plus élevé correspond au syndrome coronarien aigu qui nécessite une angioplastie réalisée le plus rapidement possible dans certains centres. Le second niveau correspond à des urgences nécessitant une prise en charge enUSIC. Le troisième niveau correspond à des urgences moins sévères différées.

En province, les centres hospitaliers généraux sont distants d'environ cinquante kilomètres des centres hospitaliers universitaires qui disposent d'un plateau technique d'angioplastie. La difficulté, à Paris, se situe en amont pour les patients rejoignant par leurs propres moyens le service d'urgence d'un hôpital SAU sans service de cardiologie capable de faire des angioplasties.

Il propose pour résoudre ce problème de se rapprocher des SAMU pour que ces patients soient dépistés et orientés plus vite vers les centres capables de réaliser des angioplasties.

**M. AIGRAIN** considère que le nombre d'urgences de chirurgie vasculaire étant faible (1,5 par GHU et par semaine), il est souhaitable que les services de chirurgie vasculaire assurant leur prise en charge soient situés dans les hôpitaux qui conserveront une activité opératoire nocturne et de week-end.

**M. PATERON** estime que la répartition au sein de l'AP-HP des séjours de chirurgie vasculaire urgents doit être un élément de la réflexion pour l'organisation de l'activité opératoire d'urgence au sein des GHU. Il pense que les services référents devront accepter tous les malades des services d'urgences relevant d'un acte opératoire de chirurgie vasculaire urgent, y compris ceux qui ne sont pas actuellement adressés à l'AP-HP et que le dispositif devra s'articuler avec les sites d'activité chirurgicaux non vitaux des GHU.

**M. GOËAU-BRISSONNIERE** le rassure en indiquant que le nombre d'urgences prises en charge par le secteur privé est faible.

**M. SCHLEMMER** signale à la CME que pour déterminer des actions à mener concernant les activités médicales, son groupe et le groupe stratégie et prospective animé par **M. RICHARD** se réunissent en intergroupes. Il estime que les données présentées devront être examinées dans ce cadre pour élaborer des suggestions et mieux positionner l'AP-HP au sein des activités développées par les disciplines cardiovasculaires en Ile de France.

**M. DASSIER** demande s'il existe des informations sur l'évolution de l'attractivité des services de chirurgie cardiaque en province ou à l'étranger. **M. LEPAGE** propose de transmettre ces données aux membres de l'instance.

**M. HOUSSIN** précise que les orientations de ce rapport concernant la rythmologie, l'aval, la prévention, l'angioplastie éclaireront les discussions stratégiques en cours au niveau des GHU. Concernant la chirurgie cardiaque, il se demande si le poids de celle-ci en région Ile de France ne serait pas mieux affirmé si les forces de cette spécialité étaient regroupées, par exemple autour de deux sites.

**M. LE HEUZEY** rappelle que la collégiale des chirurgiens cardiaques souhaite le maintien de quatre pôles lourds. Si une réduction du nombre de sites était cependant décidée, il faudrait veiller à ce que les regroupements permettent d'accroître l'activité. A cet égard, il fait remarquer que l'ouverture du centre de l'hôpital européen Georges Pompidou, fruit d'un regroupement de services venant d'autres hôpitaux, n'a pas eu une traduction aussi favorable que prévu sur l'activité globale de l'AP-HP.

Pour **M. DUBOURG**, de futurs regroupements nécessiteraient effectivement un examen approfondi avec les chirurgiens cardiaques.

**M. PIETTE** regrette que le rapport ne contienne pas de données sur l'âge des patients traités au sein des différentes structures.

Le rapport, remarque-t-il, préconise que les structures de rééducation cardiaque doivent être situées sur le site des pôles lourds ; il considère que ces implantations seront difficiles à réaliser, faute de place. C'est pourquoi si, parmi les patients qui justifient de la rééducation cardiaque, il y a un fort contingent de personnes âgées de plus de soixante cinq ans, il lui paraîtrait préférable de créer les structures de rééducation et de soins de suite cardiaques dans les hôpitaux gériatriques proches des SAU. En effet, les gériatres ont l'habitude des traitements cardiovasculaires. Cependant, dans ce cas, il faudrait orienter vers la cardiogériatrie un certain nombre de jeunes cardiologues.

Pour améliorer la prise en charge des urgences cardiovasculaires, **M. CHAUSSADE** estime indispensable que les hôpitaux SAU passent des conventions avec des centres de cardiologie équipés pour poser des *stents* et avec des services de chirurgie vasculaire qui soient capables de se mobiliser rapidement vingt quatre heures sur vingt quatre.

Dernièrement, son service a dû diriger un malade relevant de la chirurgie vasculaire en urgence vers un établissement privé participant au service public hospitalier après avoir fait appel en vain à deux centres de l'AP-HP.

Le **vice-président** intervient pour rappeler que cette option pose le problème du transport des malades vers ces centres et celui de s'assurer que les centres capables de réaliser les angioplasties ont les moyens suffisants pour intervenir vingt quatre heures sur vingt quatre.

**M. DUBOURG** rappelle que ce rapport a pour but de fournir des éléments en vue d'une décision sur l'organisation à cinq ans des activités cardiovasculaires.

Par ailleurs, il considère que la politique passée consistant à diriger vers le secteur privé certains chirurgiens qui ne pouvaient être nommés à l'AP-HP a pour conséquence actuelle une prise en charge de certaines urgences lourdes par le secteur privé, situation qu'il dénonce comme M. CHAUSSADE.

Enfin, à l'intention de M. PIETTE, il indique que concernant les soins de suite ce rapport est certainement incomplet et que de jeunes cardiologues souhaiteront vraisemblablement être nommés dans la spécialité de gériatrie.

**M. CARLI** note que les données de la littérature scientifique et les statistiques de la région qui permettent d'évaluer les temps de transports, montrent clairement que le circuit adapté concernant une douleur thoracique faisant suspecter un syndrome coronarien aigu revient à contacter le 15, qui fait appel à l'équipe du SMUR pour diriger le malade vers un service spécialisé.

Pour les patients arrivant directement dans les services d'urgences, ou pour ceux dont le bon diagnostic n'a pu être opéré lors de l'appel au centre 15, il convient de mettre en oeuvre un système de transfert efficace. Un protocole de prise en charge de ces patients est à mettre en place avec les SAMU.

**M. DESMONTS** signale que d'éventuelles restructurations portant sur la chirurgie cardiaque doivent tenir compte du rôle de ces centres en matière de formation et de recherche, des investissements importants qui y ont été réalisés et d'une déstabilisation possible des équipes. Pour sa part, il estime que la fermeture d'un centre de chirurgie cardiaque aura pour effet de transférer une partie du recrutement vers le secteur privé et sera sans bénéfice pour l'AP-HP.

Le **président** clôt ce débat intéressant qui fait suite à un rapport de grande qualité. Ce type de travail doit être réalisé au sein ou à la demande de la CME pour asseoir les décisions stratégiques.

### **III - Information sur l'organisation de l'hospitalisation à domicile (HAD).**

En préambule, **Mme BOURDIL** indique que ce travail a été réalisé par un groupe ad-hoc constitué sous la présidence de M. PIETTE. Il fait suite à une demande de la CME en faveur d'une réflexion sur les nouvelles orientations de l'HAD. Après une évaluation de la situation actuelle, un plan d'actions est proposé qui vise à réorganiser le service médical de coordination et à répondre aux besoins d'aval des hôpitaux.

Actuellement, 95 % des admissions de l'HAD concernent des patients provenant de services hospitaliers de l'AP-HP. Seulement 2 % des patients sont issus de la médecine libérale et 3 % des hôpitaux ne relevant pas de l'AP-HP.

Les services adressant des patients sont des services de médecine (76 % des patients de l'HAD) avec une prédominance de services ayant une activité d'oncologie, des services d'obstétrique (16 % des patients de l'HAD) et des services de pédiatrie (8 %).

