

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 13 MAI 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 24 JUIN 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 13 mai 2003

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

1- Présentation des lignes de force du fonctionnement et des travaux des six groupes de travail de la CME par leurs présidents respectifs.

2- Désignation des représentants de la commission médicale d'établissement :

- au comité technique central d'établissement 1 membre
- à la commission centrale du service de soins infirmiers 1 membre
- au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail 4 membres
- au comité de lutte contre les infections nosocomiales 1 membre
- au centre inter-établissement de traitement et de recherche anti-SIDA 1 membre
- au CA et à la CME du centre de protonthérapie d'Orsay 3 membres
- au comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles 10 membres
- à la commission des gardes et astreintes 9 membres
- à l'AGOSPAP 4 membres
- au comité régional d'organisation sanitaire et sociale d'Ile de France (section sanitaire) 1 membre
- *Proposition à la DRASS de représentants désignés par la CME :*
 - a) désignation en son sein :
 - à la commission régionale des études médicales 2 membres
 - à la commission régionale des études pharmaceutiques 1 membre
 - à la commission de subdivision de l'internat et du résidanat en médecine 2 membres
 - b) désignation non obligatoirement ou non totalement en son sein :
 - à la commission d'agrément des services et de répartition des postes d'internes en biologie médicale 2 médecins biologistes hospitalo-universitaires
2 pharmaciens relevant du CHU
1 représentant du président de la CME
 - à la commission d'agrément des services et de répartition des postes d'internes en pharmacie 2 pharmaciens hospitaliers

- au conseil de discipline des internes et résidents en médecine 5 représentants
- au conseil de discipline des internes en odontologie 5 représentants

3- Avis sur des contrats d'activité libérale.

4- Avis sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.

5- Approbation du compte-rendu de la séance du 29 avril 2003.

6- 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 la désignation d'un chef de service hors CHU à titre provisoire,
- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier,
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Composition D

- Avis sur le recrutement complémentaire au 1^{er} mai 2003 d'un CCA au titre de l'année universitaire 2002/2003 dans un hôpital lié par convention au CHU de Paris,
- Information sur la nomination de chefs de service au titre de l'article R714-21-4 du code de la santé publique,
- Information sur les mutations hospitalo-universitaires de PU-PH au titre de l'année 2003,
- Information sur les mutations hospitalo-universitaires de MCU-PH au titre de l'année 2003,
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire,
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH,
- Avis sur des demandes de création d'emploi de CCA-AHU offerts à la mobilité au titre de l'année universitaires 2003/2004,
- Avis sur les candidatures aux emplois de PHU au titre de la révision des effectifs 2002.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Pr. LEPAGE, responsable de l'information médicale ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DEROUBAIX, secrétaire général,
 - M. le Pr. HOUSSIN, directeur de la politique médicale (nomination en cours),
 - M. DIEBOLT, directeur par intérim de la politique médicale,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. NAVARRO, direction de la politique médicale,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

*

*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST**. Avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour, il annonce l'arrivée de la directrice générale vers 10 heures 30 et présente les excuses de MM. GUILLEVIN et RYMER.

I - Présentation des lignes de force du fonctionnement et des travaux des six groupes de travail de la CME par leurs présidents respectifs.

a) Groupe des structures (président : M. Madelenat, vice-président : M. Coriat)

M. MADELENAT fait part des conclusions arrêtées avec le concours de M. CORIAT sur le travail à conduire pour les quatre prochaines années.

Le groupe des structures devra travailler en étroite collaboration en particulier avec le groupe du personnel médical et avec le groupe prospective et stratégie. A cet effet, une interpénétration permanente sera organisée par la désignation de représentants du groupe des structures dans chacun des deux autres groupes déjà cités.

Dans l'immédiat, des dossiers urgents doivent être traités parmi lesquels celui de la chirurgie gynécologique de l'hôpital européen Georges Pompidou, et ceux du centre d'hémobiologie périnatale rattaché à Saint Antoine et de la maison des adolescents de Cochin.

Le travail engagé lors de la mandature précédente pour mutualiser les moyens de structures ayant des activités identiques au sein d'un même hôpital ou à proximité, se poursuivra selon une méthodologie qui sera discutée lors de la prochaine réunion du groupe des structures.

Le groupe réfléchira aux délégations possibles de compétences en faveur des comités consultatifs médicaux, afin de faire des propositions à la rentrée prochaine.

Le groupe des structures souhaite participer à la définition des stratégies à deux niveaux : d'une part au niveau infra-hospitalier pour apporter et soutenir la démarche des comités consultatifs médicaux dans la création des pôles infra-hospitaliers, d'autre part au niveau des groupements hospitaliers et universitaires.

Des réunions du groupe sont programmées à brève échéance le 21 mai et le 3 juin. Actuellement seize membres de la commission médicale d'établissement se sont inscrits à la commission des structures. D'autres candidatures peuvent encore se manifester.

Pour conclure son propos M. MADELENAT pose trois questions.

Tout d'abord, il appelle l'attention de l'administration sur la nécessité de désigner un successeur de qualité à Mme GENESTIER, pour être l'interlocuteur du groupe.

En second lieu, il souhaiterait savoir si le groupe des structures conserve la responsabilité sur les effectifs ou si celle-ci est dévolue à un autre groupe.

Enfin, il demande si le groupe peut réfléchir à des modalités de redéploiement des personnels en faveur des activités de soins, en examinant notamment le bénéfice réel apporté par les nombreuses créations de postes transversaux qui ont eu lieu dans d'autres secteurs que les soins, ces quatre dernières années.

M. de PROST, ancien président du groupe des structures, confirme la nécessité d'un interlocuteur de qualité pour l'assistance administrative du groupe. Puis, il ouvre la discussion.

M. HOUSSIN indique tout d'abord qu'un travail en commun entre le groupe des structures et celui chargé des effectifs lui paraît indispensable.

Ensuite, il précise que la nouvelle organisation de la direction de la politique médicale qu'il va proposer à la directrice générale sera conçue pour faciliter le travail de la CME.

