

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 14 DECEMBRE 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 11 JANVIER 2005**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 14 décembre 2004

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Point d'actualité sur le travail du groupe de la CME réuni sur la cancérologie.
- 2- Point sur l'accueil des médecins étrangers.
- 3- Information sur le séminaire du CA des 9 et 10 décembre sur le plan stratégique 2005 – 2009.
- 4-
  - Avis sur la décision modificative n° 4 du budget pour l'exercice 2004.
  - Préparation du budget primitif pour l'exercice 2005 : rapport d'orientation.
- 5-
  - Avis sur une fiche de missions et structure.
  - Création des pôles d'activité dans les quatre hôpitaux participant à l'anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.
- 6-
  - Révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2005.
  - Additif à la révision des effectifs de praticiens hospitalo-universitaires pour l'année 2005.
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 8- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 9- Approbation des comptes rendus des séances du 19 octobre et du 9 novembre 2004.
- 10- Questions diverses.



## **SEANCE RESTREINTE**

### Composition C

- Avis sur des changements d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel, à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chef de service à titre provisoire.
- Avis sur les candidatures à des postes de praticiens des hôpitaux à temps partiel.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
  - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
  - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;
  
- *en qualité d'invités permanents :*
  - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
  - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. GARNIER, directeur économique et financier,
  - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
  
  - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
  - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de MM. FAYE et SANSON avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

## I - Point d'actualité sur le travail du groupe de la commission médicale d'établissement réuni sur la cancérologie.

Dans le droit fil de sa présentation en mai dernier devant la commission médicale d'établissement du travail réalisé par le groupe réuni sur la cancérologie, **M. LACAU ST GUILY** se propose d'exposer la progression de cette réflexion (cf. document mis en ligne sur Internet sécurisé).

### 1- L'actualité réglementaire.

- *Un projet de circulaire* émanant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) prévoit :
  - une amélioration des pratiques fondée sur une concertation pluridisciplinaire, un programme personnalisé des soins, un dispositif d'annonce, un accès aux soins de support et au rôle des centres de coordination en cancérologie.  
Ce dispositif envisagé, non encore budgété, doit faire l'objet d'une valorisation qui aura un impact significatif sur la tarification à l'activité (T2A) ;
  - une organisation régionale des soins autour de cinq acteurs : les réseaux locaux de cancérologie, les établissements autorisés en cancérologie, les établissements associés aux prises en charge de proximité, le pôle régional de cancérologie et le réseau régional de cancérologie. A cet égard, l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) s'emploie à élaborer un schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS).
- *Un projet de décret* modifiera le code de la santé publique par la création d'un régime d'autorisation en cancérologie. Cette autorisation sera conditionnée par l'appartenance à un réseau et la mise en place des bonnes pratiques. La décision d'autorisation concernera la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie, la chimiothérapie et l'utilisation thérapeutique de radioéléments en source non scellée. S'agissant de l'autorisation, se pose la problématique des seuils d'activité annuelle par équipe au regard des seuils nationaux définis par les sociétés savantes.

### 2- La démarche en Ile-de-France.

Depuis dix huit mois, l'ARH-IF, les centres de lutte contre le cancer, les réseaux locaux et l'AP-HP travaillent en consensus sur l'option de quatre pôles régionaux de cancérologie calqués sur les quatre groupements hospitaliers universitaires et destinés à organiser les soins de recours. Ces quatre unités ont une vocation démographique, géographique et organisationnelle.

Le projet s'attache à répartir les pôles selon le schéma suivant :

- le pôle régional nord correspondant au GHU nord,
- le pôle régional est correspondant au GHU est,
- le pôle régional sud correspondant au GHU sud et à l'Institut Gustave Roussy,
- le pôle régional ouest correspondant au GHU ouest, à l'Institut Curie et à l'Institut René Huguenin.

L'ensemble des partenaires régionaux y compris l'ARH-IF s'accordent pour la mise en place d'un seul réseau régional de cancérologie.

### 3- Le calendrier.

Au dernier trimestre 2004 est prévue la rencontre de chaque pôle avec l'ensemble des réseaux de soins d'Ile-de-France et des discussions avec Résomed initialement (émanation de l'Institut Curie) pour élaborer le futur réseau régional de cancérologie.

Au cours de l'année 2005 se dérouleront la mise en oeuvre du réseau régional d'Ile-de-France, la création des pôles régionaux avec l'aide des centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les réflexions sur l'élaboration d'un réseau de soins à Paris.

L'AP-HP a engagé des réflexions spécifiques sur la radiothérapie, la recherche clinique, l'oncogénétique et le cyclotron, quatre points qui doivent être considérés comme enjeux stratégiques majeurs.

