

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 14 FEVRIER 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 7 MARS 2006**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 14 février 2006

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Programme ministériel de soutien des techniques innovantes coûteuses à l'AP-HP : bilan 2005 et perspectives 2006.
- 2- Modalités de l'appel d'offres sur les maladies rares pour l'année 2006.
- 3- Bilan des travaux du groupe « prospective et stratégie » sur l'éthique et notamment la réflexion de l'adaptation de la loi sur la fin de vie à l'AP-HP.
- 4- Etat d'avancement des travaux du groupe « accueil des praticiens à diplôme étranger ».
- 5- Amélioration de la performance des organisations des services d'urgence : expérimentation de l'hôpital Beaujon.
- 6- Système d'information patient :
  - le dossier médical personnel,
  - la sélection des candidats.
- 7- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2006.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 17 janvier 2006.
- 11- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur la demande de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le changement d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service, à titre provisoire.

### **Composition B**

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2006.
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de MCU-PH.

### **Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation au titre de l'année 2006.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH.
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
  - M. le Pr LEPAGE, responsable de l'information médicale,
  - Mme le Dr TORRE, 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 BERCHE, doyen de faculté,
  - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  
  - M. le Dr BEAUNE, hôpital Beaujon,
  - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
  - M. le Pr JUVIN, hôpital Beaujon,
  - Mme le Dr LAVAGNA, hôpital Beaujon,
  - M. le Pr LEMAIRE, direction de la politique médicale,
  - M. le Dr LE TOUMELIN, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale,
  - Mme le Dr ZANKER, hôpital Beaujon.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui excuse MM. BEN-BRIK, GOËAU-BRISSONNIERE, LACAU ST GUILY, LEGRAND, LE HEUZEY, RYMER, SALES et SANSON avant d'examiner les points inscrits à l'ordre du jour.

## **I - Programme ministériel de soutien des techniques innovantes et coûteuses à l'AP-HP : bilan 2005 et perspectives 2006.**

En propos liminaire, M. LEMAIRE rappelle que le programme ministériel de soutien des techniques innovantes et coûteuses (STIC) institué en 2001 visait à l'origine à répondre, grâce à une enveloppe budgétaire, à l'arrivée sur le marché de médicaments et de dispositifs que les hôpitaux ne pouvaient acquérir en raison de leur coût élevé. Dans un second temps, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui gère l'enveloppe a pressenti dans cet outil un moyen de mettre en oeuvre une démarche prospective d'évaluation médico-économique. Il précise que le montant de l'enveloppe relative au STIC est comparable à celle du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), aussi l'AP-HP se doit de participer à ce programme (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la commission médicale d'établissement).

### La procédure du programme.

L'appel d'offres comprend deux phases. La première phase, qui correspondait initialement à l'inscription de thèmes pré-fléchés par le ministère, se conforme depuis 2004 à un recensement national des innovations.

La seconde phase consiste en un appel à projets de protocoles médico-économiques portant sur les innovations retenues par le ministère. Une trentaine de projets a été transmis par des équipes de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. Le jury national de la DHOS qui précisera les items retenus parmi les listes établies par les CHU, retiendra en priorité les demandes émanant de plusieurs CHU. Aussi l'AP-HP ne devra pas choisir de transmettre des projets qu'elle aurait sélectionnés de manière indépendante.

### Le bilan.

L'AP-HP obtient de bons résultats à ce mode de sélection des dossiers, puisqu'elle participe à près de 90 % des programmes financés à l'échelon national. En outre, grâce à la mise en oeuvre de la liste complémentaire dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), l'enveloppe concerne un nombre moins important de protocoles relatifs aux médicaments innovants. En revanche, on constate la montée en puissance des projets relatifs aux organisations innovantes et le maintien du nombre de dossiers consacrés aux dispositifs innovants.

Depuis 2003, l'ensemble des crédits dédiés au cancer est centralisé par l'institut national du cancer (INCA) et échappe de ce fait à tous les contrôles. Le STIC ne fait pas exception à la règle puisqu'un appel d'offres spécifique au cancer est mis en oeuvre.

Après avoir mentionné les projets portés par l'AP-HP retenus hors cancer en 2005, l'orateur indique que l'institution a participé à d'autres programmes retenus. Environ 30 % de l'enveloppe nationale est attribuée à l'AP-HP. Concernant la campagne 2006, l'AP-HP a présenté les vingt sujets qu'elle a sélectionnés voici deux semaines. La mission de la DHOS se réunira prochainement afin de choisir les thèmes.

Aucune menace ne semble peser à l'heure actuelle sur l'avenir de ce programme. En effet, à l'image du dispositif retenu pour le PHRC, les budgets correspondants ont été intégrés à la base budgétaire et sont gérés par l'assurance maladie. La discussion annuelle porte uniquement sur leur niveau et non sur leur existence.

Par ailleurs, les programmes relatifs au cancer sont sanctuarisés jusqu'en 2007. Au sein de l'AP-HP, la démarche doit impérativement être conçue en collaboration avec les collégiales afin que les projets soient portés par l'ensemble des CHU de France. Dans ce cadre, le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) et le département de la recherche clinique et du développement (DRCD) peuvent réaliser un suivi commun.

Le **président** indique que la démarche doit s'inscrire dans le cadre des collégiales nationales puis il ouvre le débat.

La démarche couverte par le STIC vise à réaliser une évaluation médico-économique de nouvelles techniques observe **M. CHAUSSADE**. Cependant, il constate que certains cabinets médicaux libéraux proposent d'ores et déjà de mettre en œuvre sans aucun contrôle les techniques que l'AP-HP ou les autres CHU évaluent. Il a écrit au directeur de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour s'en étonner.

Le système s'avère effectivement ambigu déclare **M. LEMAIRE** puisqu'il est possible d'avoir recours aux dispositifs innovants sans envisager d'évaluation. Il rappelle que l'évaluation médico-économique des dispositifs constitue en réalité une démarche très limitée dans l'attente d'une nouvelle directive européenne en préparation à Bruxelles. Ainsi, tout professionnel intervenant dans le cadre de la médecine de ville peut acquérir et proposer à ses patients un dispositif innovant. Cette réalité ne doit pas interdire à l'AP-HP de réaliser ses évaluations.

**Mme DEGOS** souligne la notion d'urgence à réaliser ces évaluations qui sont indispensables avant la commercialisation de ces dispositifs. Le ministère et l'administration doivent prendre conscience de l'urgence à mettre en place les procédures dès la sélection des protocoles par la DHOS.

**M. NAVARRO** rappelle la nécessité de présenter des projets en collaboration avec des intervenants extérieurs à l'AP-HP. En second lieu, un nombre limité d'équipes paraissant capable de mener une étude médico-économique, il convient lui semble-t-il, de répertorier les intervenants aptes à réaliser de telles études, au sein de l'AP-HP ou non, afin de mieux traiter ce volet.

## **II - Modalités de l'appel d'offres sur les maladies rares pour l'année 2006.**

Quarante et un centres ont déjà fait l'objet d'une labellisation dans le cadre de la prise en charge des maladies rares au sein de l'AP-HP rappelle **M. RICHARD**, sollicité par le président afin d'instruire les dossiers de ce troisième appel d'offres. Les modalités de celui-ci sont identiques à celles des deux premiers ; il est prioritairement centré sur les pathologies ne bénéficiant pas encore de centres de référence. **M. RICHARD** évoque les critères pris en compte :

- organiser une prise en charge globale et cohérente ;
- améliorer la prise en charge de proximité ;

- participer à l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles dans le domaine des maladies rares ;
- développer les outils de coordination entre les différents structures et acteurs prenant en charge la même pathologie ;
- travailler avec les associations et l'administration pour l'information et l'insertion sociale des patients.

Quarante trois nouveaux dossiers ont été déposés par les équipes de l'AP-HP, ce qui représente un nombre élevé pour ce troisième exercice. Ceux-ci sont en cours de vérification administrative. L'an passé, le groupe de travail avait réparti les dossiers en trois catégories afin d'établir un ordre de priorité. En raison des critiques formulées à l'encontre de cette démarche, le groupe s'oriente cette année vers une classification en deux catégories avant la transmission des dossiers à la commission nationale.

Une liste d'experts composée de praticiens disposant d'une expertise dans ce domaine et se trouvant pour le plus grand nombre d'entre eux à la tête d'une structure consacrée à la prise en charge des maladies rares, a été dressée pour l'analyse des dossiers. La mission handicap est associée à cette démarche de même que des représentants de la direction de la politique médicale, Mme SAUVAGNAC notamment dont la qualité du travail sur la coordination de ce dossier est particulièrement saluée par M. RICHARD.

En raison du calendrier serré pour la sélection des dossiers (réunion du groupe « prospective et stratégie » de la CME le 20 février, réunion de la deuxième commission du conseil d'administration le 22 février, date limite de transmission des dossiers à l'agence régionale de l'hospitalisation le 28 février), la CME n'aura pas l'occasion d'émettre un avis concernant les choix réalisés. C'est pourquoi il est proposé que le groupe établisse le classement de ces dossiers au nom de la CME par délégation.