Les premiers constats font apparaître un recrutement limité à quelques services et une activité concentrée sur certaines prises en charge qui ne correspondent pas complètement aux besoins prioritaires de l'AP-HP. Ce décalage a notamment pour cause une procédure d'admission insuffisamment médicalisée, non accompagnée de projet thérapeutique, et engendrant des délais trop longs pour l'admission. Par ailleurs, les services prescripteurs sont mal informés des possibilités offertes par l'HAD. Enfin, les partenariats avec les structures de ville et la médecine libérale sont insuffisants pour organiser un processus global de prise en charge du patient.

Le plan d'actions élaboré vise sept objectifs :

- restructurer la fonction de coordination. Il s'agit de renforcer la participation du corps médical en organisant pour chaque GHU une coordination médicale et en mettant en place un numéro d'appel unique ;
- médicaliser l'admission. Il s'agit de confier à l'HAD la réalisation d'un projet thérapeutique. C'est pourquoi l'admission doit reposer sur un médecin qui aura à mettre en oeuvre le projet thérapeutique en lien avec le médecin traitant du malade et le médecin prescripteur. Ce processus qui doit se faire à moyens constants doit être accompagné d'une informatisation du processus d'admission qui facilitera la relation entre la prescription du médecin hospitalier et l'accueil par le médecin de l'HAD ;
- repositionner l'activité de l'HAD sur les besoins d'aval des hôpitaux. Dans ce cadre seront notamment soutenues les chimiothérapies à domicile dès lors qu'elles s'accompagnent de soins justifiant une hospitalisation, les prises en charge gériatriques ou concernant des handicapés neurologiques. Cent lits seront consacrés en 2004 à ces deux dernières activités ; ce nombre pourrait être progressivement étendu les années suivantes. En revanche, une grande partie de la prise en charge du post-partum physiologique sera désormais assurée par les sages-femmes libérales si le réseau existe sur Paris intra-muros ;
- améliorer la lisibilité des procédures et la communication. Il s'agit de conduire ces améliorations tant au bénéfice des établissements de l'AP-HP que des partenaires de ville.

Dans ce cadre, des profils types de prise en charge par discipline seront proposés aux collégiales pour validation ;

- adapter la structure de l'HAD à la demande des patients et à celle de l'institution. Pour estimer le besoin de chaque structure et évaluer les places nécessaires en HAD, des comparaisons seront menées entre les malades hospitalisés dans les services hospitaliers et les profils types de malades relevant de l'HAD ;
- développer les liens avec la médecine de ville. Le groupe souhaite que l'HAD ouvre ses admissions à la médecine de ville, afin d'alléger le circuit actuel qui conduit les médecins de ville à adresser leurs patients aux services d'urgence ;
- contractualiser avec les prescripteurs hospitaliers et libéraux. Pour chaque mode de prise en charge, une charte d'engagement – qualité sera établie.

**M. PIETTE** complète cette présentation en remerciant tout d'abord M. LEBRETON qui a contribué à la rédaction du rapport et l'ensemble des personnes extérieures à l'AP-HP qui ont participé à ce travail (représentants des syndicats d'infirmiers libéraux, représentants de la direction des affaires sanitaires, économiques et sociales, représentants des élus, ...).

Puis, il confirme les activités qui pourraient prioritairement être développées à l'HAD : les soins de suite ou le dernier tiers de l'hospitalisation en soins de suite, la gériatrie et la prise en charge du handicap avant la fin de l'année 2004.

**Mme FRANCES** regrette de ne pas avoir trouvé dans le rapport un organigramme de l'HAD, le nombre de lits disponibles, le nombre et la qualification des personnels, une comparaison du coût d'une journée HAD avec celui d'une hospitalisation de jour et avec le coût de la prestation d'un infirmier à domicile. En effet, réaliser une chimiothérapie en hôpital de jour ou à domicile lui paraît nécessiter une prise en compte d'éléments sur la surveillance, sur le risque et sur le coût.

**M. CHAUSSADE** salue la clarté du rapport. Il souhaiterait que soient mieux définies les missions susceptibles d'être réalisées par les infirmiers libéraux ou par l'HAD. Par ailleurs, en ce qui concerne la chimiothérapie, il lui paraîtrait préférable de développer les prises en charge en hôpital de jour plutôt que des prises en charge en HAD. Ces dernières présentent le risque de diluer les responsabilités entre le médecin hospitalier prescripteur et le médecin traitant et ne permettent pas de suivre les effets secondaires des chimiothérapies prescrites.

**M. GUILLEVIN** pense tout d'abord lui aussi que l'HAD doit se consacrer prioritairement à la prise en charge des personnes polyhandicapées ou âgées. En second lieu, il indique sa réticence concernant la nomination de médecins coordinateurs car les médecins à qui ce type d'activité transversale a été confié ont en réalité des activités mal cernées par rapport au médecin prescripteur, au médecin traitant, aux infirmiers.

**Mme DEGOS** souhaite savoir comment l'HAD s'articule avec les réseaux ville / hôpital.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** demande combien de personnels de l'HAD sont affectés aux tâches administratives et quelles sont leurs fonctions.

**Mme RODRIGUEZ**, directrice de l'HAD répond aux différentes questions des intervenants.

L'HAD regroupe six cent trente personnes dont quatre vingt personnels administratifs en charge du service du personnel, du service financier, de la logistique, des travaux et de l'informatique.



Par ailleurs, elle comprend huit services adultes (seize unités), un service d'obstétrique (une unité) et un service de pédiatrie (deux unités). Chaque unité fonctionne avec un cadre infirmier, une ou deux secrétaires hospitalières, des infirmiers, des aides-soignants. Ces derniers, qui doivent être capables de gérer seuls les situations à domicile, sont recrutés avec un minimum de trois ans d'activité hospitalière, essentiellement en services d'oncologie, de réanimation et de soins intensifs. En outre, interviennent des professionnels de ville (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes...) auxquels l'HAD fait appel.

Concernant l'obstétrique, Mme RODRIGUEZ précise qu'une circulaire ministérielle prévoit que les sages-femmes libérales peuvent prendre en charge le post-partum physiologique, ce qui limiterait à 20 % les interventions de l'HAD dans ce domaine.

Le coût total d'une journée d'HAD s'élève à cent soixante trois euros (hors post-partum). Cependant ce coût ne tient pas compte des examens réalisés dans les hôpitaux. Mme RODRIGUEZ souhaite que ces dépenses puissent être intégrées dans les coûts de l'HAD et à cette fin, elle s'est rapprochée de la direction économique et financière. Au total, elle chiffre le coût réel d'une journée d'HAD à environ cent soixante dix euros, après intégration de la rémunération des interventions des professionnels libéraux et du coût des examens hospitaliers.

La **directrice générale** insiste sur le gain social procuré par l'HAD à côté du gain financier. Lorsqu'elle a accompagné un infirmier de l'HAD lors de ses visites aux patients, elle a été impressionnée par la satisfaction de ces derniers et par celle de leur famille.

Le **président** craint que les améliorations à apporter au fonctionnement de l'HAD ne puissent être réalisées à moyens constants. Il remercie les auteurs de ce rapport et souhaite que des présentations régulières de l'évolution de ce dossier soient faites en CME.

Avec l'accord du président, **M. PIETTE** continuera à suivre pour la CME l'application des recommandations du rapport.

#### **IV - Avis sur le retrait de l'AP-HP de l'association Claude Bernard.**

**M. BOULANGER** explique que l'association Claude Bernard a été créée en 1953 pour financer la recherche au sein de l'AP-HP et des facultés de médecine et pour souscrire des contrats de recherche sur fonds privés. L'AP-HP et la ville de Paris en étaient les deux membres fondateurs aux côtés d'autres collectivités territoriales, de la caisse régionale d'assurance maladie et de la Fondation pour la recherche médicale française.