### 4- Les liens entre les CHU et les CLCC.

Selon le plan cancer, les centres hospitaliers universitaires et les CLCC auront, dans le cadre d'une convention ou d'un groupement de coopération sanitaire, à :

- formaliser leur complémentarité ;
- contractualiser leurs relations avec les autres sites de cancérologie ;
- partager des moyens ;
- mettre en cohérence des stratégies médicales ;
- élaborer un projet médical commun.

### 5- Les recommandations du groupe cancer.

Il convient de considérer comme prioritaire à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) de :

- faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaire dans les hôpitaux ;
- définir l'impact en temps médical et non médical et s'orienter vers la cotation et la valorisation dans le cadre de la T2A ;
- organiser la coordination intra et inter hospitalière au sein de l'AP-HP ;
- mettre à niveau les moyens de radiothérapie de l'institution ;
- soutenir les demandes de praticiens hospitaliers de spécialités d'organes médicales ou chirurgicales ayant une activité orientée vers la cancérologie, l'anatomopathologie, l'oncologie médicale ou radiothérapique ;
- investir sur la recherche clinique, c'est à dire en facilitant celle-ci dans les services et en soulignant le travail productif effectué grâce aux URC ;
- continuer le travail de contractualisation avec les autres institutions ;
- participer à la création du réseau régional.

Le **président** salue la contribution du groupe de travail à la réflexion initiée sur la cancérologie. Il note l'adaptation du projet au plan cancer et la prise en compte des difficultés identifiées en matière d'articulation et d'organisation.

Pour **M. CHAUSSADE**, en théorie tous les patients atteints d'un cancer devraient être présentés à un comité de concertation ce qui soulève le problème de la reconnaissance du temps médical. Lorsque les ressources sur le plan cancer seront disponibles, il faudra estimer-t-il, flécher des moyens sur les réunions de concertation en termes de secrétariat en particulier. Par ailleurs, il suggère que chaque hôpital affiche ses compétences en matière de prise en charge du cancer afin de pallier le manque de lisibilité qu'il a constaté dans ce domaine.

**M. BERNAUDIN** insiste sur la recherche clinique et l'innovation dont l'activité manque aussi de lisibilité. Selon lui, dans le cadre de la constitution du cancérpôle, l'AP-HP doit impérativement avant « d'offrir son potentiel », réorganiser la recherche clinique car celle-ci joue non seulement un rôle de recherche mais également un rôle structurant.

En Ile-de-France, l'activité cancérologique pédiatrique se pratique uniquement à l'AP-HP et dans les CLCC rappelle **M. AIGRAIN**. L'AP-HP participe à une réflexion initiée par l'ARH-IF sur le SROS cancérologique pédiatrique ; l'institution pourra ainsi mettre en oeuvre une organisation individualisant cette activité au sein des pôles et des sous-pôles évoqués dans l'exposé.

**M. de PROST** s'interrogeant sur l'articulation entre le Résoméd, les pôles régionaux et les GHU, le **vice-président** explique que parmi les réseaux labellisés existent des réseaux de soins et des réseaux spécifiques dédiés aux soins palliatifs. Ces réseaux sont des réseaux de traitement et constituent les interlocuteurs prioritaires des pôles régionaux. Le « réseau régional » n'est pas un réseau de soins et a, lui, vocation à être un « centre de ressource » en terme d'informations mises à disposition des divers partenaires. La structure appelée Résoméd est susceptible, au prix d'une transformation importante, de constituer la base du futur réseau régional avec la participation de l'AP-HP.

Dans le cadre de l'oncogénétique, **Mme BOILEAU** souligne l'importance de la génétique clinique et de la génétique biologique.

Au sujet de la première spécialité, les comités de concertation devraient favoriser une prise de conscience de la dimension familiale. Dans le contexte actuel, on ne peut espérer bénéficier d'un nombre suffisant de généticiens spécialisés en oncogénétique, en revanche on doit travailler au renforcement des capacités propres de l'AP-HP dans ce domaine. L'institution doit également se préparer à accueillir des conseillers en génétique lesquels exerceront un nouveau métier institué par le ministre de la santé. Ils permettront aux généticiens d'évaluer la dimension familiale des cancers.

Quant à la génétique biologique, on se heurte à des difficultés de lisibilité et d'organisation en matière d'oncogénétique malgré la place prédominante de l'AP-HP dans le développement de diagnostics autres que ceux dédiés aux cancers du sein et du colon. Il convient donc de structurer ces activités, conclut Mme BOILEAU.

Elle note enfin la place conséquente de l'oncogénétique en matière de recherche.

L'expérience acquise par le réseau « douleur » récemment créé dans l'est parisien, intervient **M. DUSSAULE**, pourra servir aux réseaux en voie de constitution.