Après avoir remercié l'ensemble des participants en se référant aux deux premiers appels d'offres qui ont permis que l'AP-HP obtienne d'excellents résultats en terme de désignation de centres agréés, le **président** revient sur les contraintes de calendrier qui ne permettront pas d'examiner la liste des projets sélectionnés par le groupe lors d'une prochaine réunion de la CME. C'est pourquoi il demande aux membres de l'instance d'accorder leur confiance *a priori* concernant la sélection que va opérer le groupe « prospective et stratégie ».

**M. BERNAUDIN** ajoute que l'agence nationale de la recherche lance en parallèle un appel d'offres consacré au volet relatif à la recherche liée aux maladies rares. Il convient de vérifier comment assurer une coordination entre ces deux démarches.

Le **président** propose de relayer cette information très intéressante sur le site Internet de la CME.

### **III - Bilan des travaux du groupe « prospective et stratégie » sur l'éthique et notamment la réflexion de l'adaptation de la loi sur la fin de vie à l'AP-HP.**

Le **président** rappelle que ce point avait fait l'objet d'un débat riche en CME à l'occasion du vote de la loi relative à la fin de vie. Il avait alors été décidé de constituer un groupe de travail chargé de prévoir les modalités d'organisations nécessaires à la mise en œuvre de cette législation à l'AP-HP.

L'objectif de la démarche engagée poursuit **M. RICHARD** a consisté à traiter ce sujet sous l'angle de la pratique professionnelle et non de l'éthique, le groupe de travail - émanant du groupe « prospective et stratégie » de la CME - n'ayant pas reçu mandat pour traiter des questions d'éthique. A la demande de M. de PROST, il a cherché au quotidien, à faire des propositions destinées à aider les professionnels de santé dans la prise en charge des patients en fin de vie (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le cadre de la réflexion était déterminé notamment par le plan stratégique de l'AP-HP 2005-2009 qui comporte la mention d'une attention toute particulière aux questions éthiques, notamment en ce qui concerne la fin de vie et mentionne l'objectif de « soigner avec enthousiasme et respect en intensifiant les réflexions éthiques au sein des équipes soignantes ». Cet objectif est partagé par les médecins et les personnels paramédicaux.

Il convient de rappeler que cette problématique concerne un nombre important de patients. En effet, l'hôpital joue un rôle de plus en plus central dans le domaine de la fin de vie comme en témoigne une étude publiée en 2001 dans *The Lancet* à laquelle se réfère M. RICHARD.

Il détaille l'évolution législative importante dans ce domaine entre 1999 et 2005 en précisant que le message principal de cette dernière loi concerne le droit au « laisser mourir ». Son premier élément clé est qu'il convient de savoir abandonner l'obstination déraisonnable. Or il apparaît que les pratiques ne sont pas homogènes en France dans ce domaine. Par ailleurs, la loi dispose qu'il convient de ne pas craindre le double effet des médicaments administrés. Enfin, le texte renforce l'information et les droits des patients en fin de vie ou non, capables ou non de consentir. La loi du 22 avril 2005 peut désormais être appliquée, dans la mesure où trois décrets d'application relatifs à la directive anticipée, à la procédure collégiale et au rôle des unités de soins palliatifs, ont été publiés le 6 février 2006.

M. RICHARD précise le rôle clef des unités de soins palliatifs au sein des hôpitaux, mais il souhaite insister sur le fait que l'existence de telles structures ne peut en aucun cas exonérer les autres services de la prise en charge des patients en fin de vie. Il indique également que les propositions doivent prendre en considération l'absence d'investissement de certains membres de la communauté médicale concernant ces problématiques, fondée sur le sentiment erroné que la prise en charge de la fin de vie est bien assurée dans leur service.

Le groupe de travail a eu pour mission d'élaborer des propositions de déclinaison de la loi votée le 25 avril 2005. Il a réuni des médecins responsables de disciplines particulièrement concernées par ce sujet, comme la cancérologie, la gériatrie et les unités de réanimation, des personnels paramédicaux, ainsi que des représentants de la DPM. Différentes catégories de personnels, notamment des médecins et des personnels paramédicaux d'unités de soins palliatifs, de gériatrie, de cancérologie, mais encore des services d'accueil des urgences, pour lesquels la prise en charge de patients en fin de vie constitue également une réalité quotidienne ont été auditionnés, ainsi que des enseignants d'éthique médicale et des responsables de départements d'éthique médicale.



### Les recommandations du groupe de travail.

Le groupe de travail a émis un certain nombre de recommandations destinées à homogénéiser les pratiques de prise en charge des patients en fin de vie au sein des hôpitaux.

*La première proposition* concerne la nécessité d'inclure au sein du projet médical des pôles, notamment ceux comportant des services cliniques, un chapitre relatif à la prise en charge des malades en fin de vie. Ses rubriques doivent porter sur l'information du patient et de sa famille, la formation des personnels, les procédures de prise en charge du patient et de sa famille, l'articulation du fonctionnement du pôle avec l'activité locale de soins palliatifs, enfin la mise en œuvre d'un programme d'évaluation des pratiques.

*La seconde proposition* vise à faire de l'implication des professionnels dans la prise en charge des malades en fin de vie un indicateur de la qualité des soins. Cette proposition apparaît logique à l'heure de l'évaluation des pratiques professionnelles. A terme, l'accréditation des établissements de santé s'enorgueillira de prendre en compte cet élément.

*La troisième proposition* consiste à mettre en place au sein des services les procédures collégiales d'aide à la décision de limitation et d'arrêt de traitement en réanimation. Cette démarche a pour objectif de faire en sorte que l'ensemble des patients et des familles bénéficient de pratiques homogènes au sein de services aussi différents que la cancérologie, la réanimation ou la gériatrie, dans un cadre transparent et collégial.

*La quatrième proposition* traduit la volonté du groupe de travail de progresser concernant les notions de directives anticipées et de personne de confiance. La notion de personne de confiance existe depuis 2002 et l'AP-HP a tenté d'en assurer la mise en place au sein des hôpitaux. Cependant, il faut bien reconnaître qu'un travail important reste à réaliser afin d'inciter les patients à recourir à cette personne de confiance, dans le cadre de la fin de vie, mais aussi de manière beaucoup plus générale, ou à rédiger des directives anticipées. Cette démarche reste délicate à concrétiser.

*La cinquième proposition* correspond à l'information des personnels hospitaliers. Il est en effet nécessaire de délivrer une information relative à ces sujets, tant en ce qui concerne les médecins que les personnels paramédicaux, les cadres administratifs et les directions des établissements. L'information devra être délivrée par des médecins mais également par des personnels paramédicaux.

Enfin, *la sixième proposition* résulte du constat d'un grand nombre de médecins concernant l'absence d'homogénéité des pratiques, mais aussi du fait que la prise en charge du malade en fin de vie et de la mort à l'hôpital, qui longtemps renvoyait uniquement à une simple approche compassionnelle, constitue désormais un sujet d'évaluation et de recherche clinique. Le groupe de travail propose la constitution d'unités transversales hospitalières de recherche et d'évaluation au sein d'hôpitaux ou de groupes hospitaliers universitaires (GHU), dont l'objectif serait de contribuer à l'harmonisation des pratiques. Ses missions renverraient à l'évaluation, l'information, la diffusion des recommandations et l'établissement de procédures institutionnelles. Enfin, ces unités joueraient un rôle de passerelle vers les structures existantes (unités mobiles de soins palliatifs, départements d'éthique, coordination des soins infirmiers...).

Le groupe de travail souhaiterait recueillir l'avis de la CME, de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, de la direction de la politique médicale et du conseil d'administration, sur l'ensemble de ces propositions.

Le **président** remercie M. RICHARD et fait observer qu'une partie des propositions est susceptible d'une mise en œuvre immédiate. D'autres, notamment la constitution d'unités transversales hospitalières de recherche et d'évaluation, méritent vraisemblablement de s'inscrire dans le cadre d'une réflexion éthique globale. Puis il ouvre le débat.

**M. DEBRE**, qui a eu l'occasion de travailler à l'élaboration de cette loi au sein de l'Assemblée Nationale constate une forme d'hypocrisie ; il rappelle que ce sujet a été imposé à l'occasion d'un débat relatif à l'euthanasie, alors que l'article 1 de la loi rappelle l'interdiction de cette pratique. Par ailleurs, il considère le sujet hypertrophié. Le débat donne l'impression que l'on découvre que les gens meurent à l'hôpital, or la mort n'y est ni cachée, ni honteuse. Il ajoute que la fin de vie était déjà régie par trois articles du code de déontologie, ainsi que par les dispositions des lois votées en 2002. Le texte de 2005 ne lui semble pas apporter beaucoup d'éléments novateurs. Son application nécessitera surtout de dégager des moyens financiers, de constituer des centres de soins palliatifs et d'assurer un enseignement adéquat aux étudiants. Enfin, il apparaît important à M. DEBRE de ne pas affoler les patients et de rappeler également que l'hôpital permet de soigner neuf malades sur dix. La relance du débat donne parfois l'impression que l'hôpital est uniquement un lieu de mort.

**Mme BRESSAND** a participé avec une grande satisfaction aux travaux du groupe, en compagnie d'autres infirmiers et cadres infirmiers. Cependant, s'il est exact que l'hôpital sert avant tout à soigner les patients, il est normal de prendre en compte la mort à l'hôpital. Or, force est de constater que de nombreux infirmiers et aides soignants cherchent à quitter les services au sein desquels la fin de vie est mal prise en charge, même si cette raison n'est jamais exprimée ouvertement. Mme BRESSAND espère que le groupe de travail permettra d'engager une réflexion dans l'ensemble des services concernés par la fin de vie et d'évaluer les pratiques et elle soutient par conséquent clairement la démarche engagée. Enfin, elle ajoute que le groupe de travail a concerné diverses catégories d'intervenants paramédicaux, notamment des psychologues et des kinésithérapeutes, et que les problématiques concernent particulièrement les services de gériatrie, et non uniquement les services de réanimation.