Depuis 1953, les modalités de structuration et de financement de la recherche médicale ont évolué et le mode de fonctionnement de l'association Claude Bernard ne correspondait plus aux exigences actuelles. C'est pourquoi, les collectivités locales, dont la ville de Paris ont cessé de financer l'association. De ce fait, cette dernière sera en cessation de paiement très rapidement. Par ailleurs, l'AP-HP souhaite avoir la pleine maîtrise de sa politique de recherche.

La perspective de dissolution de l'association a conduit à envisager une solution consistant à permettre à l'AP-HP de bénéficier des fonds publics et des fonds propres de l'association en contrepartie du recrutement des personnels rémunérés sur ces fonds.

La discussion ayant été ouverte, **M. DUSSAULE** prend la parole pour regretter la disparition de cette association et dans le contexte actuel pour se féliciter que l'AP-HP prenne en charge les personnels dépendant de l'association Claude Bernard. Il redoute cependant que la dissolution de cette dernière ne corresponde à un nouveau recul de la recherche en France et à une diminution de son importance au sein de l'AP-HP.

**M. LEGRAND** évoque l'association ADEBIOPHARM qui bénéficie d'une convention avec l'AP-HP dont le renouvellement est justifié. Cette association regroupe une trentaine d'équipes, a essentiellement une activité d'expertise et permet une souplesse de fonctionnement. Il souhaiterait que le directeur économique et financier informe l'instance de l'état de renouvellement de la convention.

**M. GARNIER** spécifie que le renouvellement de l'association ADEBIOPHARM ne pose pas de problème de principe. Il s'agit cependant de définir dans la convention des règles de bonnes pratiques et d'échanges d'informations. Par ailleurs, l'AP-HP étudie la proposition de l'association d'étendre son activité à la recherche clinique, afin notamment de compenser la perte des prestations assurées par l'association Claude Bernard.

**M. NORDLINGER** qui siège au conseil d'administration de l'association Claude Bernard évoque à côté des fonds propres de l'association les fonds provenant de conventions entre fournisseurs et médecins de l'AP-HP et destinés à mener des travaux de recherche. Ces fonds n'ont pas vocation à être transférés à l'AP-HP.

Par ailleurs, en tant que président de la commission université – recherche de la CME, il souhaite que la répartition des personnels de l'association recrutés par l'AP-HP se déroule en toute transparence et fasse l'objet d'une évaluation régulière afin de s'assurer que ces personnels servent les objectifs de recherche de l'AP-HP. La CME lui semble devoir être régulièrement informée de l'évolution de ce dossier. Le **président** partage ce point de vue.

**M. DUBOURG** confirme la souplesse de gestion permise par cette association. Il souligne également que cette dernière permettait aux chercheurs et aux universitaires de bénéficier de revues, de diapositives, de voyages et d'achat de matériels sans passer par des procédures longues d'appels d'offres.

Or, les URC ne répondent pas à cette demande et a priori n'ont pas pour finalité de gérer l'ensemble des sommes émanant de contrats de recherche.

**M. BERNAUDIN** précise qu'un comité a auditionné les personnels de l'association Claude Bernard et a préconisé leur gestion par la direction de la recherche clinique (DRC) avant qu'ils soient affectés dans différentes structures de recherche impliquant l'AP-HP (CIC, CIB, IFR, ...). Une évaluation de leur situation devrait être réalisée dans le cadre des plans quadriennaux.

Le **secrétaire général** rappelle que l'association bénéficie de fonds propres, de fonds publics essentiellement fléchés sur la recherche contre le cancer, et de fonds correspondant aux contrats privés. En septembre 2003, environ trente millions d'euros étaient répartis également entre fonds publics et fonds privés.

L'AP-HP, après analyse, ne propose de récupérer que les fonds publics et les fonds propres pour recruter les chercheurs rémunérés sur ces fonds. Il restera donc à trancher du devenir des personnels rémunérés sur fonds privés. L'ensemble du processus nécessitera l'approbation de l'assemblée générale de l'association et une confirmation de l'accord de celle-ci lors de la dévolution de ses biens. Cette dernière devra faire l'objet d'un décret en conseil d'Etat.

**M. HOUSSIN** affirme que le retrait de l'AP-HP de l'association Claude Bernard n'a pas le sens d'un affaiblissement en matière de recherche clinique au sein de l'institution, au contraire. Chaque personne de l'association Claude Bernard susceptible d'être recrutée par l'AP-HP a été auditée par M. Nicolas BEST et par M. Patrice DEBRE ; à cette occasion ses souhaits et les fonctions auxquelles elle pourrait être affectée à l'AP-HP ont été évoqués.

Le retrait de l'AP-HP de l'association Claude Bernard est approuvé par 23 voix pour et 12 abstentions.

**V - Communication sur le budget primitif pour l'année 2004 et avis sur la décision modificative numéro 1 pour l'année 2004.**

En introduction à cette communication, la **directrice générale** précise le contexte dans lequel se situe l'institution.

En premier lieu, elle relève qu'à fin 2003 la situation de l'AP-HP est plus favorable que celle escomptée.

- En effet, après une diminution de 3 % en 2002 et de 2,5 % à fin juillet 2003, l'activité médicale ne baisse finalement que de moins 0,7 % sur l'ensemble de l'année, grâce à une reprise au cours du deuxième semestre 2003. Cette évolution a notamment pour origine une augmentation des hospitalisations après le passage des patients aux urgences. Par ailleurs, l'objectif de maîtrise du dérapage des dépenses, qui était fixé à 0,9 % des dépenses 2002, a été atteint et même dépassé de cinq millions d'euros. L'AP-HP reste cependant largement déficitaire.
- Ensuite, Mme VAN LERBERGHE fait état d'économies conjoncturelles de trente cinq millions d'euros constatées en 2003 provenant de l'impossibilité d'embaucher la totalité des personnels qualifiés correspondant aux postes ouverts dans le budget. Deux milles postes ont été vacants, dont seuls mille ont pu être pourvus grâce à des contrats. Cette situation négative sera rapidement corrigée avec l'arrivée sur le marché du travail de promotions d'infirmiers plus nombreuses.

Elle signale également qu'une augmentation salariale de 0,5 % programmée en cours d'exercice 2003 et finalement reportée au 1<sup>er</sup> janvier 2004, a engendré une économie conjoncturelle de onze millions d'euros.

En second lieu, elle trace les grandes lignes du budget pour 2004.

Les conférences budgétaires préparatoires ont permis d'établir des prévisions d'activité s'appuyant sur un objectif de réponse aux besoins de la population.

- Pour permettre la réouverture de lits, lors de ces conférences, 1 190 emplois nouveaux programmés dans le cadre de la troisième tranche de mise en oeuvre de la réduction du temps de travail (RTT) du personnel non médical ont été répartis sur les services qui en avaient le plus besoin. En outre, les infirmiers sortant des instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) qui ont bénéficié de mesures de promotion professionnelle pendant trois ans ou d'une allocation logement se verront proposer une liste de postes au sein des hôpitaux jugés prioritaires car ils connaissent un taux de vacance des postes important.

- Concernant la mise en oeuvre du Plan Equilibre, lors des conférences budgétaires, chaque établissement s'est vu attribuer un objectif d'économies structurelles à réaliser sur des plateaux médico-techniques et sur des services supports. A sa satisfaction, les réponses apportées par les établissements pour répondre aux objectifs fixés sont le fruit d'une réflexion interne sur les mutualisations, les restructurations et les réorganisations. La contrepartie du Plan Equilibre réside dans l'effort de l'Etat. Grâce au vote unanime de la CME, au vote positif du conseil d'administration, un premier rebasage de trente cinq millions d'euros est intervenu fin 2003. Par ailleurs, le budget pour 2004 contient d'ores et déjà une tranche de rebasage de quarante millions d'euros. Il reste à obtenir le complément du rebasage prévu pour 2004 lors d'une décision modificative.