Enfin, il sait l'importance que revêt pour les travaux du groupe des structures la désignation d'un successeur de qualité à Mme GENESTIER.

Le **président** confirme qu'il est impossible de traiter des structures sans évoquer les hommes. Pour autant, les nominations relèvent du groupe du personnel médical. C'est pour éviter les confusions qui ont pu avoir lieu dans le passé, qu'à la dénomination ancienne de groupe de structures et des effectifs, s'est substituée celle de groupe des structures.

M. CORIAT souligne l'importance pour un président de CCM d'avoir une programmation claire, sur trois ans, des postes de PH qui seront dévolus à son hôpital en distinguant les créations, les redéploiements autofinancés, les redistributions. Les doyens qui ont déjà cette lisibilité sur trois ans peuvent ainsi préparer les candidats.

Il faut sortir de l'annualisation actuelle qui pénalise la préparation des candidats et peut conduire à des situations absurdes comme celle qui confronte le poste enfin obtenu, et un candidat qui n'est plus disponible.

M. de PROST convient qu'il s'agit d'un sujet de fond sur lequel il faut réfléchir. Par ailleurs, il souligne que ces problèmes relèvent bien du groupe du personnel médical.

M. LAPANDRY est plus circonspect sur le rôle exclusif du groupe du personnel médical en matière d'effectif. En effet, rappelle-t-il, la répartition des effectifs n'est pas égalitaire au sein des différentes disciplines.

Réduire les différences non justifiées implique un travail préalable du groupe des structures pour définir les moyens nécessaires à l'exercice de telle ou telle activité. Il sera ensuite du ressort du groupe du personnel médical de répartir les postes, en tenant compte de la pénurie.

M. NORDLINGER estime en effet très souhaitable que les commissions entretiennent des relations en veillant toutefois qu'elles ne se cantonnent pas qu'à quelques groupes.

Par ailleurs, s'il lui paraît bien nécessaire de recentrer les moyens vers les soins, il ne faut non plus oublier dans la définition des moyens, la vocation universitaire des services de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

Le **président** est d'accord avec ces propos et précise que le bureau aura à résoudre d'éventuels conflits nés des interférences entre les commissions de la CME.

Le **vice-président** soutient le recentrage des moyens vers les activités de soins qu'a évoqué M. MADELENAT. En effet, la réponse à des contraintes réglementaires ont conduit trop souvent à attribuer des moyens supplémentaires à des activités transversales, aux dépens d'activités cliniques identifiables. Il lui paraît également indispensable de faire ce même travail pour le personnel non médical pour lui permettre d'être présent davantage auprès du malade.

M. RICHARD souhaite tempérer les observations qui précèdent, car la plupart des postes transversaux jouent un rôle important, certes indirectement, pour la prise en charge des malades.

Pour lui, ce qui compte, c'est que la CME discute de l'ensemble des postes de PH et que par conséquent la place des postes fléchés non soumis à son appréciation soit réduite au minimum.

M. AIGRAIN précise que le groupe du personnel médical se propose d'analyser les apports réels pour l'institution des postes transversaux et fléchés.

Le **président** estime cette discussion très intéressante. Il lui paraît souhaitable qu'une réflexion soit conduite en bureau pour revoir les méthodologies utilisées dans les domaines de la répartition des postes de PH et des nominations. Les résultats de cette réflexion seront présentés en CME plénière.

Pour **M. FAGON**, il existe en réalité, trois opportunités d'intervenir sur le projet médical et les missions des établissements de l'AP-HP : les départs en retraite, les recrutements hospitalo-universitaires, les renouvellements quinquennaux. Pour mettre en cohérence ces trois moments, la participation de chacun des groupes de travail de la CME est indispensable.

Cette cohérence doit d'abord être apportée au niveau du CCM par la création de groupe ad-hoc, indique le **président**, avant qu'une proposition soit faite au groupe des structures.

De même, la création de nouveaux regroupements hospitaliers et universitaires doit se faire avec la participation des présidents de CCM.

b) Groupe du personnel médical, (GPM) (président : M. Guillevin, vice-présidents : MM. Aigrain et Chaussade)

M. AIGRAIN précise que le groupe du personnel médical est composé de trois sous-groupes.

Le *premier sous-groupe* procédera, conformément aux missions traditionnelles du GPM, aux analyses des recrutements et des renouvellements de fonction des médecins de l'institution. Le sous-groupe a également prévu :

- d'établir un cahier des charges pour les candidats PH, avec des pré-requis pour les services hospitalo-universitaires,
- d'examiner les possibilités de transferts de postes transversaux et fléchés vers les activités de soins,
- d'étudier les possibilités de développer des postes contractuels et d'analyser les répercussions du futur statut des attachés,
- d'élaborer les tableaux de service et de réfléchir sur les modalités de participation des médecins hospitalo-universitaires à la composition de ces tableaux.

Les résultats des réflexions menées sur tous ces sujets feront l'objet d'une présentation en bureau de la CME et lors de la CME plénière.

Le *second sous-groupe* que **M. AIGRAIN** a la mission d'animer, réfléchira à la mutualisation et à *l'organisation des gardes et astreintes* chirurgicales, médicales et biologiques. Ce travail se situera dans la continuité des réflexions menées sous la responsabilité du Pr. KIEFFER, lors de la précédente mandature. Seront traitées en priorité les activités opératoires nocturnes.

Pour articuler ces travaux avec ceux de la commission des gardes et astreintes, il est proposé que neuf de ses membres soient issus du sous-groupe précité du GPM. Par ailleurs, neuf membres participant à des gardes et astreintes et ne faisant pas partie de la CME devront être désignés à la commission des gardes et astreintes.

M. AIGRAIN requiert une incitation forte de la CME et un soutien de l'administration pour mettre en oeuvre les mutualisations de moyens médicaux nécessaires.

Par ailleurs, il souligne que ces travaux tiendront compte de pré-requis relatifs au maintien de la rémunération des plus jeunes médecins et au maintien de la sécurité des patients qui se présentent dans les sites d'accueil des urgences.