**M. HOUSSIN** met en relief trois points.

Le premier concerne le cyclotron pour lequel se pose la question de l'opportunité de la mise en place de cet outil à l'AP-HP ; l'opérateur serait un acteur industriel. L'analyse sous l'angle médical et scientifique conduit à explorer d'une part l'hypothèse d'un partenariat avec le CEA sur le site d'Orsay, d'autre part l'hypothèse d'une implantation sur un site de l'AP-HP en partenariat avec le CEA. L'analyse sous l'angle économique incite à étudier le sujet avec les industriels concernés afin d'apprécier la faisabilité de l'opération et son intérêt pour l'AP-HP.



Le deuxième point porte sur la recherche clinique pour laquelle l'AP-HP doit en effet opérer une réorganisation. La DHOS notifiera prochainement l'affectation des moyens alloués aux unités de recherche en cancérologie.

Le dernier point vise la radiothérapie. L'AP-HP doit améliorer l'accès des patients à cette forme de soins en tenant compte notamment des ressources humaines disponibles.

Au sujet du cyclotron, **M. LEVERGE** fait référence au CHU de Rennes qui a acquis sur ses fonds propres ce type d'appareil. Pourquoi l'AP-HP ne parviendrait-elle pas à en faire autant alors qu'elle dispose, selon lui, des ressources suffisantes pour mener seule ce projet ?

S'agissant des patients, l'intervenant précise que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, rappelle que pour favoriser leur maintien à domicile, ils doivent pouvoir obtenir la fourniture de préparations de chimiothérapie prêtes à l'emploi. Or, pour réussir la mise en oeuvre d'un tel procédé, il convient de disposer d'outils spécifiques. Il a constaté un grand retard de l'AP-HP dans ce domaine par rapport aux hôpitaux de province alors que cet élément constitue un des pré-requis du plan cancer. Aussi, désire-t-il connaître l'état d'avancement de ce dossier.

**M. LACAU ST GUILY** confirme l'importance de ce sujet abordé d'ailleurs au sein du groupe de travail. Puis, à l'adresse de **Mme BRESSAND** qui demande si les associations de malades sont parties prenantes de l'organisation régionale proposée, il témoigne de leur présence à différents échelons de la réflexion. La Ligue contre le cancer est représentée au sein du groupe de travail sur le cancer de la CME, dans les centres de coordination en cancérologie et dans les hôpitaux.

Le **président** clôt la discussion par l'annonce de prochaines réunions dont une à Lille sur le thème du plan général des cancéropôles et des pôles régionaux de cancérologie. Il s'emploiera dans les mois à venir à informer la CME de la progression du dossier.

## **II - Point sur l'accueil des médecins étrangers.**

Avant de passer la parole à M. NORDLINGER, le **président** souligne le caractère essentiel de ce sujet qu'il convient de ne pas sous-estimer eu égard au problème crucial de la démographie médicale. L'accueil des médecins étrangers à l'AP-HP s'intègre en effet parfaitement à cette réflexion et permet d'examiner les solutions pouvant être apportées face au manque de médecins, notamment dans les prochaines années (cf. document remis aux membres de la CME).

En sa qualité de président du groupe de travail conjoint de la CME et de la DPM réuni sur le thème de l'accueil des médecins étrangers à l'AP-HP, **M. NORDLINGER** propose un point d'avancement sur la réflexion engagée et concentre son propos sur les médecins faisant fonction d'internes (FFI). Au 31 octobre 2004 à l'AP-HP, 783 FFI sont des médecins à diplôme étranger. M. NORDLINGER souligne leur rôle indispensable dans le fonctionnement des hôpitaux tout en déplorant les conditions insatisfaisantes de leur prise en charge.

Les objectifs prioritaires du groupe de travail visent à parfaire la sélection des candidats, promouvoir les actions de coopération et accroître l'attractivité de l'AP-HP par la qualité formatrice des stages et le perfectionnement des conditions matérielles d'accueil. Le processus de sélection pourrait être amélioré par l'évaluation du dossier du candidat au moyen d'une grille, remise sur table, élaborée par le Pr Bonnet et les coordonnateurs de DES. Cette grille permet d'évaluer les médecins étrangers, leur qualité et leurs compétences à partir d'une base commune. Une autre proposition est la sélection plus précoce (6 mois à un an à l'avance), permettant aux médecins non francophones d'apprendre la langue. Le rôle des consultants dans la sélection des candidats a été l'objet d'une réflexion dans le groupe de travail qui propose que l'on favorise cette fonction transversale des consultants malgré des essais récents infructueux. La troisième proposition concerne l'élaboration d'une fiche d'évaluation du stage et de la formation et la quatrième, la délivrance d'un diplôme en fin de stage.