Enfin, la directrice générale rappelle que l'année 2004 est la première année d'application de la T2A qui porte sur 10 % de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Elle se traduira par une diminution de vingt huit millions d'euros de la dotation budgétaire de l'AP-HP en raison des coûts supérieurs de l'institution par rapport à la moyenne des coûts observés dans les CHU. Mais sa mise en oeuvre a aussi deux effets positifs : d'une part les médicaments et les dispositifs médicaux coûteux figurant sur une liste limitative seront financés hors dotation globale à condition de prouver la mise en oeuvre de bonnes pratiques de prescription, d'autre part un coefficient correcteur géographique tenant compte du coût de l'immobilier, du statut des personnels de l'AP-HP, du coût de la vie supérieur en particulier à Paris et en petite couronne par rapport à la moyenne nationale, bénéficiera à l'AP-HP.

**M. GARNIER** intervient ensuite pour présenter le budget pour 2004.

Il commence son propos en donnant des informations sur *la clôture des comptes budgétaire pour 2003*.

Il complète tout d'abord les informations sur l'évolution positive de l'activité au cours du deuxième semestre 2003 données par la directrice générale. Il souligne que pour les hospitalisations de plus de vingt quatre heures, le rythme annuel était de moins 3 % jusqu'en septembre 2003. A partir du mois d'octobre, la situation s'est redressée, grâce à une meilleure planification des fermetures des lits notamment lors des fêtes de fin d'année. L'arrivée d'une nouvelle promotion d'infirmiers au mois de décembre 2003 a contribué à cette situation. En revanche, l'activité des soins de longue durée diminue en raison de fermetures de lits liées à des restructurations et aux difficultés de recrutement des personnels soignants dans ce secteur.

La situation budgétaire à fin décembre 2003 ne sera définitivement arrêtée qu'en mars 2004. Cependant les données disponibles permettent de dresser un état de la situation à la fin de l'année 2003.

Au mois de septembre 2003, le déficit avant rebasage était évalué à deux cent dix millions d'euros. Cette évaluation intégrait un effort de maîtrise des dépenses au cours du deuxième semestre 2003. Après intégration du rebasage de trente cinq millions d'euros accordé par les autorités de tutelle, le déficit devait donc s'élever à cent soixante quinze millions d'euros, hors report des déficits antérieurs.

Or, le déficit s'établira finalement à un niveau proche de cent trente millions d'euros. En effet, le plan de productivité et de ralentissement de la progression des dépenses s'est traduit par des économies de trente huit millions d'euros contre trente trois millions d'euros prévus. Une partie de ces économies provient de négociations plus avantageuses pour l'AP-HP menées par les centrales d'achat. A cela s'ajoutent des économies conjoncturelles dont a fait état Mme VAN LERBERGHE.

Pour illustrer la maîtrise de la progression de certaines dépenses, M. GARNIER indique que les estimations provisoires laissent apparaître une progression de 7 % des dépenses de médicaments (hors rétrocession) contre plus 9 % en 2002.

*Les prévisions budgétaires pour 2004* sont construites sur une progression de 2 % des journées d'hospitalisations hors long séjour et sur celle de 1 % des admissions. Pour atteindre cet objectif, chacun doit rester mobilisé.

En ce qui concerne les dépenses, compte-tenu des délais de publication des instructions concernant la mise en place de la T2A, et de la nécessité réglementaire pour l'AP-HP de disposer d'un budget avant le 31 décembre de l'année n – 1, un budget primitif de reconduction a été fixé par arrêté du ministre de la santé. Il s'établit à 5 118, 9 millions d'euros et correspondant aux dépenses autorisées en DM3 pour 2003 moins les mesures ponctuelles non reconductibles.

La proposition de décision modificative numéro 1 du budget pour 2004 s'établit à 5 235,6 millions d'euros, soit une variation de plus 116,7 millions d'euros par rapport au BP. Elle prend en compte :

- une actualisation des dépenses de personnel	42,1 M€
- une actualisation des dépenses d'exploitation courante	18,2 M€
- le financement de la dernière tranche de création d'emplois (1 113 postes) de personnel non médical dans le cadre de la RTT	41,7 M€
- le financement des mesures concernant le personnel médical : incidences de la refonte du statut des attachés, mise en oeuvre de la RTT, intégration des gardes dans le temps de travail	50,4 M€
- le financement de mesures favorisant la promotion professionnelle	24,5 M€
- une réactualisation des budgets des hôpitaux : dépenses médicales et dépenses hôtelières	101,4 M€
- le financement de différentes mesures nouvelles relevant de plans de santé publique nationaux ou d'arbitrages internes de l'AP-HP (programmes hospitaliers de recherche clinique, innovations thérapeutiques, urgences, cancer...)	66,4 M€
- l'incidence prévisible du Plan Equilibre	- 60,2 M€
- l'incidence provisoire de la mise en oeuvre de la T2A avec le retrait du financement des médicaments et dispositifs médicaux coûteux de la dotation globale	- 25,1 M€
- la constatation d'une impasse budgétaire	- 143 M€

Puis, M. GARNIER revient sur *l'effort de productivité* à réaliser à hauteur de 60,1 millions d'euros. Près de neuf cents postes seront supprimés dans ce cadre. La **directrice générale** précise que ces suppressions n'engendreront aucun licenciement et pourraient s'accompagner de reconversions le cas échéant. Par ailleurs, la plus grande attention sera portée à la recherche d'une solution adaptée pour chaque personne qui sera concernée.

Ces suppressions de postes, poursuit **M. GARNIER** ne concerneront pas le personnel médical, à l'exception de quelques postes en biologie. Elles porteront sur les postes de personnels administratifs (- 200), sur des postes de personnels ouvriers (- 100) et sur des postes d'agents hospitaliers ou de personnel soignant affectés à des fonctions supports ou à des plateaux techniques. Pour ces deux dernières catégories, les postes ouverts au titre de la RTT compenseront largement les diminutions. La **directrice générale** précise qu'au siège, l'objectif vise à diminuer de 10 % les effectifs d'ici fin 2004 (- 130 postes environ).

Globalement, les économies recherchées porteront sur :

- les fonctions supports	24,45 M€
- les plateaux techniques	23,07 M€
- autres	5,87 M€
- une amélioration des recettes subsidiaires	0,54 M€
<b>Total des économies à réaliser dans les hôpitaux</b>	<b>53,92 M€</b>
- les services industriels et commerciaux	1,65 M€
- les services centraux	4,62 M€
<b>Total des économies à réaliser à l'AP-HP</b>	<b>60,19 M€</b>

Enfin, *il précise l'impact de la mise en œuvre de la T2A sur le budget 2004.*

Concernant le médicament, la réforme prévoit un budget consacré aux médicaments et aux dispositifs implantables coûteux (pour 2004, une liste de seize dispositifs implantables de cardiologie sont concernés). Une première enveloppe qui correspond à 80 % de ce budget sera versée par avance dans la base budgétaire. Le complément sera affecté progressivement en cours d'année au regard des constatations des dépenses réelles et en contrepartie du respect des bonnes pratiques de prescription.

En revanche, l'impact de la T2A est négatif en raison du point ISA de l'AP-HP qui est supérieur de 18 % à 20 % à la moyenne de la valeur du point des CHU. Cet aspect négatif est partiellement compensé par le coefficient correcteur appliqué à la région Ile de France. Il résulte cependant de ces deux données une diminution de 11 % de la dotation affectée à 10 % de l'activité MCO de l'AP-HP (base d'activité, celle constatée en 2002), soit trente trois millions d'euros. Cette dotation sera abondée si l'AP-HP développe son activité et améliore le codage des données du programme médicalisé du système d'information (PMSI).

En *investissement*, le budget prévu est de 498,5 millions d'euros pour 2004. Ce niveau est atteint grâce aux financements apportés par le plan hôpital 2007 (80 millions d'euros). Par ailleurs, l'AP-HP a mobilisé une enveloppe de 150 millions d'euros qui n'avait pu être utilisée les années précédentes. Ce budget permettra de financer notamment un renforcement des plans de maintenance et de modernisation, une relance importante du plan informatique et des dépenses d'équipement médical.