Le troisième sous-groupe, explique tout d'abord **M. CHAUSSADE**, sera dévolu à l'organisation du travail médical, en coordination avec le sous-groupe précédent et la commission des gardes et astreintes.

Ce sous-groupe s'est fixé trois objectifs à court terme :

- améliorer les tableaux de service proposés par l'administration en y intégrant notamment des critères de quantité et de qualité du travail d'une part et un cadre sur le temps de travail des personnels hospitalo-universitaires d'autre part,
- prévoir les conséquences de l'évolution du statut des attachés sur le fonctionnement des services en terme de temps médical et d'intégration dans les tableaux de service,
- anticiper l'évolution de la démographie médicale et prévoir des mesures et des organisations pour pallier la prévisible pénurie des jeunes médecins à 5 ou 10 ans.

Puis il revient sur les tâches classiques du GPM pour préciser certains points de son fonctionnement :

- le GPM étudiera, en tenant compte des textes, les possibilités de délégation de compétences aux CCM,
- la prospective ne saurait se faire sans les présidents de CCM qui ont notamment pour mission d'alerter le GPM sur les éléments d'avenir portés à leur connaissance,
- la plus grande transparence possible sera recherchée lors de la procédure de création de postes, à travers une définition préalable de critères d'activité et de temps médical qui seront les supports de l'analyse des demandes.

Par ailleurs, **M. CHAUSSADE** pense que le GHU pourrait offrir des possibilités de mutualiser les postes transversaux sur plusieurs hôpitaux.

Conscients de l'urgence qu'il y a à résoudre le problème des gardes et astreintes notamment en chirurgie, le **président** et **M. AIGRAIN** proposent de retenir comme date limite de mise en oeuvre des mesures palliatives le mois de novembre 2003, ce qui suppose l'élaboration de propositions puis une prise de décisions auparavant. Le premier chantier ouvert sera effectivement celui des activités en chirurgie.

A la suite de ces exposés, **M. DRU** rappelle que les tableaux de service permettront une clarification des activités et par suite un dimensionnement correct des services. En outre, ils serviront de base au paiement des plages additionnelles pour les praticiens qui y sont soumis.

Mme DEGOS estime qu'il faudra faire preuve de beaucoup de subtilité dans l'élaboration de la partie du cahier des charges portant sur les exigences universitaires à remplir par les candidats aux postes de PH. En effet, ces derniers ont des charges majeures dans le maintien de la continuité des soins et auront donc peu de temps pour constituer un dossier universitaire suffisant.

Le **président** propose au GPM de simplifier la présentation en CME restreinte des travaux concernant les nominations, en distinguant celles qui méritent des discussions et qui devront donc être détaillées, des autres, à l'image de ce qui se pratique déjà pour les structures.

c) Groupe prospective et stratégie (GPS) (président : M. Richard, vice-présidente : Mme Degos)

M. RICHARD rappelle que ce groupe est né de la volonté du président de constituer au sein de la CME une commission de réflexion sur la stratégie et la prospective de l'AP-HP qui fasse preuve d'imagination voire d'utopie.

A côté des membres de la CME ce groupe pourrait s'enrichir de personnalités extérieures à la CME, comme par exemple des représentants de la collégiale des présidents de CCM et de celle des doyens. Des experts pourront intervenir sur des thèmes spécifiques.

Cette commission, sans passé, aura besoin pour se développer de l'appui de l'administration tant comme laboratoire d'idées que pour lui apporter un soutien logistique.

Les premiers thèmes d'actions identifiés concernent :

- la réorganisation de l'AP-HP et les conséquences de la mise en place des groupements hospitalo-universitaires,
- la décentralisation des décisions médicales et administratives,
- la définition du rôle de la CME dans la mise en oeuvre des grandes orientations stratégiques,
- la politique commune à mener avec les partenaires comme l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) et les universités,
- l'organisation de l'hôpital. Il faudra notamment s'interroger, à l'heure des mutualisations et des regroupements sur la structure de référence (pôle d'activité, centre de responsabilité, etc...) et sur la manière de la positionner par rapport à la chefferie de service dans le but de faciliter la mise en commun de moyens,
- la défense du rôle et de la place des médecins au sein des établissements à travers non seulement une reconnaissance de la qualité de leur travail mais aussi des justifications au renforcement des équipes médicales.

Le **président** estime essentiel que ce groupe ne se sente pas bridé pour avancer des idées nouvelles.

M. SCHLEMMER adhère aux orientations présentées par M. RICHARD. Il pense cependant que la réflexion par discipline, avec l'appui des collégiales, est un moyen de lutter contre l'éparpillement, la redondance de structures de même type sur un site, de définir une taille suffisante de ces structures et donc en bref, de structurer l'offre de soins pour accomplir les missions de soins, d'enseignement et de recherche.

M. RICHARD pense que les représentants des disciplines seront des partenaires privilégiés en tant qu'experts dans leurs domaines et qu'ils feront partie des invités extérieurs au groupe prospective et stratégie. En revanche, il lui semble important que le groupe ne soit pas soumis entièrement à la prospective des collégiales.

M. DEBRE se dit pleinement d'accord avec ce point de vue. Le groupe prospective et stratégie n'a pas à gérer le quotidien qui est l'apanage du groupe des structures. Il doit gérer l'utopie.

Le groupe prospective et stratégie n'est pas là non plus pour gérer les spécialités. Il doit envisager l'avenir de l'AP-HP et des spécialités mais pas spécifiquement l'avenir de chacune d'elle.

C'est pourquoi les représentants des collégiales seront écoutés mais pas toujours suivis.

Le **président** confirme que c'est effectivement l'esprit qu'il faut donner à cette commission.

d) Commission université (président : M. Nordlinger, vice-président : M. Bernaudin)

Tout d'abord **M. NORDLINGER** demande que le titre de commission université se substitue à la dénomination commission université et recherche car l'université regroupe les notions de recherche et de transfert de technologies d'une part, et celle d'enseignement d'autre part.

Ensuite, il indique que la commission souhaiterait être informée de l'opinion de la directrice générale sur le rôle dévolu à la recherche dans le projet de réorganisation de l'AP-HP et savoir si cette dernière est bien une priorité.