**Mme PALAZZO** souhaite connaître la position des différentes communautés religieuses concernant la fin de vie, car même si la loi est la même pour tous et si le principe de laïcité prévaut, il ne lui semble pas possible d'aborder la fin de vie sans prendre en compte les croyances des patients et de leurs familles.

**M. DUSSAULE** précise que l'enseignement relatif aux soins palliatifs et à la prise en charge des douleurs chroniques est désormais assuré dans le cadre d'un module délivré en deuxième cycle. La formation relative à ces sujets a donc connu des progrès. Il fait également état d'une expérience menée à l'hôpital Saint-Antoine, qu'il est envisagé d'étendre à d'autres hôpitaux, correspondant à la présence de lits dédiés aux soins palliatifs dans les services d'onco-hématologie. Cette expérience fait l'objet d'un financement conséquent de la part de l'AP-HP. Le dispositif transversal mis en œuvre répond bien aux recommandations exprimées par M. RICHARD.

Par ailleurs, M. DUSSAULE souhaite savoir si l'unité d'évaluation et de recherche clinique, que le groupe de travail propose de mettre en œuvre dans les hôpitaux, correspond à une unité structurelle ou à un comité comparable aux comités de lutte contre la douleur ou les comités de lutte contre les infections nosocomiales.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** souligne que la question de l'arrêt de l'alimentation artificielle est très difficile à vivre pour le personnel soignant et pour les familles qui considèrent que cet acte est proche de l'euthanasie. Il est donc nécessaire d'engager une démarche de fond lorsque sa mise en œuvre est envisagée.

Elle s'informe sur l'éventualité de la mise en place de consultants extérieurs aux hôpitaux dans le cadre des unités d'évaluation et de recherche clinique. Un tel schéma lui semblerait souhaitable car plus rassurant pour les familles et le personnel.

**M. SCHLEMMER** considère les propositions du groupe de travail comme extrêmement importantes, car elles s'opposent à une tendance présente dans un grand nombre de services visant à ne pas prendre en compte les problématiques relatives à la fin de vie, ou au mieux à les confier à une unité de soins palliatifs lorsque des équipes mobiles peuvent être sollicitées. Or ces unités n'ont pas vocation à permettre de se défaire de cette responsabilité.

Constatant que la loi et les propositions du groupe de travail insistent sur les principes de collégialité et d'évaluation des pratiques, il lui semble qu'il convient de réintégrer cette démarche dans l'ensemble de l'arsenal réglementaire apparu depuis quelques années visant à promouvoir ces deux notions. Aussi, alors que le groupe de travail propose d'inscrire la gestion de la fin de vie dans les projets de pôle, il pense préférable d'inscrire dans ces derniers les démarches permettant de promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles. En effet, la prise de décision collégiale, l'information des patients, le recueil de l'avis des proches et l'évaluation des pratiques concernent toutes les décisions médicales et pas uniquement les décisions relatives à la fin de vie.

**M. FAYE** rejoint **M. DEBRE** sur le premier point de son intervention, des patients mourraient au sein des hôpitaux et pouvaient refuser des soins avant le vote de cette loi. Il convient selon lui, de préciser si un patient refusant les soins doit ou non rester à l'hôpital. Répondre par l'affirmative à cette question impose de disposer d'unités spécialisées, capables de prendre en charge des soins palliatifs résultant du refus de soins du patient. Or il apparaît que les moyens permettant de répondre à cette demande manquent.

D'autre part, la notion de nutrition artificielle doit être précisée : donner à manger à un patient au moyen d'une cuillère entre-t-il dans cette définition ? Est-ce différent de nourrir un patient au moyen d'un tuyau aboutissant dans l'estomac ? Par ailleurs, existe-t-il une hiérarchie des handicaps ? Un patient souffrant d'un trouble de la déglutition doit-il être considéré différemment d'un patient ne parvenant pas à utiliser ses mains pour se nourrir ? Ces notions semblent difficiles à gérer au quotidien pour **M. FAYE** qui éprouve également des difficultés à envisager le traitement de pathologies induites par l'arrêt de la nutrition artificielle.

**M. PIETTE** rappelle que la loi élaborée sur la base d'une réflexion issue des problématiques rencontrées dans les services de réanimation, est rédigée d'une façon remarquable qui la rend applicable dans d'autres spécialités, notamment en gériatrie.

Il fait également part de demandes multiples incitant l'hôpital à sortir de ses murs et à aider à la fin de vie des patients dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ou dans les maisons de retraite - sans doute dans le cadre d'équipes mobiles de soins palliatifs – qui méritent d'engager une réflexion concernant la valorisation de ces interventions extrahospitalières, par exemple dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Intervenant au titre des SAMU, **M. DRU** souhaite savoir si le groupe de travail a envisagé la constitution d'une structure intermédiaire destinée à la prise en charge des patients en fin de vie à domicile, que leurs familles souhaitent voir transférer dans une structure hospitalière. En effet, ces patients ne peuvent intégrer un service de réanimation, ne sont pas systématiquement acceptés dans les services d'urgence, enfin sont confrontés au nombre limité d'unités de soins palliatifs.

Selon le **président**, ce point très important rejoint en partie la remarque de M. PIETTE. Plus généralement, le nombre des questions soulevées démontre que, si un travail important a été réalisé, beaucoup reste à faire.

Au terme de ces différentes interventions, au cours desquelles la qualité du travail réalisé a été particulièrement saluée, **M. RICHARD** apporte des réponses. En premier lieu, il dit apprécier l'intervention de M. DEBRE qui met en évidence le hiatus important entre ce que pensent les médecins et la réalité vécue au quotidien par les familles des personnes décédant à l'hôpital. Sur la base de son expérience en réanimation, il convient avec lui que si la situation s'est globalement améliorée, un grand nombre de médecins et de soignants ne s'inscrivent toujours pas dans le cadre de la demande d'une prise en charge correcte de fin de vie. Il reconnaît également qu'un texte de loi ne permet pas de traiter l'ensemble des questions couvertes par la fin de vie. Cependant, comme certains l'ont indiqué, ce texte constitue une opportunité permettant de présenter des propositions visant à mettre en œuvre une approche plus homogène.

Bien évidemment, il convient de ne pas résumer l'hôpital à la fin de vie, mais il semble essentiel de traiter ce sujet sous l'angle de l'évaluation des pratiques professionnelles et pas uniquement sous l'angle éthique.

D'autre part, un texte de loi n'a pas pour mission de répondre aux questions relatives aux approches des différents rites religieux. Cependant, la prise en compte de cet élément s'intègre dans un contexte de prise en charge : dans le cadre de la réflexion collégiale, mais aussi concernant la personne de référence ou les directives anticipées.

M. RICHARD se dit surpris de la remarque de M. FAYE. Le sens de la loi est que la mission du médecin consiste autant à assurer l'approche curative que l'approche palliative dès lors que l'approche curative a atteint ses limites. A ses yeux, accompagner les patients en fin de vie constitue une mission aussi noble que de se limiter au curatif et de renvoyer le palliatif à une structure externe. Il convient selon lui, de ne pas opposer ces deux approches.

Plus généralement, il ressort des interventions une demande de formation, notamment des jeunes médecins, et d'information des patients et de leur famille afin de rendre homogène ces pratiques. Certes, M. DUSSAULE a évoqué un certain nombre de progrès, mais il est sans doute nécessaire d'améliorer la formation délivrée aux futurs intervenants.

Enfin, concernant le domaine pré-hospitalier, l'objectif aux yeux de l'intervenant ne doit pas consister à créer de nouvelles structures, mais bien à faire en sorte que les personnels et l'architecture prédisposent à l'accueil de patients en fin de vie.

Le **président** remercie M. RICHARD pour le travail réalisé en collaboration avec des représentants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il convient désormais que cette démarche se poursuivant, les propositions formulées méritent d'être examinées.

#### **IV - Etat d'avancement des travaux du groupe « accueil des praticiens à diplôme étranger ».**

Le **président** rappelle sa demande à M. NORDLINGER de mener une réflexion approfondie concernant l'accueil des praticiens à diplôme étranger dans le cadre du groupe université, parallèlement à la démarche engagée sur la démographie médicale.

**M. NORDLINGER** propose d'informer les membres de la CME de l'état d'avancement des travaux du groupe qu'il a animé. La question des médecins à diplôme étranger couvre à la fois les médecins en formation, qui font l'objet de cette présentation, mais également les médecins membres de l'encadrement. En effet, l'AP-HP ne peut pas être imperméable aux échanges : certains de ses praticiens choisissent d'exercer à l'étranger, il est normal en retour que des praticiens étrangers souhaitent et puissent la rejoindre. A l'occasion de ce point d'étape, le récent texte relatif à la titularisation des médecins à diplôme étranger ne sera pas abordé car il mérite d'être examiné dans le détail avant d'être traité lors d'une prochaine séance de la CME.