En terminant sa présentation, M. GARNIER regrette que peu de propositions de financement d'investissements de productivité aient été présentées et précise que de telles propositions seront examinées avec intérêt.

Le débat ayant été ouvert, **M. BAGLIN** constate que le raisonnement des décideurs sur les sites hospitaliers est encore centré sur les dépenses alors que le passage à la T2A devrait intégrer l'activité et les recettes. Cependant en 2004 et en 2005, les deux modes de financement et donc les deux modes de raisonnement devront coexister. L'important sera de décider avec le siège quels sont les secteurs rentables à réinvestir afin de ne pas aggraver le déficit.

**M. FAYE** appelle l'attention de M. GARNIER sur la vidéo-chirurgie, assez peu développée à l'AP-HP mais qui constitue un élément de concurrence avec le secteur privé. Cette technique nécessite l'utilisation de pinces mécaniques onéreuses susceptibles de mettre en péril la prédictibilité de calcul des tarifs se rapportant à des groupes homogènes de séjour de la T2A. Il souhaiterait donc que le coût de ce dispositif soit intégré à la liste des dispositifs implantables, facturables en sus des GHS, avec donc une tarification distincte pour la chirurgie « ouverte » et la chirurgie assistée.

**M. CHAUSSADE** formule deux observations.

L'AP-HP ayant fait appel à de nombreux personnels intérimaires, il souhaiterait connaître le surcoût de la rémunération d'un personnel intérimaire par rapport à celle d'un personnel titulaire.

Par ailleurs, il pense que si l'activité de certains plateaux techniques de spécialités diminue (pneumologie, gastro-entérologie,...) fautes de moyen l'activité globale de ces services diminuera.

**M. GARNIER** apporte les réponses suivantes aux intervenants.

#### Surcoût des remplacements de personnels

Il est compris entre 10 % et 40 % par rapport à un poste budgété.

La **directrice générale** indique que l'AP-HP préfère s'appuyer sur des personnels permanents non seulement pour des raisons de coût mais surtout pour des raisons de qualité du travail effectué. L'utilisation de l'intérim doit rester ponctuelle et provisoire.

**Mme BRESSAND** ajoute que si les dépenses d'intérim correspondent au coût de mille postes budgétés, elles n'ont pas permis de recruter mille personnes. Sur la comparaison des coûts, elle rappelle une étude de la direction du personnel et des relations sociales (DPRS) qui démontrait qu'en prenant en compte le coût des congés et celui de la formation des personnels permanents, le surcoût est faible. En revanche, la qualité du service rendu par des infirmiers permanents intégrés dans les services est supérieure à celle des IDE intérimaires qui effectuent de courtes missions de remplacement.

#### Economies sur les plateaux techniques

**M. GARNIER** rappelle que dans le cadre du Plan Equilibre, l'objectif n'est pas de réduire la capacité de soins des plateaux techniques. Les gains de productivité attendus viennent de l'automatisation, de l'informatisation ou d'un effort d'organisation.

La CME émet un avis positif sur la DM1 pour 2004 à l'unanimité des 34 votants présents.

## **VI - Avis sur des fiches de missions et structure.**

Avant d'engager l'examen des fiches de missions et structure, **M. MADELENAT** précise que le groupe des structures et le bureau de la CME se sont réunis respectivement le 3 et le 4 février 2004.

Le dossier remis aux membres de l'instance comprend uniquement des fiches sans débat majeur car les difficultés apparues au cours des discussions sur un certain nombre de fiches lors des réunions sus-citées, ont conduit à l'annulation de leur présentation ce jour, hormis la fiche déposée sur table et qui sera traitée au terme de l'exposé.

### ***Avicenne – Jean Verdier – René Muret – GHU nord :***

- *Création d'un département interhospitalier de santé publique médecine sociale et d'information médicale entre Avicenne, Jean Verdier et René Muret – Bigottini, avec la création de six unités fonctionnelles :*
  - *Trois unités fonctionnelles sur le site d'Avicenne :*
    - *UF PMSI, biostatistique, technologies de l'information médicale, évaluation et qualité,*
    - *UF de médecine sociale et santé publique,*
    - *UF de biostatistiques et santé publique, informatique médicale.*
  - *Deux unités fonctionnelles sur le site de Jean Verdier :*
    - *UF PMSI, biostatistique, technologies de l'information médicale, évaluation et qualité,*
    - *UF de prévention et addictologie.*
  - *Une unité fonctionnelle sur le site de René Muret – Bigottini :*
    - *UF de médecine sociale et santé publique.*

Constatant un déséquilibre entre les effectifs médicaux de certaines unités fonctionnelles concernées, le groupe des structures propose une redistribution du temps médical de certaines spécialités au profit des unités fonctionnelles moins dotées. Le groupe des structures a également suggéré la création d'une unité de recherche clinique au sein de la structure.

### ***Avicenne – René Muret – GHU nord :***

- *Création d'une unité fonctionnelle d'accueil et d'orientation gériatrique sur le site d'Avicenne rattachée au service de médecine interne d'Avicenne.*

Cette unité fonctionnelle permettrait la prise en charge des urgences gériatriques de l'hôpital Avicenne et participerait au fonctionnement d'aval du service de gériatrie aiguë de court séjour et à moyen terme à une fédération d'activités médicales associées.



**Necker – Enfants Malades – GHU ouest :**

- Révision du service de neurochirurgie infantile avec création d'une unité fonctionnelle de réanimation, suite au non renouvellement de la chefferie de service au bénéfice du Pr KAHN le 1<sup>er</sup> septembre 2003.

De nouveaux textes réglementaires sont prévus à moyen terme dans le domaine de la réanimation ; il semble toutefois que les futures normes ne mettront pas en cause le projet.

- Modification du service de chirurgie infantile 1 en service de chirurgie viscérale infantile au départ à la retraite du Pr NIHOUL-FEKETE le 1<sup>er</sup> septembre 2004, avec création
  - d'une unité fonctionnelle d'urologie pédiatrique rattachée à ce service.

La création de cette unité fonctionnelle vise à valoriser et à individualiser un médecin du service qui poursuivra son activité après le départ à la retraite de l'actuel chef de service.

**Vaugirard – GHU ouest :**

- Création d'un service de pharmacie à usage intérieur.

Cette création résulte de la transformation d'une antenne de pharmacie pour la mise en conformité avec la réglementation.

**Saint Antoine – Rothschild – Tenon – Armand Trousseau – GHU est :**

- Création d'un règlement intérieur d'une FAMA interhospitalière de l'infection à VIH de la mère et de l'enfant entre les hôpitaux Armand Trousseau, Rothschild, Saint Antoine et Tenon.

La fiche formalise la structure qui fonctionne de manière informelle depuis plus de dix ans.

**Pitié-Salpêtrière – GHU est :**

- Création d'une unité fonctionnelle d'unité mobile d'accompagnement et de soins palliatifs rattachée au service de médecine interne 1.

La structure dirigée par un praticien hospitalier concerne l'accompagnement de malades en phase terminale.

**Georges Pompidou – GHU ouest :**

- Révision du service de chirurgie gynécologique – cancérologique.

Le rapporteur signale que cette fiche examinée à plusieurs reprises par le groupe des structures et par le bureau de la CME pose de nombreux problèmes.

La précédente formation de la CME, explique-t-il, avait supprimé la garde de chirurgie gynécologique de l'hôpital européen Georges Pompidou au profit d'une garde d'obstétrique sur le site de Necker – Enfants Malades. Le chef du service bénéficiaire de cette garde refusant de prendre en charge les urgences gynécologiques, la solution qui consiste à accueillir ces urgences à Port Royal n'a pas été retenue. Dans ce contexte, le groupe des structures s'apprêtait à engager une fiche dans la procédure d'examen lorsque le 2 février, le responsable du pôle cancérologie de l'hôpital européen Georges Pompidou exprime le souhait du retrait de cette fiche. Le groupe des structures propose alors un moratoire de deux mois et demande au directeur exécutif du GHU ouest d'étudier la situation.