Puis, l'intervenant indique que le groupe se fixe pour objectif d'aider les *acteurs de la recherche* prioritairement sur deux points.

Il proposera que soient établis des contrats concernant les chercheurs fondamentalistes. Ces contrats conclus entre l'AP-HP et les organismes de recherche comporteront des objectifs communs et s'appuieront sur des pôles d'excellence hospitaliers. Il s'agit en effet de maintenir sur les sites hospitaliers des activités de recherche ayant un rapport avec les activités cliniques qui y sont développées.

Par ailleurs, la commission université s'emploiera à créer les conditions favorables pour un développement de la recherche au sein de chaque structure, service ou département. A ce titre, elle souhaite tisser des liens de collaboration étroits avec le GPM pour valider les projets universitaires des candidats à un poste et surtout pour vérifier l'adéquation de ces projets avec le programme hospitalier.

Des liens identiques devront être noués d'une part avec le groupe des structures pour que les propositions de restructurations infra-hospitalières intègrent la dimension universitaire du CHU, d'autre part avec la commission prospective et stratégie afin d'initier une réflexion commune sur une réorganisation hospitalière qui corresponde avec celle de l'université.

Concernant les *moyens de la recherche* la commission université s'intéressera notamment aux dossiers ci-après :

- obtenir une définition claire du statut des locaux dits intégrés,
- favoriser l'organisation d'un bureau de la recherche, à l'instar de ce qui se fait à l'étranger ou au niveau local avec les unités de recherche clinique (URC), et mettre sur pied une brève formation pratique à la gestion du financement de la recherche. Il s'agit à travers ces mesures d'aider l'AP-HP, ses chercheurs, à élaborer des dossiers de demandes de crédits dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC), des crédits européens, des essais industriels,
- faire un point avec la délégation régionale à la recherche clinique (DRRC) sur la décentralisation des moyens au bénéfice des URC et des centres d'investigation clinique (CIC).

Pour ce qui est de *l'enseignement*, la réflexion de la commission portera en premier sur la réorganisation de la formation des internes afin de tenir compte de la réforme de l'internat et de la pénurie actuelle des internes.

Elle s'efforcera aussi de favoriser la mise au point de contrats avec les universités étrangères pour assurer le rayonnement de l'AP-HP et pour organiser des filières permettant de faciliter le recrutement d'internes notamment des pays de l'Europe de l'est sur les postes restant vacants.

Pour accomplir ces actes, la commission université souhaite se rapprocher d'autres instances de l'AP-HP comme le conseil scientifique, le comité de diffusion et d'évaluation des innovations technologiques (CEDIT), la DRRC, la mission d'expertise clinique, et définir en liaison avec elles le rôle spécifique de chacun.

Elle s'adjoindra la collaboration de personnalités extérieures de manière soit permanente, soit plus ponctuelle en fonction des sujets traités.

A ce titre, M. NORDLINGER évoque la participation des deux doyens qui seront désignés par le président de la conférence des doyens d'Ile de France.

Le **président** ouvre la discussion en acquiesçant au nouvel intitulé de la commission université.

M. LACAU ST GUILY estime que la vocation universitaire fait partie des spécificités de l'AP-HP et ne peut donc qu'être entérinée par la directrice générale. Le renforcement des liens entre les soins, la recherche et l'enseignement est une nécessité notamment au regard de la formation des jeunes professionnels.

M. NORDLINGER souhaite cependant que la directrice générale confirme son attachement à la vocation universitaire de l'AP-HP car actuellement, compte-tenu des contraintes, il pense que l'activité de soins prime sur l'activité de recherche.

M. HOUSSIN explique que les difficultés actuelles dans le domaine des soins n'entraînent pas un abandon des actions de formation et de recherche qui constituent les fondements de l'institution. Elles suscitent en revanche la nécessité d'une réorganisation du travail.

e) Groupe informations – relations extérieures (GIRE) (président : M. Fagon, vice-président : M. Carli)

Le GIRE expose **M. FAGON** se veut être un élément important de la modernisation de l'AP-HP.

Les travaux du groupe s'orienteront vers quatre axes essentiels.

La communication interne.

Le site de l'AP-HP accueillera non seulement des informations institutionnelles liées à la CME et à ses groupes de travail, mais aussi des notes d'actualité émanant des membres de la CME et de son président.

Ce site doit aussi être un lieu d'échange avec des informations provenant des CCM et même directement des médecins.

Le tableau de bord qui présentera des indicateurs d'activité et de qualité nécessitera une participation de la CME et devra être rendu public.

Les systèmes d'information.

Après avoir effectué un état des lieux, le groupe projette d'élaborer un cahier des charges des besoins des services médicaux en tenant compte des exigences de compatibilité entre les différents systèmes. Pour renforcer la cohérence et faire en sorte que l'information puisse transiter d'un service à un autre en suivant le circuit du patient, il semble à M. FAGON que l'informatique médicale et le dossier du patient doivent être intégrés à l'informatique de gestion.

Les relations extérieures.

Il s'agira de réfléchir aux rapports du GIRE avec le conseil d'administration, l'ARH-IF, les autres CHU français et les autres établissements hospitaliers de l'Ile de France.

Le groupe se propose d'établir un carnet d'adresses actualisé permettant en situation de crise de faire appel à des personnes référentes sur un sujet donné.

L'établissement de relations internationales avec notamment des centres hospitalo-universitaires étrangers suppose au préalable la définition d'une politique dans ce domaine par la CME.

La formation médicale.

Le rôle du groupe sera d'orienter les possibilités de formation médicale en tenant compte des compétences qui seront nécessaires dans l'avenir à l'institution.

M. FAGON conclut en indiquant que les candidatures pour participer aux travaux du groupe informations – relations extérieures restent possibles. Il souhaiterait que chacun des cinq autres groupes de la CME et chacun des CCM désignent un correspondant du GIRE.

Le **président** compte sur cette commission pour faciliter la transmission aux médecins des hôpitaux des informations sur les travaux de la CME. Il suggère que la composition du groupe comprenne également un président de CCM désigné par le président de la collégiale des présidents de CCM.