Le deuxième volet des propositions vise à la promotion des actions de coopération. Elles conduisent en particulier à utiliser et développer les réseaux existants, à travailler en liaison avec les ministères de la santé et des affaires étrangères et les universités parisiennes.

M. NORDLINGER rappelle que l'obtention de moyens conditionne la faisabilité de ces actions.

**Mme DEAL** présente quatre types de coopérations organisées dans ce cadre :

- le programme national hospitalo-universitaire avec des filières francophones (Cambodge, Chine, Vietnam) ;
- l'accord passé avec le ministère de la santé du Royaume du Maroc pour la formation des gériatres et des oncologues marocains ;
- la convention pour la formation et l'échange de praticiens en cours de signature avec le CHU de Sao Paulo (Brésil) ;
- la convention avec TOTAL SA qui, dans le cadre d'un mécénat et en accord avec la mairie de Pékin et le ministère des Affaires étrangères, finance la formation par l'AP-HP de médecins chinois à la médecine d'urgence et de catastrophe en vue des jeux olympiques de 2008.

Mme DEAL évoque par ailleurs le Collège de médecine des hôpitaux de Paris qui a sélectionné plus de 1 700 médecins en provenance de 70 pays environ. Ces médecins à l'issue d'une année de formation à l'AP-HP ont obtenu un diplôme et reçu le titre de « résident étranger des hôpitaux de Paris ». A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2004, les 35 résidents étrangers des hôpitaux de Paris ne sont plus boursiers mais assimilés à des faisant fonction d'interne avec les droits attachés à ce statut.

Il est précisé que les 21 bourses financées par le ministère des affaires étrangères ont été, en novembre 2003, régionalisées. Cinq sont désormais réservées à l'AP-HP et attribuées à des praticiens étrangers de haut niveau présentant un projet de recherche clinique.

Le troisième volet de ces propositions, précise **M. NORDLINGER**, est axé sur l'attractivité de l'AP-HP. Celle-ci peut être améliorée par la qualité formatrice des stages proposés, ce qui implique de garantir une formation de haut niveau et de cibler des postes par filière, y compris dans les services réputés les plus attractifs. La seconde déclinaison de ce volet porte sur les conditions d'accueil dont l'amélioration passe par une simplification des procédures, la constitution d'un guichet universitaire et d'un dossier de recrutement modélisé uniques pour tous les hôpitaux. L'amélioration des conditions d'accueil tient également au développement d'outils de communication spécifiques, en particulier sur Internet. La politique d'hébergement est également l'un des aspects de ce troisième volet. La rareté et à la cherté des logements parisiens, l'inadaptation ou la disparition des chambres en salle de garde rendent ce problème primordial alors que le logement constitue le moyen initial d'engager un certain nombre de démarches. L'enquête sur l'état des lieux en matière de logements dans les hôpitaux de l'AP-HP qu'aborde M. NORDLINGER fait apparaître une grande disparité tant quantitative que qualitative et l'état de nombre de ces unités de logement n'est pas bon. Des efforts sont à accomplir à la fois pour améliorer l'existant et accroître l'offre. Le groupe de travail estime que l'AP-HP doit être en mesure de proposer 400 unités d'hébergement permettant d'accueillir deux tiers des FFI.

Au terme de cet exposé, le **président** retient notamment face à ce difficile constat, que l'AP-HP n'est pas responsable d'un certain nombre de situations, ce qui ne doit pas la dispenser d'agir puis, évoquant la question des diplômes, il déplore leur pauvreté et la non attribution de titres véritablement reconnus.

Selon **M. NORDLINGER**, l'AP-HP ne peut se substituer à l'éducation nationale mais pourrait délivrer à ses stagiaires un diplôme certifiant une période de stage, proposition à laquelle souscrit le **président** qui suggère que ce diplôme soit établi en relation avec l'unité de formation et de recherche ce qui lui conférerait davantage de consistance. Pour **M. CHAUSSADE** le diplôme universitaire aura toujours davantage d'envergure.

**Mme DEAL** intervient, suite à la suggestion de **M. DECQ** de faire déplacer un fonctionnaire de la préfecture plutôt qu'y accompagner les nouveaux arrivants, pour préciser qu'un accord passé avec la préfecture de Paris permet d'obtenir les cartes de séjour dans un délai très rapide contrairement aux départements de la périphérie.

**M. GUILLEVIN** signale la situation de médecins étrangers qui disposent d'une bourse de leur pays mais n'exercent pas les fonctions de FFI. Ceux-ci se voient dans l'obligation de contracter une assurance, aucune disposition n'étant prise en la matière. Lui-même a dû prendre en charge l'assurance d'un stagiaire. La somme de cette assurance est modique et permet de garantir la responsabilité civile au sein de l'hôpital.