Or, ce dernier et le directeur de la politique médicale appellent l'instance à examiner la fiche aujourd'hui.

Selon le **président**, le groupe des structures a épuisé ses possibilités d'intervention dans ce dossier, aussi considère-t-il nécessaire à ce stade, d'évoquer le sujet en réunion plénière. Dans ce cadre, la position de la communauté médicale de l'hôpital européen Georges Pompidou mérite d'être rappelée.

Pour **M. FAGON**, ce dossier comprend deux niveaux d'analyse. Le premier se fonde sur le projet médical de l'hôpital européen Georges Pompidou au sein du GHU ouest, le second sur la vie quotidienne de l'hôpital.

Il estime que la cancérologie de la femme doit être maintenue sur le site car la cancérologie figure dans le projet médical de l'hôpital et aucun autre établissement ne peut assurer cette mission au sein du GHU ouest. En outre, le comité consultatif médical et quatre experts soutiennent le maintien de ce service au sein du pôle de cancérologie de l'hôpital européen Georges Pompidou.

S'agissant de la vie des hommes au quotidien, les rapports entre l'équipe du service de chirurgie générale et celle de chirurgie gynécologique se révèlent tendus depuis l'ouverture de l'hôpital. La déprogrammation de certaines opérations de patients et les lettres de protestation des usagers préoccupent l'orateur.

Il avait accepté le report de la fiche car il attendait des informations de la part des groupes de travail consacrés à la gynécologie et à la cancérologie et une connaissance de la position du GHU ouest et de la DPM.

Il confirme sa position et celle du CCM exprimée il y a un an qui consiste au maintien du service de chirurgie cancérologique – gynécologique au sein du pôle de cancérologie de l'hôpital européen Georges Pompidou.

Puis, il fait savoir qu'un praticien hospitalier à temps partiel, chirurgien du sein reconnu, a rejoint le service et que sa présence engendre un recrutement important de patients. Celui-ci a accepté hier matin la proposition de constitution d'une unité fonctionnelle dédiée à l'activité du sein, l'attribution par le doyen d'un poste de chef de clinique, l'affectation d'un secteur d'hospitalisation du service ainsi que des plages horaires opératoires réservées à cette activité. Il présentera le projet de création de l'unité fonctionnelle de chirurgie du sein à la CME dès que la situation sera clarifiée.

**M. LACAU ST GUILY** atteste du fondement du propos de M. FAGON, le problème d'hommes couvrant un problème de structure et d'activité cancérologique. La proposition structurelle visant la création d'une unité fonctionnelle consacrée à l'activité du sein et agréée par la communauté cancérologique de l'hôpital européen Georges Pompidou, notamment des radiothérapeutes et des autres acteurs de cette activité multidisciplinaire, lui semble une solution intéressante. Le moratoire de deux mois offre l'opportunité de bâtir rapidement le projet à valider par le CCM de l'hôpital.

Confrontée tous les jours à la situation décrite, **Mme BAUWENS** témoigne de la consternation des médecins anesthésistes car certains patients apprennent la veille au soir que leur opération est annulée en raison d'une plage opératoire insuffisante accordée au chirurgien. Aussi, encourager l'activité du praticien hospitalier à temps partiel lui paraît cohérent.

Le **président** suggère que l'hôpital européen Georges Pompidou rédige une fiche de structure incluant la création de l'unité fonctionnelle pour la chirurgie du sein. Le CCM l'examinera rapidement afin que le groupe des structures l'étudie lors de sa prochaine séance avant de la présenter en CME.

Après avoir souscrit à la proposition, **M. MADELENAT** déclare que l'unité fonctionnelle prévue ne doit pas à terme se transformer en service.

L'instance approuve à l'unanimité des 29 membres votants les fiches de missions et structure présentées, à l'exclusion de celle de l'hôpital européen Georges Pompidou.

## **VII - Désignation de représentants de la CME dans les commissions stratégiques par GHU et au sein du comité stratégique de l'AP-HP.**

Le **président** propose pour représenter la CME :

- dans les commissions stratégiques par GHU :
  - GHU sud, M. CARLI titulaire, M. CHAUSSADE suppléant ;
  - GHU ouest, M. AIGRAIN titulaire, M. SCHLEMMER suppléant ;
  - GHU nord, M. BERNAUDIN titulaire, M. GUILLEVIN suppléant ;
  - GHU est, Mme DEGOS titulaire, M. LEVERGE suppléant.
- au sein du conseil stratégique :
  - Mme DEGOS, M. DESMONTS, M. FAGON, M. GUILLEVIN, M. MADELENAT, M. NORDLINGER, M. SCHLEMMER et lui-même.

Les désignations sont adoptées par 27 pour ; on note 1 abstention.

### **VIII - Additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2004.**

La parole est donnée à **M. ANTONINI** pour exposer le dossier concernant l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2004.

Il explique que l'AP-HP a obtenu dans le cadre du budget primitif de l'année 2004, 1,3 million d'euros destiné à financer environ vingt cinq transformations de postes de praticiens adjoints contractuels en praticiens hospitaliers.

Il indique que le dossier remis sur table comprend un certain nombre de demandes de redéploiement correspondant à la liste complémentaire établie au cours de la réunion de décembre de la CME, des transformations d'emplois de PAC en PH et des rendus budgétaires non finalisés en décembre.

Puis, il procède à la lecture des documents.

#### 1- Les redéploiements.

Les propositions suivantes font l'objet d'une discussion.

Les demandes de l'hôpital Robert Debré ont conduit le groupe du personnel médical à soumettre à l'appréciation de la CME deux options :

- un poste à temps partiel au service d'hématologie biologique et un poste à temps partiel au service de gynécologie-obstétrique ;
- ou un poste à temps plein au service de gynécologie-obstétrique.

Pour **M. TULLIEZ**, il existe une troisième possibilité. En effet, il s'étonne de l'avis défavorable du groupe du personnel médical réservé à la demande de l'hôpital Beaujon pour un poste d'hématologie biologique. Certes, cet hôpital verra son activité hématologique décroître après le transfert de l'hématologie clinique à Avicenne, mais les besoins en hématologie cellulaire resteront importants et la titularisation de l'assistante assurant actuellement l'hématologie cellulaire est nécessaire. Il précise que la collégiale d'hématologie, comme le syndicat des biologistes ont classé le poste de Beaujon devant celui de Robert Debré.

**M. GUILLEVIN** motive cet avis défavorable du groupe du personnel médical par l'utilité d'attendre l'évolution de la situation suite au départ du service d'hématologie.

Selon **Mme DEGOS**, le service de médecine interne et le futur service de cancérologie engendreront une forte demande en cytologie hématologique au sein de l'hôpital Beaujon.

A son tour **Mme MARCHAND** fait valoir le besoin d'étayer le service d'hématologie biologique de Robert Debré lequel dispose d'une gamme multidisciplinaire de prestations et travaille en aval de la maternité.

**M. AIGRAIN** insiste sur la charge de travail de la maternité de Robert Debré. La garde fonctionnant avec cinq personnes, l'attribution d'un poste supplémentaire lui semble opportune. Par ailleurs, le service d'hématologie biologique s'avère complémentaire d'un service d'hématologie clinique fort, adossé à une unité INSERM dynamique.

Au regard des ratios de dotation en personnel médical et à l'intégration de la garde dans le temps de travail, intervient **M. ANTONINI**, un renforcement du temps médical du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Robert Debré lui paraît mériter une attention particulière.

Pour sa part, **M. MADELENAT** soutient la demande du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Robert Debré en rappelant qu'en raison de la fermeture des maternités du nord parisien, la maternité de l'hôpital Bichat réalise depuis deux mois un nombre d'accouchements équivalent à trois mille accouchements par an tandis qu'elle est conçue pour en accueillir deux mille par an. La situation de la maternité de l'hôpital Robert Debré se révèle aussi critique et le nombre d'accouchements qu'elle pratique nécessiterait neuf équivalents temps plein.