M. LEPAGE estime qu'en matière de système d'information, la priorité est d'engager une réflexion sur la mutualisation et l'industrialisation d'applications développées localement.

Pour **M. RICHARD** partir de solutions mises en oeuvre localement pour construire l'outil informatique est source d'une forte insatisfaction. Il lui semble qu'il faudrait au contraire bâtir un outil après une réflexion globale de laquelle découleraient des recommandations destinées aux hôpitaux et aux services.

M. FAYE croit savoir que le ministre de la santé a annoncé pour l'AP-HP un doublement de l'investissement en matière d'informatique, le portant à 3 % du budget de l'institution. Il souhaiterait donc connaître dans cette hypothèse quelle sera la part de l'informatique de gestion et celle de l'informatique médicale, quel retour sur investissement est escompté par l'administration et comment ce dernier sera évalué.

M. DEROUBAIX resitue tout d'abord les propos du ministre dans un cadre plus large, celui du plan d'investissement-hôpital 2007.

Compte tenu des modalités connues actuellement, la première étape consistera à répartir la somme d'investissement supplémentaire dévolue pendant la période à la région Ile de France, entre l'ARH-IF d'une part pour les hôpitaux non AP-HP et l'AP-HP d'autre part.

En outre, il confirme le souhait de l'institution de positionner à un niveau très élevé ses demandes d'investissement relatives aux systèmes d'information.

M. RICHARD intervient au sujet des relations internationales. Il lui semble qu'il faudrait sur ce point obtenir un état des liens tissés notamment entre les services hospitaliers ou les hôpitaux et leurs homologues étrangers.

Le **président** retient cette suggestion et demandera à l'administration de présenter à la CME l'état des relations internationales au sein de l'institution.

f) Groupe évaluation – finances (président : M. Schlemmer, vice-président : M. Piette)

M. SCHLEMMER présente les priorités d'actions du groupe qui ont été définies avec M. PIETTE.

Le premier type d'actions visera un meilleur ajustement des moyens aux activités, en fonction des choix stratégiques de l'AP-HP.

L'évaluation sera un outil essentiel pour cet ajustement.

Le plan hôpital 2007 et la tarification à l'activité constitueront des opportunités sur lesquelles la commission s'appuiera.

Il faudra dans un premier temps identifier, préciser la nature des activités à recenser. Pour conforter ce travail, le groupe se rapprochera du groupe prospective et stratégie.

Il conviendra ensuite de valoriser ces activités. Là, un important travail sera à conduire par hôpital, par GHU et par discipline. Il supposera des interfaces avec le groupe des structures.

En termes de moyens, continueront à être analysés et utilisés le programme médicalisé du système d'information (PMSI) et le contrôle de gestion. Il s'agira dans ce domaine de porter à la connaissance du corps médical les marges de manoeuvre existantes et les écueils éventuels susceptibles d'être rencontrés dans le projet de tarification à l'activité.

Les cibles particulières des analyses à mener seront notamment les innovations diagnostiques et thérapeutiques, les séjours à haute valeur ajoutée, l'outil informatique et les documents budgétaires.

L'évaluation des pratiques médicales qui fait partie des missions traditionnelles du groupe évaluation pourrait être allégée.

Dans le domaine de l'évaluation des résultats, la commission pourra être une chambre d'audition des travaux réalisés par le siège ou d'autres structures qui viendraient ainsi recueillir les avis de la communauté médicale.

La composition du groupe sera très ouverte sur l'extérieur et intégrera, outre les membres de la CME, des représentants du siège, de l'agence générale des équipements et produits de santé, des hôpitaux et éventuellement des disciplines. Le travail sera conduit par thème et ses résultats seront présentés au bureau et à la CME plénière.

Des interfaces seront recherchées avec les autres groupes de la CME.

M. SCHLEMMER conclut cette présentation en faisant appel à la candidature d'un biologiste, membre de la CME, pour que cette sensibilité soit représentée au sein du groupe évaluation – finances.

Le **président** indique d'abord qu'il souhaite que les noms des membres des différentes commissions figurent en annexe du présent compte-rendu. Puis, il ouvre le débat sur les travaux de la commission évaluation – finances.

M. PIETTE précise que le groupe évaluation – finances devra procéder à une analyse de l'ensemble des éléments budgétaires relatifs à l'AP-HP, ce qui peut l'amener à des réflexions concernant par exemple l'organisation du travail du personnel.

En partant d'une analyse du budget, il faudra rechercher les zones d'élasticité et envisager des économies tenant compte du rapport coût / efficacité.

Le groupe devra aussi étudier les économies possibles dans le domaine de la logistique et des achats.

M. DEBRE demande si la commission pourra évaluer certaines activités du siège.

Le **président** indique que la commission aura le choix de se saisir des questions qui la préoccupent et **M. SCHLEMMER** confirme que le groupe ne s'interdira l'examen d'aucun élément budgétaire.

M. LEPAGE constate que la commission semble se fixer comme priorité d'action plutôt l'analyse des finances que l'évaluation. Cependant, indique-t-il, on ne peut dissocier la tarification de l'évaluation.

Par ailleurs, l'évaluation des pratiques médicales diminue dans les établissements.

Il estime que l'AP-HP doit être force de proposition notamment dans l'évaluation des résultats, au moment où le ministère oriente résolument l'action de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (ANAES) en ce sens.

M. LEVERGE fait part d'une préoccupation de la communauté des pharmaciens.

En 2001, la CME a proposé et soutenu une opération de transparence sur l'évaluation des pratiques médicales et plus spécifiquement sur l'utilisation des produits de santé consommables qui a conduit, en accord avec les collégiales, au dispositif Med-Innov.

Or, il vient d'apprendre qu'une mission particulière sur l'évaluation des techniques innovantes, à la fois sur le plan pharmaco-économique et sur celui des pratiques, a été confiée au président du CEDIT. Il se demande donc si l'opération Med-Innov qui mobilise une centaine de ses collègues doit perdurer.