M. NORDLINGER souligne l'importance d'un accueil de qualité vis-à-vis de ces médecins, essentiel pour le rayonnement et la notoriété de l'AP-HP à l'étranger. Par ailleurs, en raison du nombre suffisant d'internes formés au cours des dernières années et des contraintes liées aux cursus de formation ou aux repos de sécurité, ces praticiens sont indispensables au fonctionnement des hôpitaux.

Un certain nombre de complications ont été mises en évidence :

- un manque d'information concernant les services les plus formateurs ;
- des difficultés de formation, dans la mesure où les étrangers sont parfois orientés vers des postes que les internes ne souhaitent pas occuper ;
- de nombreux obstacles administratifs ;
- des problèmes de logement, dans la mesure où il est très difficile de se loger à Paris lorsque l'on arrive de l'étranger ;
- la reconnaissance de la formation par un certificat ou un diplôme.

#### La sélection des candidats.

Le bilan 2005, réalisé dans le cadre du groupe de travail, a mis tout d'abord en évidence la nécessité de mieux sélectionner les candidats, afin de s'assurer du niveau et de la motivation des personnes retenues.

Le groupe propose de favoriser la mise en œuvre de partenariats privilégiés, à l'image de ceux qui ont déjà été mis en place. Dans ce but, un dossier type de candidature a été élaboré. La procédure repose sur une sélection réalisée par un jury, susceptible de se rendre dans le pays d'origine ou d'entendre les candidats dans le cadre de visioconférences. La participation de consultants à cette sélection serait utile selon M. NORDLINGER. Par ailleurs, des fiches d'évaluation des stages ont été rédigées et des certificats de stages ont été délivrés dans le cadre de certains partenariats, notamment le stage organisé avec Total.

Concernant les candidatures libres, une grille d'évaluation est désormais à la disposition des chefs de service, afin de vérifier si les candidats disposent du niveau minimum requis. Ce document a été préparé avec beaucoup de soins en collaboration avec les coordinateurs ; il est désormais disponible.

#### Le développement de l'attractivité de l'AP-HP.

Il se traduit par :

- le développement des partenariats, sur la base des projets déjà concrétisés, répondant ainsi au souhait de mener une démarche pragmatique ;

- la simplification des procédures de recrutement ;
- l'amélioration des conditions d'hébergement.

### Le développement des partenariats.

Quatre types de partenariats se développent de manière pragmatique poursuit **Mme DEAL**. Un premier partenariat hospitalo-universitaire est en cours de finalisation avec l'université de Sao Paulo au Brésil. Il permettra la venue de médecins brésiliens dans les services de l'AP-HP et constituera une ouverture pour les internes français souhaitant effectuer une formation à la clinique ou à la recherche au Brésil.

Le partenariat mis en œuvre avec le Maroc a été initié à la demande du ministère de la santé marocain et transmis par le ministère de la santé français. Il porte sur la gériatrie, la rééducation et l'oncologie. Il vise à former des médecins en fin de formation dans leur spécialité. A la demande de l'AP-HP, le Pr VERNY, coordonnateur de gériatrie, a participé à la sélection des candidats au Maroc. Suite à cette expérience, il a été choisi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour réaliser un audit relatif aux personnes âgées au Maroc, qui se traduira sans doute par la création d'une discipline hospitalo-universitaire dans ce pays.

Le troisième partenariat mis en œuvre avec la Chine est plus original, il résulte d'une opération de mécénat de la société Total. Cette entreprise a en effet choisi de financer la formation des médecins urgentistes qui interviendront à l'occasion des jeux olympiques de Pékin en Chine. Les Prs CARLI, RIOU et le Dr LAPANDRY se sont beaucoup investis pour la réussite de ce projet. Par ailleurs, des contacts sont établis afin d'élargir la coopération avec Pékin.

Enfin, une convention est en cours de signature avec le royaume d'Arabie Saoudite. Ce dernier a demandé à la France d'assurer la formation de ses spécialistes et prend en charge intégralement le financement de cette opération. La convention devrait entrer en vigueur en novembre 2006.

### La simplification des procédures.

La complexité des procédures de recrutement posait un problème aux chefs de service et aux médecins étrangers. Les candidats éprouvaient des difficultés pour prendre leurs fonctions et être rémunérés dans les délais prévus. C'est pourquoi il a été décidé de créer un dossier modélisé de recrutement des candidats à l'attestation de formation spécialisée (AFS) et à l'attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), destiné aux directions hospitalières. Cette démarche a été menée en collaboration avec les bureaux du personnel médical des hôpitaux. Le modèle conçu a été adopté par un certain nombre d'hôpitaux locaux hors AP-HP.

Par ailleurs, afin de résoudre les difficultés liées au délai d'obtention des titres de séjour et des cartes de travail, un accord a été conclu avec les préfetures et les directions du travail des départements de la couronne (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val de Marne). L'objectif consiste à réduire les délais d'obtention de quatre à un mois. Le dispositif mis en œuvre en novembre fera prochainement l'objet d'une évaluation. Des difficultés ont déjà été constatées à Paris et un rendez-vous est pris pour y remédier.

Enfin, afin de mettre en œuvre le dispositif, une réunion de formation et d'information a été organisée avec les bureaux du personnel médical de l'AP-HP et de quelques hôpitaux hors AP-HP en présence de représentants de la direction du travail et de la préfeture de Police de Paris.

### L'amélioration de l'hébergement.

L'AP-HP connaît de grandes difficultés à loger les médecins étrangers. En effet, parmi les deux cent huit chambres existantes en « salle de garde », certaines sont peu confortables et font l'objet de problèmes de gestion. C'est pourquoi il est apparu nécessaire de trouver un autre mode d'hébergement. Un partenariat, d'une durée de vingt cinq ans, a été engagé avec la Cité internationale universitaire de Paris visant à la réservation de cent cinquante unités d'hébergement composées des chambres et de studios destinés à des couples. Ces unités d'hébergement sont situées dans le XIV<sup>ème</sup> arrondissement de Paris mais également Porte des Lilas dans un bâtiment neuf ouvert en novembre 2005.

Ce partenariat comprend aussi la mise à disposition de la résidence Abreu de Grancher destinée à devenir un site à vocation scientifique de rayonnement international. Un directeur, PU-PH à l'AP-HP, essentiellement chargé de l'animation sera responsable de cette maison. Celui-ci devrait être nommé au mois de mars par la CIUP.

Des progrès concrets ont été enregistrés poursuit **M. NORDLINGER** lequel rappelle que l'AP-HP fait appel à sept cent cinquante FFI et que l'estimation de l'an passé évaluait le besoin entre trois cent cinquante et quatre cents logements. Or l'enquête réalisée au sein des hôpitaux a démontré qu'un grand nombre des chambres disponibles au sein des salles de garde étaient obsolètes, voire insalubres. Les efforts devront donc se porter sur ces locaux, afin de compléter les nouveaux logements dont l'AP-HP disposera grâce à la cité universitaire, répartis entre le sud et le nord de Paris.

### Les axes de travail pour l'année 2006.

*Le premier axe de travail* vise à mettre en œuvre des procédures permettant d'offrir aux médecins étrangers un parcours de formation individualisé. Cette formation doit être adaptée aux besoins sanitaires des pays d'origine. Il faut trouver un point d'équilibre entre cette exigence et les besoins de l'AP-HP, tout en prenant en compte bien entendu les impératifs de formation des internes français. Pour ces derniers, il convient de préciser que les médecins étrangers ne constituent pas une concurrence, mais un complément. Cette démarche doit se traduire par l'identification des besoins hospitaliers de l'AP-HP et l'optimisation des moyens dédiés aux actions de coopération.

*Le second axe de travail* vise à rechercher de nouveaux partenariats, en s'appuyant sur les réseaux existants. L'objectif consiste à couvrir le plus grand nombre de pays dans le monde. Dans ce cadre, le Pr DESMONT réalise un inventaire des réseaux existants. Une autre piste de travail consiste à développer le mécénat d'entreprise. Ainsi, Mme DEAL a mentionné la formation de médecins chinois aux activités d'urgences en vue des jeux olympiques dans le cadre d'un partenariat avec Total. Ce type d'opération doit pouvoir se développer dans un cadre précis. Des contacts restent à concrétiser en Chine (Pékin et Shanghai, notamment), au Liban, au Maroc, en Tunisie, à Bahreïn et dans d'autres pays du Golfe.

Enfin, *le troisième axe de travail* consiste à développer une communication ciblée, afin que les candidats potentiels soient en mesure de disposer d'une information relative aux offres de l'AP-HP. Cette communication passe par le site Internet de l'AP-HP, mais aussi par la rédaction d'un livret d'accueil pour les médecins étrangers. Les formalités administratives sont en effet très importantes, car un étranger sans logement ne peut obtenir de carte de séjour, et sans carte de séjour, il ne peut obtenir de logement. Il convient également de rédiger des documents bilingues, car se limiter aux candidats francophones réduirait fortement le champ de recrutement. Bien évidemment, ces médecins non-francophones devront apprendre le français. Il est notamment possible de mettre en œuvre des formations accélérées au français dans le cadre de l'Alliance Française. Enfin, l'interface avec la cité universitaire constitue un élément important dans cette démarche de communication.

M. NORDLINGER conclut sur les progrès concrets accomplis et remercie tous ceux qui ont participé à cette démarche, notamment Mme DEAL et son équipe.