**M. LEGRAND** souhaitant connaître les effectifs des deux services d'hématologie, **Mme SCHLEGEL** précise que celui de Beaujon comprend 5,4 équivalents temps plein et celui de Robert Debré 3,7.

Avant de procéder au vote à bulletin secret demandé par le **président, M. GUILLEVIN** propose qu'au regard des interventions, la CME se prononce d'abord pour l'affectation d'un poste en maternité ou pour celle d'un poste en hématologie. Ensuite, l'instance revotera pour l'affectation à l'hôpital si le poste en hématologie est retenu.

Les membres de l'instance attribuent 20 voix en faveur du poste pour la maternité et 10 voix en faveur du poste pour l'hématologie.

## 2- Les rendus budgétaires.

Outre les emplois dont le financement n'était pas finalisé au mois de décembre, **M. ANTONINI** indique que la liste des rendus budgétaires comprend des emplois relatifs à la maison des adolescents de l'hôpital Cochin.

## 3- La transformation d'emplois de PAC en postes de PH.

Une trentaine de praticiens adjoints contractuels attendent les résultats de concours. Le groupe du personnel médical a émis un avis favorable uniquement pour la quinzaine de candidats inscrits sur la liste d'aptitude et disposant du soutien de leur discipline. L'affectation des postes laissés disponibles sera examinée dans le cadre de la prochaine révision des effectifs. Toutefois la désignation anticipée des candidats retenus en qualité de PH à titre provisoire pourra être envisagée.

Le projet global adopté par 27 voix pour, figure en annexe numéro un du présent compte-rendu.

## **IX - Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Les contrats reçoivent l'aval des membres votants de la CME par 14 voix pour, 1 voix contre et 15 abstentions.

## **X - Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.**

L'instance prend connaissance de la désignation de responsables d'unités fonctionnelles par les CCM.

## **XI - Approbation du compte-rendu de la séance du 19 janvier 2004.**

En l'absence de remarque, le compte-rendu est adopté à l'unanimité des membres votants.

## **XII – Questions diverses.**

### *Les internes*

M. GREGORY évoque la réunion de la commission de répartition des postes d'internes en médecine au cours de laquelle, au nom de l'AP-HP, Mme DEAL, responsable du bureau des internes et M. CHAUSSADE ont demandé la suppression de 7 % des postes d'internes dans toutes les disciplines en désignant tous les services ayant plus de quatre internes comme candidats à la fermeture d'un poste. Les coordinateurs des spécialités et de nombreux chefs de services s'étaient pourtant prononcés contre cette politique suicidaire pour la démographie médicale et pour la formation.

La commission de répartition des postes d'internes en chirurgie se déroulant dans l'après-midi, l'orateur pose trois questions à la directrice générale.

Tout d'abord comment expliquer autrement que par une politique de restriction budgétaire cette fermeture massive de postes alors même que le nombre d'internes sera en augmentation dès le mois de novembre. Arguer que ces postes seront redéployés au bénéfice de praticiens faisant fonction d'internes ne lui paraît pas crédible compte tenu de ce qui s'est passé les années précédentes pour les postes supprimés au choix des internes et qui n'ont pas tous retrouvés leur support budgétaire pour les faisant fonction d'internes. Le syndicat des internes veillera à ce qu'aucun poste budgété retiré du choix des internes, ne disparaisse.

En second lieu, la position de l'AP-HP consistant à viser prioritairement les services qui ont quatre internes lui paraît contraire aux objectifs poursuivis par l'institution de regroupement en pôles d'excellence des moyens d'unités plus petites puisque les services ayant fait l'effort du regroupement en fédérations se sont vus devenir candidats à la fermeture de postes.

Enfin, M. GREGORY s'interroge sur l'impact de la position de l'AP-HP sur son attractivité vis-à-vis des générations d'internes de plus en plus nombreuses à l'avenir et ce dès le mois de novembre. La fermeture de postes dans des services de pointes occupés jusqu'alors par des internes en toute fin de cursus lui paraît à cet égard contre-productif.

En préambule, la **directrice générale** indique qu'elle a reçu sur ce sujet avec MM. HOUSSIN et CHAUSSADE des chefs de service et les représentants des internes.

En réponse à l'intervention de M. GREGORY, la directrice générale précise tout d'abord la philosophie de l'institution. L'AP-HP est un service public au sein duquel la motivation des personnels médicaux et non-médicaux est importante. Cependant, cette dernière ne converge pas toujours avec les obligations de service public. Il faut donc les concilier au mieux. Mais, on ne peut pas organiser la gestion d'un service public en se fondant uniquement sur les choix des personnels.

Puis, elle indique que la source des désagréments actuels vient d'une décision prise, il y a six ans sur le numerus clausus. Ce problème ne peut être résolu au moyen d'une solution unique. Ainsi, travailler sur l'attractivité de certaines spécialités peut permettre de faire rencontrer l'intérêt du service public et celui des personnels. Donner une meilleure visibilité sur les carrières hospitalières lui semble une autre piste.

L'AP-HP est actuellement dans une situation conjoncturelle difficile car la récente augmentation du numerus clausus ne produira ses effets que dans quelques années. Pendant cette période intermédiaire, il faudra donc gérer une situation constituée par un nombre de postes supérieur à celui des candidats possibles. C'est pourquoi, Mme VAN LERBERGHE a obtenu du ministre la possibilité de transformer des postes d'internes vacants en postes de PH contractuels pour une durée déterminée. Ces postes seront répartis sur les services où la situation est la plus préoccupante.

**M. HOUSSIN** souligne les éléments pris en compte dans la position de l'AP-HP.

En premier lieu, il s'est agi d'obtenir de la commission régionale des études médicales (CREM) une augmentation du nombre de postes d'internes en spécialités. La CREM et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ont donné un accord pour un surplus de trente cinq postes pour le choix de novembre. Ce sujet doit encore être traité par la commission nationale des études médicales et faire l'objet d'une décision ministérielle.

En second lieu, pour accompagner la diminution du nombre de candidats potentiels liée à la réduction opérée les années précédentes sur le numerus clausus, l'AP-HP a opté pour une réduction du nombre de postes offerts afin que le taux d'inadéquation entre le nombre de postes offerts et celui des candidats ne dépasse pas 10 % en moyenne.

En troisième lieu, le constat fait avec les représentants de la CME et avec M. GRIMALDI montre qu'une liberté totale de choix conduit à une répartition très hétérogène des candidats entre les disciplines, ce qui n'est pas amissible eu égard à la mission de service public de l'AP-HP.

Par ailleurs, M. HOUSSIN indique à M. GREGORY qu'il n'y a pas de réduction du nombre de postes budgétaires d'internes puisque les postes non pourvus seront conservés et offerts à des faisant fonction d'internes. Bien évidemment, au fur et à mesure de l'augmentation du numerus clausus ces postes seront à nouveau affectés aux choix des internes ayant réussi le concours.

Enfin, il indique que la DPM entend travailler avec les internes sur le renforcement de l'attractivité de certaines disciplines.

Le **président** rappelle que pour faire face à la pénurie d'internes qui, confirme-t-il, a pour source les décisions prises il y a quelques années sur le numerus clausus, la CME mène des réflexions spécifiques autour du groupe du personnel médical et de la commission université.

Cette situation qui concerne aussi des villes de province a conduit certains décisionnaires de santé à obliger les internes à rejoindre certaines disciplines afin de corriger totalement l'inadéquation. La solution retenue par l'AP-HP de 10 % du taux d'inadéquation évite cette situation extrême et celle qui consisterait en un choix libre des internes. Par ailleurs, suite aux discussions qui ont eu lieu avec les conseillers des ministres de la santé et de l'éducation nationale l'AP-HP a bon espoir d'obtenir trente cinq postes supplémentaires en spécialités dès novembre 2004. L'AP-HP recherche également à augmenter le nombre de résidents étrangers qui serait susceptible de pallier la situation de pénurie qui devrait perdurer pendant quatre ou cinq ans.