Le **président** précise qu'il peut encore exister des redondances entre les missions des commissions et qu'il conviendra, avec le bureau, de résoudre ces problèmes. Pour lui, il ne saurait être question de lancer un système similaire à Med-Innov dont la poursuite fait partie des missions du groupe évaluation – finances.

M. SCHLEMMER regrette ce climat de confusion et pense que les ambiguïtés relevées par **M. LEVERGE** seront bientôt dissipées.

Par ailleurs, comme **M. LEPAGE**, il pense qu'il faut s'intéresser à l'évaluation des pratiques médicales mais en s'axant prioritairement sur l'analyse des résultats. Ce qu'il ne faut pas reproduire ce sont des modes d'évaluation du type CIREs.

A l'issue de l'ensemble de ces présentations **Mme SCHLEGEL** souhaiterait connaître quel sera le rôle précis dévolu dans l'avenir à la CME.

M. LE HEUZEY remarque que les questions diverses constituent dans l'ordre du jour des séances de la CME le seul espace de liberté pour évoquer les problèmes qui surgissent. Il désirerait qu'une place plus grande lui soit réservée.

Le **président** estime qu'en effet cette plage de liberté doit être mieux organisée tant au bureau qu'en CME plénière.

Comme il l'a déjà annoncé, il va réformer le fonctionnement du bureau qui n'écouterait plus systématiquement les présentations destinées à la CME plénière mais réfléchirait notamment à l'aménagement des espaces de discussion.

Les membres de la CME qui ne siègent pas au bureau disposent, ajoute M. de PROST, de la possibilité d'écrire à lui-même ou au vice-président pour faire part de leurs préoccupations.

Pour répondre à Mme SCHLEGEL, il indique qu'il est logique que les mêmes problématiques soient partagées avec diverses instances ou avec le siège. Il faut éviter cependant les redondances.

Enfin, il réitère que les travaux des groupes de travail de la CME seront régulièrement présentés à la CME plénière.

II - Désignation des représentants de la CME.

- Au comité technique central d'établissement.

M. PIETTE est unanimement élu représentant de la CME au CTCE.

- A la commission centrale du service de soins infirmiers.

M. FAYE est désigné pour représenter la CME à cette commission.

- Au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Mme BAUWENS et M. DUSSAULE deviennent les représentants titulaires de la CME au CHSCT et MM. DASSIER et LEGRAND, les suppléants.

- Au comité de lutte contre les infections nosocomiales.

M. FAGON assure la représentation de la CME au CLIN.

- Au centre inter-établissement de traitement et de recherche anti-SIDA.

M. LEVERGE est désigné.

- Au CA et à la CME du centre de protonthérapie d'Orsay.

M. BERNAUDIN représente le président de la CME au CA et à la CME de ce centre.

MM. FRAU et SANSON sont désignés comme représentants à la CME du centre.

- Au comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Sont désignés, M. LEVERGE en qualité de pharmacien, Mmes ABADIE, PALAZZO, et MM. CORIAT, FRAU, GOËAU-BRISSONNIERE, GOUTALLIER, LAPANDRY, LE HEUZEY, PATERON, en qualité de médecins.

- *A la commission des gardes et astreintes.*

Sont désignés, M. AIGRAIN pour représenter le président de la CME, Mmes BOILEAU, CHIGOT et MM. CARLI, CUDENNEC, DRU, FAYE, GREGORY, PATERON.

La composition de cette commission sera prochainement complétée par la désignation de médecins non membres de la CME.

- *A l'association pour la gestion des oeuvres sociales des administrations parisiennes.*

M. DRU est le représentant titulaire et M. DASSIER le suppléant au CA et à l'assemblée générale de l'AGOSPAP ; Mme BRAILLY-TABARD, titulaire à l'assemblée générale, est suppléée par Mme SCHLEGEL.

- *Au comité régional d'organisation sanitaire et sociale d'Ile de France (section sanitaire).*

M. RYMER représente le président de la CME.

- *Proposition à la direction régionale de l'action sanitaire et sociale.*

a) Désignation au sein de la CME :

- à la commission régionale des études médicales

Sont désignés Mme FRANCES et M. DEBRE ;

- à la commission régionale des études pharmaceutiques

Est désigné M. LEVERGE ;

- à la commission de subdivision de l'internat et du résidanat en médecine

Sont désignés MM. CHAUSSADE et GOUTALLIER respectivement titulaire et suppléant.

b) Désignation non obligatoirement ou non totalement au sein de la CME :

- à la commission d'agrément des services et de répartition des postes d'internes en biologie médicale

M. TULLIEZ représente le président de la CME ;

Pour les médecins biologistes, M. WEILL et Mme BRAILLY-TABARD sont désignés respectivement titulaire et suppléant ;

Pour les pharmaciens, MM. LEGRAND et BOUSQUET sont désignés respectivement titulaire et suppléant ;

- à la commission d'agrément des services et de répartition des postes d'internes en pharmacie

M. LEVERGE est désigné ;

- au conseil de discipline des internes et résidents en médecine

Sont désignés représentants de la CME, MM. CARLI, DEBRE, HARDY, SANSON, au titre des hospitalo-universitaires et Mme ABADIE, M. FAYE, au titre des praticiens hospitaliers ;

- au conseil de discipline des internes en odontologie
M. PICARD est désigné.

Au terme de ces désignations, le **président** rappelle son souhait d'associer aux réunions de la CME, comme membres permanents sans droit de vote, deux doyens choisis par la conférence des doyens d'Ile de France. A cet effet, il convient de réviser le règlement intérieur de l'instance.

Mise aux voix, la proposition de révision est adoptée à l'unanimité.

III – Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI donne lecture des renouvellements et des nouveaux contrats d'activité libérale, conformes aux dispositions réglementaires.

S'agissant d'un droit statutaire des praticiens hospitaliers, M. AIGRAIN estime que les avis sur les contrats d'activité libérale pourraient être délégués aux CCM.

Ce sujet sera abordé, répond M. de PROST, dans le cadre du débat qui se tiendra sur les domaines de compétences de la CME pouvant faire l'objet de délégations aux CCM.