Le **président** ouvre le débat.

**Mme MARCHAND** juge intéressante cette présentation qui reste néanmoins théorique. En effet, il ne lui paraît pas possible d'occulter le fait que ces étudiants n'auront pas nécessairement l'intention de retourner dans leur pays. Cette situation pose le problème des conditions d'exercice de ces derniers. Il n'est pas réalisable d'offrir à l'ensemble de ces futurs médecins un cursus en France au regard de la législation. Or onze mille médecins étrangers se trouvent dans cette situation aujourd'hui.

La venue d'étudiants étrangers en France constitue un élément très positif selon **M. DEBRE**, permettant de former ces jeunes et de faire rayonner la médecine française. Cependant, il est exact qu'un grand nombre de ces étudiants souhaite à terme rester en France. Cette situation pose un problème majeur. En effet, il s'avère très difficile de refuser à un étudiant de rester une année supplémentaire, voire de s'installer définitivement, et de lui demander de rentrer dans son pays. C'est pourquoi il serait nécessaire que le cadre de la collaboration soit clairement précisé dès le départ.

En second lieu, il importe d'être en mesure de se rendre dans les pays étrangers afin de recruter ces étudiants. Cependant, l'AP-HP ne pourra pas consacrer des sommes importantes à ces démarches ; c'est pourquoi il convient d'avoir recours au mécénat. Il cite à titre d'exemple l'expérience qu'il a menée de cette manière en Chine et insiste sur l'intérêt de lever des fonds afin de créer des services dans des pays en pleine évolution, de permettre à des médecins et des infirmiers français de se rendre compte de ce qui se passe à l'étranger, et enfin de vivifier l'accueil en France des étrangers sélectionnés sur place.

M. DEBRE exprime son malaise face aux conditions d'hébergement mises à la disposition par l'AP-HP des étudiants étrangers, parfois insalubres. Sans une amélioration de ces conditions de logement les étudiants étrangers ne viendront plus dans les hôpitaux de l'AP-HP, ou feront savoir une fois de retour chez eux ce qu'ils ont constaté en France.

Enfin, l'intervenant s'interroge sur la capacité à accepter la venue de professeurs étrangers durant un, deux ou trois ans, sur la base d'un véritable statut, et non plus d'un statut de professeurs associés. Il y voit personnellement un intérêt.



**M. CHAUSSADE** croit nécessaire de distinguer les problèmes actuels de ceux qui devront être gérés à l'avenir lorsque les promotions d'internes seront beaucoup plus fournies et qu'il ne sera plus possible d'accueillir des étudiants étrangers. Une réflexion serait à engager dès à présent bien qu'il reste quelques années pour se préparer à une telle situation.

Il évoque le dévoiement des dispositifs AFS et AFSA lesquels prévoient le séjour d'étudiants pour une année (AFSA) ou deux années (AFS) maximum afin d'acquérir un complément de formation. Or on constate que ces étudiants s'inscrivent successivement au sein de plusieurs facultés en France afin de voir leur séjour prolongé à plusieurs reprises. Il serait donc nécessaire de mieux contrôler le respect du dispositif légal afin de limiter la durée du séjour de ces étudiants étrangers. Dans les faits, entre sept mille et dix mille médecins étrangers sont restés sur le territoire et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire fait désormais pression pour que soit assurée une remise à niveau de ces praticiens afin de les titulariser. Pour sa part, il pense nécessaire de mettre en œuvre un dispositif de sélection permettant de conserver uniquement les médecins présentant un niveau professionnel correct. Une telle situation ne lui paraît pas morale vis-à-vis des jeunes étudiants en médecine recalés par le passé dans le cadre d'un *numerus clausus* restreint, justifié à l'époque par le trop grand nombre de médecins.

**Mme BOILEAU** relève la qualité du travail accompli par le groupe de travail, mais constate que les partenariats évoqués concernent essentiellement les pays en voie de développement et regrette le manque d'échanges avec des pays européens et américains. A sa question portant sur l'origine de cette situation, un choix institutionnel ou un choix politique, le **président** lui certifie qu'il ne s'agit pas d'un choix institutionnel.

La nouvelle procédure d'autorisation d'exercice de la médecine en France n'a pas pour objectif de régulariser des médecins étrangers résidant en France, précise **Mme BAUBEAU** mais de mettre en œuvre une sélection à l'entrée, à l'image des dispositifs en œuvre dans tous les pays « avancés ». Cependant, dans ce cadre, un certain nombre d'organisations syndicales de médecins étrangers font pression sur le ministre de la santé afin que cette nouvelle procédure permette la régularisation de médecins étrangers résidant en France.

L'Ile-de-France recense 40 % des médecins étrangers s'inscrivant dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice. Sans doute ce niveau élevé doit-il être mis sur le compte de la possibilité de s'inscrire plusieurs fois de suite dans le cadre d'un dispositif d'ASF ou d'AFSA. En 2005, la DHOS a effectivement exigé que 40 % des lauréats en Ile-de-France soient acceptés, soit un total de quatre vingts étudiants sur deux cents. Pour 2006, le ministre a accepté que six cents postes soient ouverts dans le cadre du concours. Or il ne sera pas possible d'absorber 40 % de ce total en Ile-de-France dans les conditions actuellement exigées.

En 2005, l'AP-HP n'a pris en charge que dix sept des quatre vingts étudiants devant être pris en charge en Ile-de-France, ce qui n'a pas manqué de poser un problème. Pour 2006, la pression reposant sur l'Ile-de-France devrait être moins importante, mais il convient de trouver rapidement un certain nombre de postes dans toutes les disciplines, alors que les deux cents postes pris en compte en 2005 ne concernaient qu'une quinzaine d'étudiants au diplôme d'études spécialisées (DES).

La question du retour des étudiants étrangers dans leur pays d'origine constitue un problème délicat intervient **M. NORDLINGER**. En effet, les étudiants relevant du dispositif de l'AFS ou de l'AFSA doivent en principe quitter la France, mais dans le même temps, certains postes ne sont pas pourvus par des étudiants formés en France. De plus, il faut savoir que des pays tels les Etats-Unis font tout ce qui est en leur pouvoir pour conserver les bons éléments étrangers, dans le domaine de la recherche comme de la médecine. Par ailleurs, lorsque l'ensemble des postes disponibles sera occupé par des internes, il restera possible d'accueillir des étudiants étrangers en surnombre. Ainsi, par exemple les Saoudiens prendront en charge l'ensemble du coût de la formation. Dans ce cadre, il est possible de disposer, hors budget, d'étudiants en surnombre. Rentrés chez eux, ces médecins assureront la réputation de l'institution sans que pèse sur elle une surcharge financière.

M. NORDLINGER approuve par ailleurs la remarque de M. DEBRE concernant le logement des étudiants étrangers. Ainsi, les progrès accomplis dans le cadre de l'accord avec la cité universitaire ne doivent pas exonérer les hôpitaux des efforts nécessaires.

Il observe enfin qu'il existe un statut de professeur associé permettant d'accueillir des collègues étrangers durant une ou deux années. Si de bons candidats se présentent et qu'il n'existe pas d'autres demandes, il faudrait à l'avenir ne pas hésiter à nommer des praticiens étrangers au titre de professeurs titulaires.

Face au constat de nomadisme de certains étudiants étrangers dans le cadre du dispositif AFS/AFSA, **Mme DEAL** fait savoir que les doyens ont décidé la constitution d'un fichier d'inscription unique et partagé pour les universités parisiennes. Les étudiants étrangers ne pourront donc plus s'inscrire successivement dans plusieurs sites dans le cadre de ce dispositif. Par ailleurs, le contrôle et les informations diffusées à l'ensemble des partenaires universitaires par l'AP-HP contribuent à une amélioration de la gestion des inscriptions en troisième cycle pour les praticiens étrangers.

Enfin, Mme DEAL reconnaît que les échanges européens sont actuellement confidentiels. Seule la collégiale de médecine interne européenne procède à des échanges de candidats. Elle signale néanmoins un accord conclu avec les hôpitaux Saint Luc et Erasme à Bruxelles et souhaite notamment le développement des échanges avec les nouveaux états européens avec l'ouverture au mécénat d'entreprise.

La CME, conclut le **président**, sera amenée à revoir ce sujet après ce point d'étape. Après avoir souligné que certains éléments, notamment l'évolution du dispositif relatif aux AFS/AFSA, ne sont pas de la compétence de l'AP-HP, il fait le constat d'un échec du dispositif.

#### **V - Amélioration de la performance des organisations des services d'urgence : expérimentation de l'hôpital Beaujon.**

La parole est donnée à **M. JUVIN**, soutenu par trois médecins du service des urgences qu'il dirige de l'hôpital Beaujon, pour présenter les résultats d'une démarche visant à fluidifier la prise en charge des patients au sein du service (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME). L'engorgement des urgences constitue une des grandes problématiques des hôpitaux au niveau national et pose un véritable problème de santé publique.

##### Le projet.

L'étude réalisée à l'hôpital Beaujon par un intervenant extérieur à l'AP-HP visait à :

- accroître la fluidité du passage aux urgences ;

- tester la faisabilité d'un programme de changement des méthodes de travail destiné à améliorer la « productivité » à moyens constants ;
- former les équipes à une démarche de lutte systématique contre les MUDA ou « temps non totalement utile au patient » et qui pourrait être mieux rentabilisé ;
- définir des bonnes pratiques partageables au sein d'autres services et d'autres hôpitaux.