**M. DESMONTS** regrette l'absence de représentants des doyens dans ce groupe de travail et demande à les y voir associés d'autant que certains disposent d'une expérience significative en matière de relations et de coopération. L'orateur évoque deux types de coopération, le premier concerne l'accueil de praticiens dans le cadre d'accords entre les services, population facilement identifiable et ne posant pas de difficulté. Le second type concerne des populations plus difficiles à cibler et plus problématiques. A cet égard, la coopération franco-vietnamienne est considérée par M. DESMONTS comme exemplaire. Puis citant le cas des médecins d'origine algérienne, l'orateur fait référence à la situation générée par le manque de travail pour ces médecins dans leur pays qui les pousse à s'expatrier type AFS et AFSA. Il déplore par ailleurs le défaut de visibilité sur les formations, non reconnues à l'étranger et souligne la nécessité de produire un effort au plan universitaire par les coordonnateurs en charge des AFS et des AFSA et par les tutelles. Il rappelle enfin l'existence au sein des ambassades de processus de sélection et questionne le rapporteur sur le parcours fléché formateur.

Quant à l'association de doyens à cette réflexion, **M. NORDLINGER** indique en premier lieu que le groupe de travail est issu de la commission université au sein de laquelle siègent deux doyens, puis il revient sur la volonté de pragmatisme dont fait preuve le groupe de travail à travers sa recherche de solutions. La volonté de passer d'une analyse passive dans la sélection des candidats à une implication active est par ailleurs vigoureusement soutenue par celui-ci. L'intervenant précise enfin que le parcours fléché formateur désigne l'accession à un poste ciblé, permettant le recrutement d'un candidat d'un niveau élevé grâce à la possibilité qui lui est offerte d'accéder à une formation de niveau satisfaisant. Ceci suppose préalablement de connaître les postes d'affectation des candidats retenus. Il s'avère important, de ce fait, que certains postes soient ciblés de manière à les attribuer.

**Mme MARCHAND** convient de l'exemplarité de la coopération franco-vietnamienne tout en soulignant l'investissement important qui s'y attache en amont et les conditions d'accueil particulièrement satisfaisantes offertes aux médecins vietnamiens par une association indépendante de l'AP-HP et de l'université. Elle attire par ailleurs l'attention de la CME sur les difficultés rencontrées par certains médecins boursiers ou non qui se voient refuser l'accès à un logement une fois leur identité déclinée.

Pour **Mme ABADIE**, c'est moins la question des candidats qui pose problème que celle de la lisibilité des postes disponibles dont certains deviennent connus trop tardivement. Ce type d'information pourrait se communiquer par avance, la difficulté lui semble aisément surmontable.

**M. BAGLIN** considère le système actuel insatisfaisant. S'il convient de l'intérêt des pistes de travail présentées, les conditions de leur déploiement ne lui paraissent pas évidentes. Il cite à cet égard, parmi les 800 FFI, les conditions des 600 AFS ou AFSA de troisième cycle ayant obligation de s'inscrire dans la faculté à laquelle appartient le coordonnateur de leur discipline. L'orateur intervient ensuite sur la qualité et sur la prospective sur lesquelles il se dit également prudent. Il fait état de l'absence de connaissance, jusqu'à quasiment la date de prise de fonction, des postes budgétaires vacants susceptibles d'être pourvus par des FFI. La disponibilité de certains postes pourrait néanmoins être anticipée. Une part aléatoire dépend également des choix effectués après l'ouverture effective des postes et apparaît inévitable. Quant à la qualité, certains postes vacants concernent des services ne bénéficiant pas d'une réputation internationale ; **M. BAGLIN** s'interroge sur la manière de pourvoir ces emplois vacants.

Selon **M. CHAUSSADE**, la question du guichet unique est fondamentale et il plaide pour sa création qui permettrait de maîtriser et de contrôler la population des AFS, lesquels trop souvent changent de spécialité tous les ans ou tous les deux ans et demeurent ainsi en France des années. Contre le caractère hétérogène des formations, il suggère de généraliser la pratique des coordonnateurs de DES qui demandent à leur AFS ou AFSA de suivre l'enseignement théorique et pratique de leur DES. Puis réagissant aux propos de **M. BAGLIN**, l'intervenant considère possible de connaître par avance l'affectation des postes, le seul problème restant concerne les postes réservés aux internes et qui ne sont pas choisis, ce qui renvoie à la question de l'adéquation.

En réaction à l'intervention précédente relative à l'AFS et à l'AFSA qui auraient au final vocation à renvoyer les médecins étrangers dans leur pays d'origine, **M. NORDLINGER** cite les Etats-Unis d'Amérique rappelle qu'il doit être possible de conserver un médecin sur un poste lorsqu'il y a fait ses preuves.