Les contrats d'activité libérale obtiennent un avis favorable avec 18 voix pour, 4 voix contre ; on enregistre 11 abstentions.

IV - Avis sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.

Le fonds de solidarité, informe M. ANTONINI, constitue un régime d'origine mutualiste couvrant les chefs de service antérieurement à l'instauration du statut hospitalo-universitaire.

Dans le cadre des dispositions réglementaires, l'avis de la CME est sollicité pour autoriser la revalorisation des allocations de ce fonds.

L'instance se prononce favorablement sur ce dossier.

V – Approbation du compte-rendu de la séance du 29 avril 2003.

Le compte-rendu est approuvé sans observation.

VI – Questions diverses.

- La grève des médecins urgentistes.

Après avoir annoncé qu'une grève nationale des médecins urgentistes est prévue pour le 20 mai, le **président** invite M. PATERON à dresser un état de ce mouvement social à l'AP-HP.

Assez suivie, la grève reçoit, explique **M. PATERON**, le soutien de la grande majorité des chefs de service responsables d'unités d'urgences adultes et pédiatriques, confirmant ainsi l'ampleur du malaise qui touche cette catégorie de praticiens.

La principale demande vise à obtenir les moyens nécessaires en temps médical travaillé et posté pour pouvoir appliquer les nouvelles règles de fonctionnement à l'hôpital, y compris légales, et pour réaliser les missions des services d'urgences. L'inquiétude tient à l'absence de perspective pour adapter les moyens affectés aux urgences à leurs besoins ; cette situation qui n'est pas propre aux urgences trouve une expression particulière dans l'incapacité structurelle de réguler le flux des malades qui arrivent aux urgences. Il faut donc, poursuit **M. PATERON**, mener une réflexion qui permette très rapidement de clarifier la situation : une dotation adéquate en temps médical est requise pour les structures d'urgences, la mutualisation des gardes doit intégrer une évaluation du retentissement de chaque réorganisation sur l'amont (accueil des urgences) et l'aval (lits d'hospitalisation).

Selon **M. CARLI**, le problème aigu des urgences découle d'un changement des modalités de travail imposé par l'évolution de la réglementation, lequel changement obère la visibilité d'un certain nombre de services sur leur fonctionnement.

Compte tenu de l'importante diminution du potentiel de travail, l'état des lieux lui semble catastrophique et explique le désarroi des jeunes médecins et des chefs de service.

De son point de vue, l'AP-HP n'obtiendra pas d'argent pour créer des postes aux urgences et ne disposera pas rapidement de médecins formés pour occuper les postes vacants. Aussi, convient-il de trouver au niveau de l'institution, des solutions originales dans leur application. Concentrer, mutualiser, innover, réfléchir aux pratiques utilisées, permettra de dégager des marges de manoeuvre pour l'avenir. Dans l'attente que l'institution bâtit une politique à long terme qui instaurera un régime de fonctionnement normal des urgences, il faut régler les problèmes aigus et corriger les inégalités importantes.

Pour conclure, **M. CARLI** craint qu'à défaut d'une politique volontariste et efficace pour les années à venir, l'effort accompli par les personnels médicaux et non médicaux pour traiter plusieurs millions de malades aux urgences, ne faiblisse.

Après avoir exposé des éléments du même ordre que ceux contenus dans l'intervention précédente, **M. LAPANDRY** ajoute que le schéma national proposé pour la réorganisation des urgences repose tant sur l'attribution de postes pour les secteurs d'urgence hospitaliers et pré-hospitaliers que sur l'investissement des médecins de ville ; or cet investissement n'est pas garanti.

En outre, les mois d'été arrivent et constituent une source supplémentaire d'angoisse pour les praticiens. De nouveaux efforts leur seront demandés car les sites d'accueil des urgences resteront ouverts tandis que des lits d'aval fermeront. A son sens, des mesures immédiates sont nécessaires et une prise de position de la part de la CME lui semble souhaitable.

Pour **M. FAYE**, depuis 20 ans l'hôpital fonctionne au prix de grands sacrifices consentis par tous. L'avènement des 35 heures de travail hebdomadaire, de la limitation du temps de travail médical et de l'intégration de la garde dans le temps de travail, met au grand jour les insuffisances de moyens car il ne permet plus à chacun de travailler à son gré.

Il estime que la réorganisation des services d'accueil des urgences doit s'engager sans tarder. Il faut repenser le fonctionnement des urgences chirurgicales afin de soulager partiellement les urgentistes généralistes. Si, suggère **M. FAYE**, on confiait aux chirurgiens l'accueil des patients qu'ils opèrent, on éviterait les doublons d'examen et les retards de décision et on impliquerait dans un travail d'équipe les chirurgiens à diplôme extra communautaire qui oeuvrent dans les SAU.

En sa qualité de responsable de la commission des gardes et astreintes, **M. AIGRAIN** considère que le nombre des sites d'accueil des urgences s'avère moins facilement modifiable que la prise en charge des activités opératoires nocturnes et de week-end.

L'excès de la charge de travail se révèle commun à d'autres spécialités soumises aux gardes, comme l'anesthésie-réanimation et l'obstétrique ; le nombre très insuffisant de médecins prenant des gardes dans les maternités en témoigne.

Il faut engager une série de réflexions et appliquer rapidement les décisions qui en résulteront. L'administration doit jouer immédiatement un rôle dans la prise en compte des plages additionnelles, conclut l'intervenant.

En réponse à ces observations, la **directrice générale** se déclare consciente du caractère préoccupant de la situation. Bien qu'il soit en effet impossible de réguler l'afflux des patients arrivant aux urgences, il est pourtant nécessaire d'adapter les moyens aux flux irréguliers. Or des situations contrastées existent au sein des différents SAU de l'AP-HP.

Pour cette raison, il a été décidé, lorsque les urgentistes ont été reçus au ministère le 2 mai, de procéder à un état des lieux des effectifs et de l'activité, pour le 31 mai. Il s'agit donc d'accéder à la meilleure utilisation des moyens disponibles et d'apporter une réponse structurelle au problème.