Après avoir mentionné le périmètre du projet et décliner le calendrier de l'étude aux urgences, l'orateur souligne que la démarche menée ne correspond pas à un simple audit car dès l'état des lieux achevé, un travail en commun avec les soignants a été entrepris et l'expérimentation de la nouvelle organisation proposée.

Puis il décrit un exemple de MUDA qui se traduit par de l'attente pour le patient et engendre des déplacements pour le personnel, dont un certain nombre auraient sans doute pu être évité.

#### Le travail d'analyse.

Pour sa part **Mme ZANKER** expose la teneur de la démarche fondée sur un examen du temps de passage moyen du patient aux urgences. Chaque groupe de travail s'est astreint à distinguer le temps utile au patient au sein des trois étapes majeures : la prise en charge initiale, les examens et les soins, l'orientation et la sortie.

Il a été appliqué aux différents temps mesurés un coefficient correspondant au nombre de patients concernés :

- tous subissent la prise en charge initiale ;
- 53 % des patients des urgences doivent passer un examen ;
- 25 % des patients des urgences sont hospitalisés.

Au total, un patient hospitalisé reste cinq heures en moyenne aux urgences. L'application de données pondérées permet de constater que le rapport entre le temps passé aux urgences et le temps utile est comparable concernant les trois étapes majeures. Il convient donc d'apporter des améliorations et à cet effet, les groupes de travail ont analysé les principaux dysfonctionnements lors de chaque étape que l'intervenante détaille.

#### Les solutions mises en œuvre.

Elles peuvent se regrouper en quatre catégories :

- des procédures simplifiées et clarifiées, correspondant notamment à une prise en charge initiale rapide des patients et des examens immédiats ;
- de nouveaux rôles au sein du service, avec la création d'une fonction de médecin coordinateur pour la prise en charge des patients, d'une fonction de médecin d'orientation pour l'hospitalisation ou la sortie des patients, d'une fonction de cadre coordinateur de l'activité ;
- un suivi visuel de la performance au quotidien ;
- un environnement de travail adapté, se traduisant par une réorganisation dans le cadre d'une dynamique de qualité.

### Les résultats observés.

A son tour **Mme LAVAGNA** fait état de l'impact généré par les modifications d'organisation. Le temps moyen de prise en charge d'une heure trente avant la démarche est désormais compris entre quarante et cinquante minutes, résultats confirmés deux mois après le départ des auditeurs. Dans un premier temps, les résultats s'avéraient volatils en raison notamment de la formation inégale des différents médecins coordinateurs. Aujourd'hui, les variations se révèlent beaucoup plus faibles, dans la mesure où chacun des acteurs a adhéré à la dynamique de changement qui permet d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité du travail. Au total, le temps de passage moyen aux urgences est passé de cinq heures quarante cinq en novembre 2004 à quatre heures trois minutes en novembre 2005, soit un gain d'environ 30 %.

### Le bilan.

En conclusion, poursuit **M. JUVIN**, la démarche a permis de mesurer des progrès quantitatifs significatifs. Outre ceux sus-cités, on note une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) dans les lits de porte de 3,2 jours à moins de 2 jours et du temps de passage aux urgences d'un patient hospitalisé de onze heures à sept heures.

Les résultats qualitatifs portent en premier lieu sur une augmentation de l'activité sur la base de ressources identiques, puis sur une culture de l'évaluation, enfin sur une mobilisation des équipes qui ont toutes adhéré au projet.

Désormais, il importe de continuer à faire vivre les procédures mises en œuvre. Les résultats sont confortés sur la base d'une surveillance continue des indicateurs de performance afin de corriger au quotidien les problèmes rencontrés. Une culture du résultat a été adoptée et se traduit par l'affichage à la vue des patients du temps d'attente aux urgences de la semaine précédente.

Par ailleurs, il existerait un intérêt à déployer la mesure à d'autres secteurs coûteux en temps médical au sein de l'hôpital Beaujon, notamment dans les blocs opératoires, où existent des marges de manœuvre. Une « gestion de performance » a été mise en œuvre avec les services d'aval.

Enfin, il convient d'examiner l'intérêt d'étendre cette démarche au sein de l'ensemble de l'AP-HP.

Le **président** salue la clarté de la présentation et la qualité du travail réalisé avant d'ouvrir le débat.

En premier lieu, **M. CHAUSSADE** constate que la démarche ne comprend pas un volet destiné à diminuer le flux des patients s'adressant aux urgences. Il évoque l'expérience exemplaire menée à Toulouse concernant la création de maisons médicales à proximité des services d'urgences et étant également terrain de stages pour les étudiants en médecine dans le cadre d'une contractualisation avec la faculté. Ceci a permis de diminuer de 10 % le recours au service d'urgence de l'hôpital voisin. Sans la mise en œuvre de tels dispositifs, le recours aux services d'urgences continuera de progresser à l'avenir.

En second lieu, le pourcentage de patients transférés sur un autre site n'a pas été mentionné alors que les transferts apparaissent comme une grande perte de temps, ce qui renvoie à la problématique du nombre de lits nécessaires au sein d'un hôpital disposant d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU).

Enfin, il considère qu'on ne doit pas se placer en permanence sous la dictature du temps. En effet, une telle attitude conduit à certaines pratiques contestables, notamment au transfert au milieu de la nuit de patients en fin de vie.

**M. PATERON** confirme que les difficultés des services d'urgence tiennent davantage à l'aval qu'au flux d'entrées.

Comme l'exposé portait sur le travail réalisé au sein du service des urgences sans détailler les démarches destinées à améliorer l'environnement, il voudrait savoir si le nombre total de patients pris en charge par l'hôpital a augmenté ou si les patients ont été mieux orientés vers d'autres hôpitaux.

Selon **M. JUVIN** trois leviers permettent de diminuer l'engorgement des services d'urgences : diminuer le flux entrant, mieux travailler au sein des services d'urgences et améliorer l'aval. La démarche ne portait que sur les deux derniers éléments.

Concernant la réduction du flux entrant, on travaille avec la maison médicale d'accueil de garde installée à Clichy. Cependant, l'intérêt de ce type de structure est désormais contesté et un certain nombre d'entre elles ferment en raison d'une sous-activité.

D'une étude consacrée à une maison médicale de Clamart, il ressort que chaque patient coûte cent euros en dépenses de fonctionnement s'ajoutant aux dépenses prises en charges par l'assurance maladie. Il ne pense pas que ce type de structure constitue une solution idéale, puisque non applicable à toutes les situations.

Cependant, une amélioration du temps de prise en charge au sein d'un service d'urgence se traduira par un appel d'air. Ainsi à ses yeux, le point principal réside dans le flux sortant. Bien que d'accord avec la remarque sur la dictature du temps, il rappelle que cet élément constitue un point critique dans un service d'urgence, car la durée du séjour impacte la qualité médicale. En effet, un patient demeurant une journée dans un service d'urgence faute de transfert dans un autre service, nécessite des soins au détriment des soins aux autres patients.

Enfin, il précise que 70 % des patients des urgences devant faire l'objet d'une hospitalisation sont transférés hors Beaujon, en raison d'une insuffisance du nombre de lits d'aval à l'heure actuelle. Cependant, des lits de gériatrie devraient prochainement être ouverts et on souhaite conclure une convention avec trois maisons de retraites médicalisées avec lesquelles on travaille déjà. La situation d'aval devrait donc s'améliorer. Le nombre de patients pris en charge en interne n'a pas significativement augmenté, l'hôpital Beaujon ne disposant pas d'un service de médecine très important, son seul levier correspond donc aux flux qui a fortement progressé.

Au regard de l'intérêt de la démarche, **M. NORDLINGER** pense souhaitable de la faire connaître à l'ensemble des collègues dans une logique d'émulation. Les difficultés mentionnées se retrouvent dans tous les hôpitaux. Réduire le temps de présence d'un patient hospitalisé de onze heures à sept heures constitue un progrès, mais cette durée reste importante et pourrait être encore réduite. Les données relatives au temps de passage aux urgences pourraient figurer sur le tableau de bord des hôpitaux, afin de permettre une certaine émulation et un contrôle de la qualité des prestations, suggère l'intervenant.

La **directrice générale** souligne le caractère majeur de l'expérience menée à l'hôpital Beaujon laquelle dépasse le seul domaine des urgences, car elle permet de poser la question de l'organisation du travail au sein des hôpitaux. La tension que subissent certaines personnes stressées et débordées est mentionnée comme cause du *turn over* à l'AP-HP et constitue une réalité alors que celle-ci est mieux dotée que d'autres CHU. Ceci prouve qu'il existe un vrai problème d'adéquation entre l'organisation du travail et les missions de l'institution.

Par ailleurs, s'il convient de ne pas se soumettre à une dictature du temps, le service aux patients renvoie à l'image que l'AP-HP se fait de ces derniers, laquelle ne tient pas suffisamment compte du temps perdu par ceux-ci. Il est nécessaire de s'interroger sur l'organisation du travail dans tous les services et de mettre en œuvre une culture de remise en cause régulière et courante. Cette réflexion s'avère d'autant plus nécessaire au regard de la complexité de l'univers hospitalier qui se caractérise par un nombre important d'intervenants disposant chacun de ses propres habitudes de travail, sans que jamais la question de l'organisation globale par rapport au patient ne soit réellement posée.