Selon **M. GUILLEVIN**, le délai d'un an non renouvelable imposé aux résidents du Collège de médecine des hôpitaux s'avère trop court. Pour disposer de médecins solidement formés, des contrats de deux ans devraient leur être proposés, l'obligation de retour dans leur pays pouvant être reportée au terme de ces deux ans.

Le **président** considère nécessaire de remettre en cause l'impossibilité pour un service de cumuler l'accueil de candidats aux stages interrégions et de candidats à une bourse du Collège de médecine.

En réponse à M. NORDLINGER qui insiste sur l'aide indispensable de l'administration pour régler la question des logements, face à une situation qu'il qualifie d'indigne, **M. HOUSSIN** fait état de pistes de réflexion. Des discussions sont engagées avec la direction de la Cité Universitaire afin d'y bénéficier de 150 logements de bonne qualité. Outre le logement, l'intérêt pour les résidents potentiels est la possibilité d'y accéder au relais social international, structure d'appui permettant de faciliter leurs démarches administratives et sociales. Les conditions d'un partenariat avec la Cité Universitaire sont en cours d'examen, celui-ci permettrait de couvrir une grande partie des besoins.

Selon le **président** ce projet constitue une première réponse. Il propose que les questions dégagées par le groupe de travail soient clairement identifiées en vue d'y apporter des réponses adaptées et de reprendre le sujet d'ici à quelques mois. Il souligne pour conclure, l'importance du travail réalisé par le groupe.

### **III - Information sur le séminaire du conseil d'administration des 9 et 10 décembre sur le plan stratégique 2005 – 2009.**

Ce séminaire annuel rappelle le **président** est le troisième de ce type organisé par le président suppléant du conseil d'administration.

La **directrice générale** précise en premier lieu que ce séminaire visait à lancer une réflexion et constituait un travail préparatoire. L'ensemble des membres du conseil d'administration a été destinataire d'un projet de document reprenant les lignes directrices et les axes du projet de plan précédemment présenté aux membres de la CME. Des documents sur la méthode d'élaboration du projet de plan et les résultats des groupes de travail transversaux ainsi que ceux issus de la réflexion des GHU ont été également diffusés.

Les questions sujettes à débat portaient sur différents points :

- Hôtel-Dieu : le projet de plan stratégique propose, non une rénovation à l'identique, mais un maintien des urgences et le développement de l'ambulatoire ;
- Saint-Vincent de Paul : le projet de plan stratégique confirme le transfert de la maternité à l'Hôpital Cochin Port Royal et le soutien de l'AP-HP au projet de création d'un institut médico-social de prise en charge du handicap. Le projet de plan stratégique ne confirme cependant pas le volet pédiatrique de l'hôpital Saint-Vincent de Paul dans la mesure où il est préférable de ne compter qu'un hôpital à orientation pédiatrique forte par GHU. Ce volet pédiatrique entraînerait une dispersion des moyens ;
- personnes âgées : le projet de plan prévoit des mesures positives dans ce domaine. Le développement des soins de suite et réadaptation (SSR) et la mise aux normes des SLD conduiront à une baisse de capacité de 800 lits en soins de longue durée (SLD) qui devront être compensés par le développement d'initiatives extérieures à l'AP-HP laquelle ne peut envisager de construire un hôpital de long séjour.

Les documents relatifs à l'emploi, précédemment adressés aux organisations syndicales ont également été transmis aux administrateurs.

La directrice générale insiste sur le fait que les actions à déployer au cours du plan doivent être financées. Cette nécessité rend indispensable le cadrage financier dont les membres de la CME ont pris connaissance.

Elle fait ensuite état des conclusions de ce séminaire, rapportant les réactions des personnalités qualifiées représentant la tutelle qui ont souligné l'intérêt du travail réalisé. Il a ainsi été donné acte à l'AP-HP de la méthode de travail choisie qui consiste non à empiler les projets mais à sélectionner ceux présentant un intérêt significatif.

Ces mêmes personnalités qualifiées ont salué le souci de l'AP-HP de préserver son équilibre global financier.

La directrice générale dit avoir été particulièrement sensible aux encouragements d'un des représentants de la tutelle qui occupait précédemment la charge de commissaire au Plan. Elle souligne également la présence des représentants de la CME et leur importante participation aux débats auxquels ce plan a donné lieu. De même, l'ensemble des médecins du conseil stratégique a pu témoigner de la richesse de ces débats devant les administrateurs de l'AP-HP.

L'attitude positive des personnalités qualifiées et des médecins a été accompagnée de prises de positions constructives de la part des élus. La question de l'Hôtel-Dieu n'a pas été évoquée, la solution finalement retenue semblant la meilleure.

S'agissant de la maternité du site Jean Rostand, le projet de plan prévoit son transfert à la maternité de l'hôpital Bicêtre. Un élu du Val-de-Marne est intervenu sur ce dossier en des termes très mesurés, saluant notamment les efforts déployés par l'AP-HP en faveur de la maternité de Bicêtre.