Elle ajoute que les postes qu'obtiendront les urgentistes ne seront pas disponibles pour d'autres spécialités alors même que l'obstétrique et la néonatalogie connaissent des besoins ; aussi, des arbitrages s'imposeront. Quant aux situations difficiles qui exigent des solutions urgentes, M. DEROUBAIX s'est astreint ces derniers jours à les identifier.

Le débat a paru utile à **M. de PROST** mais il se déclare non favorable à l'émission par la CME d'une motion car l'instance doit défendre les intérêts de tous ceux qui participent à l'accueil des urgences y compris la gynécologie obstétrique, l'anesthésie réanimation, etc.... C'est pourquoi, conclut-il, le travail d'évaluation des gardes et astreintes sera conduit sur tous les secteurs concernés. Il s'appuiera notamment sur l'action du GPM et de la commission des gardes et astreintes et sur les données collectées par le secrétaire général.

- Les défibrillateurs implantables.

M. LE HEUZEY attire l'attention de la directrice générale sur les difficultés apparues pour financer les défibrillateurs implantables à l'AP-HP. Il évoque d'abord à grands traits l'historique et l'intérêt de cette thérapie puis il explique le cheminement budgétaire pour l'acquisition de ces dispositifs par l'AP-HP.

Dans le cadre des crédits alloués pour les innovations thérapeutiques coûteuses, l'AP-HP avait obtenu en 2001 et 2002 une somme de 8 millions de francs ciblés sur les défibrillateurs. Selon ses informations, ces crédits seraient reconduits pour 2003, dans l'enveloppe globale des innovations thérapeutiques coûteuses de 39,5 millions d'euros, sans fléchage vers ces dispositifs, induisant la disparition de leur ligne budgétaire spécifique. Les hôpitaux de province percevant ces crédits par les ARH, il craint que l'ARH-IF n'ait été destinataire de ces crédits alors qu'hormis l'AP-HP, aucun centre n'implante de défibrillateur en Ile de France.

L'orateur rappelle que l'an dernier l'AP-HP a posé près de deux cents défibrillateurs pour un coût de 22 000 € chacun.

Dans un effort pour rationaliser cette activité à l'AP-HP, observe **M. DIEBOLT**, quatre sites ont été choisis pour la pratiquer. Pour combler le retard français dans ce domaine, en 2001 les pouvoirs publics ont décidé d'allouer un financement supplémentaire pour deux ans permettant d'augmenter l'activité d'un tiers. En 2003, les pouvoirs publics indiquent que la somme en question se trouve désormais incluse dans la dotation globale des établissements, à charge pour eux de dégager une enveloppe pour cette activité. L'AP-HP n'a pas été en mesure de flécher cette enveloppe à partir de son budget primitif, eu égard aux crédits globaux alloués. Dès lors, soit les hôpitaux parviennent à dégager des crédits, soit le siège tente de reconstituer une enveloppe à partir d'hypothétiques dotations à venir.

Concernant les CHU de province, **M. NAVARRO** fait connaître qu'à Bordeaux vingt à trente appareils ont été financés, qu'aucune décision n'a été prise à Marseille et que la situation semble bloquée à Lyon. On se retrouve, explique-t-il, dans le contexte qui prévalait en l'an 2000 mais avec une demande en progression des dispositifs.

- Les demandes de consultanat.

M. CORIAT souhaite connaître d'une part quand les médecins partant à la retraite au 1^{er} septembre prochain recevront une réponse à leur demande de consultanat, d'autre part la méthodologie qu'utilisera la CME pour se prononcer sur ces demandes.

Comme chaque année, les demandes de consultanat seront instruites puis examinées par la CME au mois de juillet, répond **M. ANTONINI**. L'aspect méthodologique doit être abordé rapidement avec le président de la CME. La procédure sera conduite selon les modalités habituelles, la réglementation étant inchangée à ce jour.

M. de PROST signale la disparition imminente du consultanat en raison de la récente annonce par le conseil national des universités du prolongement manifeste de la durée du travail jusqu'à 68 ans pour les praticiens hospitalo-universitaires.

- Les élections à la CME.

M. MADELENAT souligne l'absence de clarté du texte accompagnant les bulletins de vote des dernières élections à la CME, en particulier pour le collège des sages-femmes. Une personne non initiée aux procédures électorales ne distingue pas aisément, à partir des indications portées sur le bulletin de vote, la différence entre l'élection en qualité de membre titulaire ou de membre suppléant.

Il souhaite que la CME étudie cette question dès à présent en vue des prochaines élections.

Le **président** souscrit à la nécessité de modifier les textes réglementaires pour associer le suppléant à un titulaire. Il en parlera à la conférence des présidents de CME des centres hospitaliers universitaires.

Par ailleurs, il estime que la désignation du président de CCM d'un hôpital de soins de suite et de soins de longue durée à la CME devrait être effectué par les seuls géiatres. Pour ce faire une modification au règlement intérieur de la CME s'imposerait.

- L'accès des patients à la radiothérapie.

M. CHAUSSADE soulève la question de l'organisation des plateaux techniques de radiothérapie de l'AP-HP en raison des difficultés de leur accès dans un délai raisonnable par les patients atteints d'un cancer, suivis dans un hôpital qui ne dispose pas de cet équipement.

Les solutions actuellement disponibles sont d'attendre le rendez-vous de la radiothérapie en commençant par une chimiothérapie ou d'orienter les patients vers des cliniques induisant de ce fait des coûts inacceptables pour l'AP-HP.

M. NORDLINGER appuie à son tour l'intervention de M. CHAUSSADE.

Pour la **directrice générale**, le problème des files d'attente doit être traité en priorité, en particulier pour les pathologies telles que le cancer. Elle rappelle que son plan d'action insiste sur la nécessité de réduire toutes les files d'attente.

- La création d'un groupe de travail « cancérologie ».

Le **président** annonce la création à la CME d'un groupe de travail supplémentaire en charge de la cancérologie. Il sera présenté lors de la prochaine réunion de la CME.

*

* *

La séance est levée à 11 heures 40.

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

Mardi 24 juin 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mardi 10 juin 2003 à 17h30.

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.