L'expérience menée à l'hôpital Beaujon a largement montré son intérêt, notamment grâce à l'aide apportée par un regard extérieur. Cependant, l'AP-HP ne pourra pas financer la réalisation d'études aussi coûteuses au sein de chaque service. Il importe donc d'acquérir en interne la capacité à mettre en œuvre des démarches comparables. Aussi, dans cette perspective, il serait nécessaire que l'on parvienne à dégager quelques cadres supérieurs et quelques médecins.

## **VI - Présentation du système d'information patient.**

### Le point d'avancement du dossier médical personnel.

**M. Le TOUMELIN** présente le dossier médical personnel. Il précise d'abord que le dossier médical personnel (DMP) est géré par le patient lequel verra un certain nombre de ses remboursements par l'assurance maladie diminuer s'il n'adhère pas à ce DMP. Le dossier, qui concerne l'ensemble des acteurs de santé, dont les pharmaciens et les infirmiers libéraux, vise à recueillir les comptes rendus d'hospitalisation, opératoires ou radiologiques et les prescriptions de médicaments.

Les hébergeurs seront des opérateurs privés devant se conformer à un certain nombre de contraintes définies par un décret, notamment l'examen du dispositif par un comité d'agrément.

La phase d'expérimentation débutera en avril 2006 au sein de dix sept sites répartis sur treize régions, dont deux sites en Ile-de-France. Le calendrier prévoit une phase de diffusion à partir du mois de janvier 2007 et la généralisation obligatoire du dispositif à partir du mois de juillet 2007.

Après avoir détaillé les différentes étapes de l'expérimentation, l'orateur explicite les conditions de celle-ci. Le DMP, ouvert par un médecin de ville ou hospitalier formé au dispositif, devra être intégré au circuit patient au sein de l'hôpital. La création du DMP s'accompagne d'un certain nombre de contraintes notamment d'un délai entre la signature du patient et l'attribution d'un numéro identifiant.

L'expérimentation en Ile-de-France bénéficie d'une forte collaboration entre l'ARH-IF, l'AP-HP, l'union régionale des médecins libéraux (URML) et les collectifs de patients. Une charte de partenariat a été signée au mois de janvier. Le volet relatif au financement des médecins libéraux reste à préciser ainsi que la participation de ceux-ci.

Puis M. le TOUMELIN mentionne les deux zones retenues au titre de l'expérimentation en Ile-de-France : le « grand ouest » et l'« est » ainsi que les deux hébergeurs. L'hôpital Européen Georges Pompidou apparaît comme un moteur dans la zone grand ouest et a déjà réalisé un travail relatif à la sélection des services participants, à l'organisation des circuits et à la sensibilisation. Pour sa part, l'Hôtel Dieu bénéficie de l'expérience acquise dans le cadre d'Arcole, un dispositif comparable au dossier médical personnel. Au sein de la zone est, l'hébergeur semble privilégier la contractualisation chez le médecin de ville. L'hôpital Henri Mondor participe à l'expérimentation ainsi que des établissements hors AP-HP.

Pour conclure, le projet semble ambitieux au regard des délais contraints et de certains financements non encore assurés. Au sein de l'AP-HP, la phase de déploiement devra permettre de préparer l'ensemble des hôpitaux à ce dossier majeur pour l'avenir. La relation entre le médecin et le patient évoluera avec la mise en œuvre du DMP dès lors que l'ensemble des documents produits seront connus du patient lequel maîtrisera l'accès aux informations.

#### La sélection des candidats à l'appel d'offres relatif au système d'information patient.

A son tour **M. LEPAGE** expose le dispositif de sélection des candidats à l'appel d'offres.

Le marché en cours doit permettre à l'AP-HP d'acquérir un système d'information clinique couvrant l'ensemble des éléments d'information présents dans les unités de soins. Basé sur un dialogue compétitif, il concerne la fourniture, l'installation, la mise en place et le suivi des outils.

L'objectif de M. LEPAGE consiste désormais à conduire le dialogue dans le respect du calendrier initial présenté en novembre 2005. Il souhaite également élaborer le cahier des charges et l'envoyer le 27 novembre 2006, date mentionnée dans l'appel d'offres. La remise des propositions doit intervenir le 24 mars et le début du dialogue le 18 avril.

Une première phase consiste à sélectionner quatre candidats qui vont participer au dialogue lequel correspondra à une analyse des projets avec les différentes sociétés tant au niveau fonctionnel que technique. La seconde phase, du 15 mai au 23 juin, permettra aux sociétés de proposer leurs solutions fonctionnelles et techniques sur la base de la maquette. Enfin, la troisième phase s'attachera à examiner la conduite de la réalisation du projet. Parallèlement les candidats doivent mettre à disposition un démonstrateur du 23 juin au 28 juillet afin de présenter les maquettes aux groupes experts et aux experts métiers ainsi que, espère-t-il, à la réunion de la CME du mois de juin.

Il semble indispensable de s'appuyer sur des experts pour mener à bien ce projet. A cet effet, cinq groupes d'experts coordonnés par un binôme composé d'un coordinateur informatique et d'un coordinateur métier, seront chargés d'assurer un support permanent à la direction de projet, de valider les documents en cours de préparation et de coordonner l'ensemble de la démarche.

Cette dernière reposera sur une synchronisation mensuelle et une validation par le groupe COSIDOPA GIRE animé par M. FAGON.

Les cinq groupes se consacreront :

- au dossier patient ;
- à la prescription et au circuit du médicament ;
- à la gestion des rendez-vous et des ressources ;

- au volet médico-économique et qualité ;
- aux modalités de réalisation du projet.

Les éléments satisfaisants de cette première étape se fondent sur le respect, qu'il convient de poursuivre avec l'aide des hôpitaux, des délais fixés et sur la présence des principaux acteurs du marché.

Pour finir, M. LEPAGE rappelle l'exigence du respect de la confidentialité et de la rigueur juridique qui doivent être menés au cours de ce projet.

Le **président** engage la discussion en soulignant les avancées observées sur ce projet majeur qui fera l'objet d'information devant la CME tous les deux ou trois mois.

Concernant le DMP, selon **M. FAGON** les sites sélectionnés pour l'expérimentation n'ont pas une grande visibilité sur cette démarche qui doit en théorie débiter prochainement. A l'évidence, le calendrier ne sera pas respecté.

Concernant l'appel d'offres relatif au système d'information patient, il salue les porteurs du projet respectueux des délais et confirme la nécessité de garantir la confidentialité des informations jusqu'au dernier moment. L'AP-HP entre dans une période extrêmement sensible du choix de son interlocuteur industriel mais aussi d'une définition précise de son futur système d'information. L'implication des personnes sollicitées pour tester les projets constituera un élément très important.

Ce sujet, enjeu majeur pour l'institution, sera abondé par d'autres appels d'offres relatifs aux finances ou aux ressources humaines.

Dans ce contexte, il lui paraît impérieux de commencer à préparer chaque site dès maintenant aux changements considérables induits par ce futur système d'information en constituant au niveau central un groupe de travail chargé de s'approprier la démarche.

Suite à une intervention de **Mme PALAZZO** relative au lien entre le dossier médical personnel et le dossier médical partagé ainsi qu'aux possibilités d'échange d'informations entre les deux systèmes, **M. LEPAGE** indique que l'objectif vise une transmission directe des informations figurant dans le dossier médical du patient hospitalisé à l'AP-HP vers son dossier médical personnel.

Puis à **M. BERCHE** qui demande si le cahier des charges prévoit une interface entre le dossier médical partagé et la prise de rendez-vous qui se traduirait par un gain de temps considérable, il répond par la négative car intégrer cette fonctionnalité soulèverait des problèmes organisationnels compliqués du fait qu'entre 20 % et 25 % des patients n'honorent pas leur rendez-vous à l'AP-HP.

Le **président** considérant qu'un dispositif adapté (rappel systématique de rendez-vous par SMS...) pourrait permettre de réduire le taux d'absence aux rendez-vous, **M. LEPAGE** précise que dans un premier temps, l'objectif vise un système de gestion de rendez-vous optimisé, programmant les différents examens (radiologie, biologie...) à la même date et en lien avec la consultation mais qu'une analyse de cette proposition sera menée au cours du dialogue.

**Mme BRESSAND** évoque la notion d'efficacité qui résulterait d'une gestion directe via Internet par le patient pour prendre ou annuler un rendez-vous. Aujourd'hui, il est souvent laborieux d'annuler une consultation en raison des difficultés à joindre rapidement par téléphone le service concerné.



Il convient également de prendre en compte, ajoute **M. BERCHE**, l'impossibilité de prendre un nouveau rendez-vous à l'issue d'une consultation ou l'annulation de rendez-vous par les médecins. Ces dysfonctionnements constituent une perte de temps considérable, insiste-t-il.

## **VII - Avis sur des fiches de pôles d'activité.**

**M. MADELENAT** engage l'examen du dossier portant sur l'organisation des hôpitaux en pôles d'activité.

Fiches de pôles avec débat.

### ***GHU ouest***

#### ***Hôpital Raymond Poincaré***

L'organisation en pôles de l'hôpital Raymond Poincaré ne constituait pas une tâche particulièrement simple. Le groupe des structures a donné un avis favorable le 13 décembre 2005 à une première proposition annulée le 20 décembre par le conseil exécutif, lequel a accepté le 24 janvier 2006 la présente mouture.