Un débat s'est engagé sur le volet pédiatrique du site Saint-Vincent de Paul, dont le maintien a été soutenu par un membre du Conseil seulement.

La gériatrie a été l'objet d'un long débat, et la directrice générale salue à ce propos, la très décisive intervention de Mme DEBRAY-MAIGNAN qui a insisté sur la prise en compte dans le plan, du vieillissement de la population et des efforts très significatifs déployés en médecine, en SSR et en hospitalisation à domicile. L'AP-HP a rappelé sa position quant aux conséquences de ces orientations sur les soins de longue durée, en mettant en évidence la difficulté de mener de front des projets différents. En réponse à une intervention qui soulignait l'impossibilité pour l'AP-HP de se désengager dans ce domaine sans mettre en œuvre des relais, l'exemple de l'hôpital Joffre avec l'intervention d'opérateurs extérieurs a été évoqué. L'idée selon laquelle l'AP-HP doit se concentrer sur son rôle en matière de soins tout en travaillant en partenariat avec d'autres intervenants s'est renforcée de manière significative.

La directrice générale précise que la question de l'emploi n'a pas été abordée, probablement du fait de la faible représentation des organisations syndicales qu'elle déplore mais qui ne remet pas en cause les discussions engagées et qui se poursuivent. Il a été prévu de convoquer une nouvelle séance de travail à ce sujet le 15 janvier prochain. D'autres séances sont également programmées concernant les autres aspects du plan social et professionnel.

Le dernier point de débat a porté sur les délais de déploiement du plan. La position de certains administrateurs, dont le président suppléant du conseil d'administration, était qu'à ce stade la démarche débutait et qu'il serait nécessaire de bien connaître les projets d'hôpitaux avant de l'arrêter. Dans ces conditions, la conclusion ne pourrait intervenir avant plusieurs mois. La directrice générale souligne le caractère décisif de l'intervention des médecins qui ont insisté de manière particulièrement convaincante sur la nécessité d'engager sans attendre le plan stratégique afin de ne pas laisser les professionnels de l'AP-HP dans l'incertitude.

Elle fait également part d'une critique émise au sujet de l'implication des personnels au projet. Certes, les médecins ont été associés à la démarche participative qui a prévalu, mais il sera cependant nécessaire de veiller, au cours de la phase concrète d'élaboration des projets d'hôpitaux, à l'association significative des cadres infirmiers et de l'ensemble des personnels. La directrice générale se réjouit de la reconnaissance progressive du travail considérable accompli dans le cadre de ce projet de plan. Consciente de la charge que représentait leur participation, elle remercie les médecins qui ont pris part au séminaire.

La directrice générale précise que ce séminaire ne constituait en aucune façon une délibération du conseil d'administration.

Il convient maintenant, à partir des observations émises, des suggestions faites, d'amender le texte pour le proposer à l'avis des instances centrales consultatives avant d'en saisir le conseil d'administration pour qu'il en délibère.

Le **président** se dit frappé par le discours des personnalités qualifiées qui ont toutes salué, en premier lieu, la manière dont le projet de plan stratégique pour 2009 avait été préparé et en second lieu, ont insisté sur la nécessité de ne pas attendre pour lancer ledit plan. Elles ont rappelé que le plan pour 2004 était quasiment achevé et qu'il était nécessaire de ne pas attendre le lancement du SROS, celui-ci ne se terminant pas avant la fin de l'année 2006. Au cours du séminaire, les médecins ont notablement évoqué le sentiment de malaise qui règne actuellement dans les hôpitaux et au sein des CCM. Faute de décisions au cours des prochaines semaines, ont-ils souligné, ce malaise risque de s'étendre et freiner les réformes. De ce point de vue, le président considère le séminaire du conseil d'administration comme positif.

Selon la **directrice générale**, la préparation du plan stratégique a préfiguré la nouvelle gouvernance, elle exprime son sentiment d'un véritable et fructueux travail en commun.

Le **vice-président**, après avoir rappelé la position de soutien adoptée par la CME à l'occasion de la présentation du projet de plan stratégique au séminaire du conseil d'administration, interpelle la directrice générale en soulignant que ce soutien n'a de sens que si les efforts déployés par les hôpitaux se traduisent par un retour sur investissement, en l'occurrence, la possibilité de mieux travailler. Or, la situation actuelle, qu'il juge difficile notamment dans les blocs opératoires, aura des implications sérieuses en termes de tarification à l'activité. Dans ces conditions, les mandants de la CME peuvent considérer ce soutien comme une collaboration coupée du réel et le reprocher à ses membres. Il souhaite que le siège de l'AP-HP garantisse le cadre d'un exercice satisfaisant et prenne en compte les contraintes des chirurgiens. De même, il exprime la demande que les projets des GHU tiennent compte des analyses et des projets des hôpitaux. Les activités cliniques doivent être épargnées, car l'AP-HP risque d'en subir les conséquences dans le cadre de la tarification à l'activité.