Enfin, la CME restera vigilante sur le maintien des postes budgétés pour permettre aux internes des années à venir de postuler dès lors que les incidences du numerus clausus permettront de répondre aux besoins.

**M. GREGORY** ne croit pas à la réalité du maintien du budget des postes retirés au choix des internes compte tenu de ce qui a pu se passer antérieurement. Il considère que les fermetures annoncées par l'AP-HP à la DRASS constituent une tentative de régulation coercitive des flux et entre dans le cadre d'une politique de restriction budgétaire faite, qui plus est, de façon incohérente par rapport au plan stratégique affiché par l'AP-HP.

La **directrice générale** observe que la volonté de l'AP-HP de maintenir un taux d'inadéquation constant ne constitue pas une remise en cause de la liberté de choix puisqu'il y aura toujours plus de postes que de postulants. Par ailleurs, retenir un taux d'inadéquation supérieur à 10 %, aurait pénalisé encore plus les chefs de service des disciplines qui ne recrutent pas suffisamment d'internes.

**M. CHAUSSADE** souhaite que la désinformation cesse. En effet, les postes supprimés l'ont été de manière identique dans toutes les spécialités. De plus les services disposant de plus de quatre internes n'ont pas été visés particulièrement. Ainsi, il a supprimé un poste d'interne dans son service qui comprend trois internes et n'a donc fait l'objet d'aucun traitement privilégié.

La priorité est de réfléchir à une meilleure répartition à l'avenir des postes supplémentaires au sein des différentes spécialités. A cet égard, il souhaiterait que les données établies par la DPM soient diffusées aux membres de la CME.

**M. DESMONTS** précise que les autorités universitaires et la DRASS ont demandé aux onze doyens des unités de formation et de recherche médicale de Paris d'assurer à nouveau une gestion coordonnée des inscriptions en diplôme d'études spécialisées (DES) en créant une cellule de coordination pour gérer les flux DES par DES. En outre les doyens vont travailler avec la DPM pour développer une politique cohérente de recrutement des internes prenant en compte l'aspect universitaire et les besoins hospitaliers pendant la période difficile actuelle qui se terminera avec l'arrivée suffisante d'internes.

Le **président** demande que les documents de la DPM évoqués par M. CHAUSSADE soient joints au compte-rendu de la présente séance (annexe numéro deux). Ce dernier étant installé, après son approbation par l'instance, sur le site intranet de l'AP-HP, (rubrique instances, puis CME et enfin compte-rendu), les documents précités pourront être consultés par tous les chefs de service de l'institution.

#### *Le canceropôle d'Ile de France*

Le **vice-président** évoque la mise en place des canceropôles chargés de la recherche fondamentale au niveau régional et distincts des pôles régionaux de cancérologie réservés aux activités de soins, d'enseignement et de recherche.

Au sein du canceropôle d'Ile de France, six axes de recherche sont individualisés et des plates-formes constituées. Ces structures géreront d'importants budgets et assureront une position prépondérante dans un certain nombre de projets de recherche. Le canceropôle d'Ile de France est administré par un syndicat composé principalement par l'institut Gustave Roussy, l'institut Curie, l'institut universitaire Saint Louis et par l'AP-HP.



M. LACAU ST GUILY craint que l'AP-HP ne joue qu'un rôle marginal dans la gestion et le fonctionnement du Cancéropôle d'Ile de France alors que son poids en termes de recherche et d'activité clinique lui permettrait d'assurer un rôle de plate-forme dans certains domaines. De leur côté, les centres anti-cancéreux ayant initié la constitution des Cancéropôles, estiment qu'ils doivent bénéficier d'une position de leader. Il lui semble donc indispensable de clarifier les liens entre l'AP-HP et le Cancéropôle d'Ile de France afin d'éviter que les équipes de chercheurs de l'AP-HP dépendent de plates-formes situées hors ses murs. En effet, dans cette hypothèse, ces dernières bénéficieraient des recherches réalisées par les équipes de l'AP-HP.

A l'origine, rappelle **M. HOUSSIN**, l'AP-HP ne participait pas à ce projet sur la recherche en Ile de France, elle l'a rejoint grâce au mérite de M. Patrice DEBRE. Le premier Cancéropôle créé en France est ainsi né et a bénéficié en 2003 d'un financement afin de coordonner les plates-formes. L'AP-HP occupe en effet une position incontournable dans la recherche clinique et peut être présente dans un ou deux autres axes de recherche mais ne peut prétendre à un financement au titre de la recherche fondamentale qu'elle n'exerce pas. En outre, il ajoute que l'INSERM n'est pas associé au Cancéropôle alors que des recherches se déroulent dans ses unités. Pour ne pas remettre en cause la naissance du projet, l'AP-HP a accepté une répartition de la première tranche de financement à égalité entre les quatre participants. La seconde phase se caractérisant par des financements plus élevés, l'AP-HP doit faire valoir sa légitime prétention à l'accès à ces financements essentiellement dans le domaine de la recherche clinique.

Le **vice-président** souligne l'absence de solution de continuité entre la recherche fondamentale et la recherche clinique ; mais la première bénéficiera par les Cancéropôles de fonds largement plus importants que les financements qui seront attribués à travers les PHRC.

#### *La diminution du temps de travail médical*

Après avoir fait référence à la lettre adressée au ministre de la santé par M. GRIMALDI et soutenue par de nombreux médecins, relative à la diminution du nombre d'internes et proposant le recrutement conjoncturel de praticiens hospitaliers contractuels pour renforcer les effectifs des services en difficulté, **M. CORIAT** considère que la CME ne peut rester étrangère à cette démarche. Aussi, il lui paraît souhaitable que l'AP-HP procède à un recensement des services affectés par cette diminution du temps médical afin de se préparer à recevoir d'éventuels moyens financiers fléchés.

**M. HOUSSIN** souscrit à ce propos. Pour identifier les besoins les plus criants, il propose de répertorier les demandes formulées par les hôpitaux dans le cadre des redéploiements de postes.

**M. ANTONINI** observe qu'il convient de prévoir la possibilité de mettre un terme aux engagements qui seront conclus au cours de cette période transitoire de manière à ne pas obérer les capacités de l'institution pour accueillir les internes dans trois ou quatre ans quand leur nombre aura augmenté de nouveau.

Pour choisir les services bénéficiaires des postes soit de faisant fonction d'internes, soit de praticiens contractuels ou encore de nouveaux postes accordés par la tutelle, le **président** propose d'organiser des groupes de travail composés du représentant de la CME de la discipline, le coordinateur du DES, éventuellement le représentant de la collégiale. En revanche, la répartition des postes entre les disciplines, entreprise plus difficile, requiert la participation de la DPM aux côtés de M. GUILLEVIN.

En raison de l'absence de candidat au niveau national pour la plupart des spécialités chirurgicales, **M. AIGRAIN** demande s'il existe un moyen juridique pour ouvrir ces postes de contractuels à des médecins à diplôme étranger.

La réglementation actuelle répond **M. ANTONINI** ne permet plus de recruter des praticiens seniors hors de l'union européenne, hormis le cas d'hospitalo-universitaires étrangers invités à exercer dans le cadre d'une autorisation temporaire d'exercice. Toutefois, un projet de texte dont la parution est annoncée au cours du second semestre, prévoit une possibilité d'accueil de médecins seniors étrangers dans le cadre d'un statut d'assistant. Ces médecins pourraient alors obtenir une validation de leurs acquis après trois ans qui leur permettrait d'exercer en France.

#### *Le statut des attachés*

**Mme DEGOS** mentionnant que le nouveau statut des attachés pose un problème financier pour les anciens chefs de clinique assistants qui travaillent onze vacations. **M. ANTONINI** déclare qu'il est désormais résolu pour les anciens CCA acceptant un emploi à temps plein.

\*

\*

\*

La séance est levée à 13 heures 05.

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

**Mardi 9 mars 2004 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 25 février 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.