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 3 pôles :*

- *Pôle 1 : Réadaptation – Evaluation – Réinsertion.*

Le premier projet de l'hôpital proposait de scinder en deux le service de médecine physique et de réadaptation (MPR). La solution retenue évite la partition du service grâce à la création d'une unité clinique de MPR.

- *Pôle 2 : Aigu.*

Ce pôle a été critiqué en raison notamment de son surdimensionnement.

- *Pôle 3 : Pédiatrie.*

Objet de discussion, l'activité d'oncologie médicale pédiatrique a finalement été rattachée à ce pôle et prendra effet dans un an.

En outre, le groupe des structures avait souligné l'absence de rattachement du SAMU 92 à un pôle ou au comité exécutif de l'hôpital. Ne connaissant pas parfaitement la politique relative au SAMU au sein des hôpitaux Beaujon et Antoine Béclère, plus ou moins liés au SAMU de l'hôpital Raymond Poincaré, le groupe n'a pas statué sur le sujet.

L'examen du dossier est poursuivi par **M. DUSSAULE**.

### ***GHU nord***

#### ***Hôpital Louis Mourier***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 6 pôles :*

- *Pôle 1 : Femme et enfant.*

- *Pôle 2 : Médecine aiguë et explorations physiologiques et d'imagerie.*

Le débat a porté sur la présence au sein du pôle de services cliniques aux côtés de services de radiologie et d'explorations fonctionnelles. La réponse relative aux conventions conclues entre le service de radiologie et les autres pôles a semblé satisfaisante au groupe des structures.

- *Pôle 3 : Médical.*

Un problème formel se pose en raison de l'impossibilité de maintenir un syndicat inter-hospitalier avec le centre d'accueil, de soins et d'hébergement de Nanterre. La solution retenue consistera à proposer la signature d'une convention avec ce dernier.

- *Pôle 4 : Psychiatrie.*

Il s'agit d'un pôle mono-service mais prévu par le législateur pour le secteur de psychiatrie.

- *Pôle 5 : Médico-chirurgical digestif.*
- *Pôle 6 : Biologie – génétique – pharmacie.*

### **Hôpital Beaujon**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 5 pôles :*

- *Pôle 1 : Urgences- proximité réanimations.*
- *Pôle 2 : Médecine.*

L'unité fonctionnelle de traitement ambulatoire des maladies de l'alcool quitte le pôle digestif qui correspond à son tronc médical, aussi le groupe des structures craint que cette séparation corresponde à la première étape de la constitution d'un service à part entière.

- *Pôle 3 : Digestif.*

La question de la pérennité du service de chirurgie colorectale se posera à l'occasion du départ à la retraite du chef de service. L'hôpital souhaite le maintien des deux services tandis que le groupe des structures émet des réserves sur ce maintien.

- *Pôle 4 : Tête- cou- rachis.*
- *Pôle 5 : Biologie – imagerie – pharmacie.*

### Fiches de pôles sans débat.

#### **GHU est**

#### **Groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière**

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 11 pôles :*

- *Pôle 1 : Endocrinologie - diabétologie-métabolisme – nutrition - prévention vasculaire.*
- *Pôle 2 : Chirurgie - néphro-urologie - gynécologie - obstétrique – néonatalogie.*
- *Pôle 3 : Anesthésie - réanimation - urgences - pneumologie - Explorations fonctionnelles respiratoires – gériatrie.*
- *Pôle 4 : Maladies du système nerveux.*
- *Pôle 5 : Chirurgie de la tête et du cou.*
- *Pôle 6 : Cœur.*
- *Pôle 7 : Biologie médicale.*
- *Pôle 8 : Infections - Immunité – Inflammation.*
- *Pôle 9 : Imagerie.*

- *Pôle 10 : Santé publique - évaluation - produits de santé.*
- *Pôle 11 : Oncologie et hématologie.*

**Mme BOILEAU** constate que le pôle 4 comprend le centre d'investigation clinique alors que le pôle 10 intègre l'unité de recherche clinique. Or il lui semblait que ces structures ne devaient pas être intégrées dans les pôles. Aussi, elle demande s'il s'agit d'une situation propre à ce groupe hospitalier ou si elle pourrait s'étendre à d'autres hôpitaux.

L'examen de l'organisation proposée par ces quatre hôpitaux permet d'évoquer l'importance de la notion de masse critique des différents pôles, souligne **M. FAGON** qui fait remarquer que le groupe Pitié – Salpêtrière a privilégié le regroupement et la constitution de masses critiques, contrairement à l'hôpital Louis Mourier.

**M. GUILLEVIN** se demande si la constitution de pôles aussi vastes est un gage de réussite.

**M. CORIAT** déclare que le groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière ne constitue pas une exception au sein de l'AP-HP et fait connaître la fusion dans les mois à venir des services doubles de biologie, de neurologie et de neurophysiologie. La demande du maintien de deux services de chirurgie digestive se fonde sur le fait qu'un service s'inscrit dans le cadre d'une démarche de cancérologie tandis que l'autre constitue essentiellement l'aval des urgences. Enfin, il précise que le centre d'investigation clinique se trouve au sein du pôle 4 à titre provisoire car il rejoindra l'institut du cerveau et de la moelle dans deux ans au maximum.

**M. LEVERGE** se félicite du positionnement des pharmacies à usage intérieur au sein des quatre projets proposés. Néanmoins, il souhaiterait que des règles claires soient définies. En effet, il a été indiqué par le passé que les pôles devraient réunir des structures complémentaires, disposant d'activités communes. Or les organisations présentées comprennent des pôles mêlant des services cliniques hospitaliers à des prestataires de service, alors qu'il était initialement prévu que ces derniers se regroupent afin de conclure des contrats avec l'ensemble des utilisateurs.

Il apparaît donc à **M. LEVERGE** que les règles du jeu varient selon les hôpitaux et les interlocuteurs défendant les dossiers.

**M. NAVARRO** fait part que l'administration oscille entre le souhait de fixer une doctrine et la volonté de laisser une certaine liberté sur le terrain car il convient de prendre en compte la logique propre à chaque établissement. Il semble donc nécessaire de maintenir un minimum de doctrine afin d'organiser le dispositif, tout en sachant que le succès des pôles passe par le respect d'une grande souplesse.

**M. MADELENAT** indique qu'il partage les regrets de **M. LEVERGE** concernant l'impossibilité de respecter une règle générale. Il signale les efforts des membres du groupe des structures afin de gommer les imperfections les plus criantes des dossiers présentés sans pour autant parvenir à un résultat parfait. En revanche, il réfute l'idée d'éventuels passe-droits.

Les projets d'organisation en pôles des quatre hôpitaux sont approuvés à l'unanimité des 28 votants.

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

Un nouveau contrat d'activité libérale, cinq renouvellements et un avenant sont approuvés par 12 voix pour, 3 voix contre ; on note 13 abstentions.

### **IX - Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2006.**

**M. GUILLEVIN** fait savoir que la révision des effectifs d'odontologie porte sur un emploi de PU-PH et deux emplois de MCU-PH à l'unité de formation et de recherche (UFR) d'odontologie de Paris VII et deux emplois de MCU-PH à l'UFR d'odontologie de Paris V.

### **X - Approbation du compte-rendu de la séance du 17 janvier 2006.**

Le compte-rendu de la séance du 17 janvier 2006 est approuvé à l'unanimité des votants.

### **XI - Questions diverses.**

#### L'inscription des patients en ALD.

**Mme DEGOS** signale que les services hospitaliers de l'AP-HP prenant en charge des patients victimes de maladies sévères voient leurs demandes d'affection de longue durée (ALD) refusées par l'assurance maladie au motif qu'elles doivent émaner des médecins référents. Cet élément engendre une perte de temps et sans doute une perte de compétence, alors que l'on évoque régulièrement la collégialité des décisions. A cet égard, elle sollicite une intervention de la CME auprès de l'assurance maladie pour régler ce point.

Le **président** informe qu'il évoquera ce sujet à l'occasion de deux réunions déjà prévues avec les responsables de l'assurance maladie lesquels souhaitent vérifier les prescriptions des médecins hospitaliers.

#### Les SPAM.

**M. GUILLEVIN** constate que les engagements pris en CME concernant la mise en œuvre d'une politique anti-SPAM au sein de l'AP-HP n'ont pas été suivis d'effet.

Le **président** qui souscrit à cette remarque pense qu'il convient de mener une démarche au sein de chaque hôpital.

### Le temps médical.

Il semble à **M. DRU** que la gestion du temps médical s'avère à géométrie variable selon les établissements de l'AP-HP. Or l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins impose de respecter un certain nombre de points, notamment la transparence organisationnelle, la mise en place de tableaux de service et le respect de l'article 11 relatif aux rendus des tableaux de service nominatifs. Or il rappelle que l'établissement de contrats pour les plages additionnelles est réalisé par le chef de service après l'évaluation de l'activité et des postes de praticiens hospitaliers non-pourvus. Il souhaite une harmonisation de la gestion de cet élément au sein des hôpitaux afin d'éviter des situations conflictuelles, souvent dominées par l'arbitraire.

\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 25.

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

**Mardi 7 mars 2006 à 8h30.**

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.