La **directrice générale** se dit consciente de la grave pénurie de personnel qui touche les blocs opératoires. Elle évoque les actions engagées pour y remédier, notamment la campagne de recrutement d'infirmiers, mais ce type d'initiative ne peut pas produire ses effets avant plusieurs semaines. De l'avis de la directrice générale, l'AP-HP vit un changement d'ère, puisque l'ère de la tarification à l'activité se substitue à celle de la dotation globale. La nouvelle gouvernance devra s'appliquer aux hôpitaux, la question des moyens étant un problème à gérer en commun. Des règles du jeu précises devront être définies à l'échelon central que les hôpitaux s'approprient.

Le **vice-président** convient de l'intérêt d'une interaction productive. Il souligne la nécessité de tenir compte des avis qui s'expriment au sein des hôpitaux pour élaborer des projets qui se traduiront dans les faits, par une réalité.

Le **président** conclut sur l'intérêt de ce bilan à l'issue de ce séminaire.

#### **IV - Avis sur la décision modificative n° 4 du budget pour l'exercice 2004.**

##### **Préparation du budget primitif pour l'exercice 2005 : rapport d'orientation.**

Le **président** invite M. GARNIER à présenter ces deux points (cf. documents diffusés aux membres de la CME).

##### **1- Avis sur la décision modificative n° 4 du budget pour l'exercice 2004.**

La DM4 expose M. GARNIER augmente les crédits de l'AP-HP de 10 millions d'euros au titre des correctifs T2A (dont 7,1 millions d'euros pour les molécules coûteuses, 0,7 million d'euros pour les dispositifs médicaux implantables (DMI) et 2,2 millions d'euros au titre de l'activité). L'AP-HP bénéficie également de 7 millions d'euros en crédits spécifiques fléchés pour les 24 centres labellisés dans le cadre du plan de santé publique « maladies rares ». Un financement complémentaire pour la recherche et les innovations a par ailleurs été obtenu. La DM4 prévoit la constitution de la provision pour responsabilité médicale consécutive de la loi du 4 mars 2002 qui fait obligation aux établissements publics de santé de souscrire un contrat d'assurance en responsabilité civile. L'AP-HP qui est son propre assureur, jouit d'une dérogation en la matière mais la DHOS lui a néanmoins demandé de constituer une provision dont le montant est estimé à 25 millions d'euros. Grâce à la réussite du plan équilibre, l'AP-HP peut pleinement disposer de son rebasage. Cette décision atteste de la réussite de la première phase de recherche d'efficience de l'AP-HP et du respect de ses engagements.

Par ailleurs, une provision pour créances douteuses doit être constituée selon les recommandations du trésorier payeur général eu égard à la réglementation.

Au terme des quatre décisions modificatives intervenues en 2004 les crédits des hôpitaux sont portés à 5,4 milliards d'euros soit environ 175 millions d'euros supplémentaires par rapport au budget initial.

La **directrice générale** souligne l'augmentation décisive des moyens accordée à l'AP-HP et le fait qu'elle n'a plus à subir les conséquences de la péréquation, non seulement pour l'attribution du budget initial, mais également lorsqu'elle bénéficie de mesures nationales. La tutelle a apporté un appui financier considérable à l'AP-HP au cours de l'année, qui vient en contrepartie de l'effort structurel réalisé.



Le débat est engagé par **M. SCHLEMMER** qui remercie M. GARNIER pour son exposé. Il semble en effet important de communiquer des éléments positifs aptes à mobiliser la communauté médicale et à maintenir l'élan engagé. L'intervenant revient en particulier sur les crédits complémentaires pour les molécules onéreuses et les DMI en soulignant la mobilisation initiée de longue date sur ce thème ainsi que sur l'attribution de la dotation au titre du plan de santé publique « maladies rares », également liée à l'investissement de certains membres de la communauté médicale et à la qualité des dossiers présentés. Selon M. SCHLEMMER, si l'AP-HP se doit d'être attentive à certains aspects de cette tarification à l'activité, elle doit se montrer capable, grâce à la progression de l'activité et à une meilleure saisie de cette activité, de générer des effets bénéfiques.

**Mme SCHLEGEL** ne partage pas l'optimisme de l'intervenant précédent et s'interroge par ailleurs sur la notion que recouvre les créances douteuses.

**M. LEVERGE** fait référence au crédit de 10 millions d'euros obtenu au titre de la tarification à l'activité en 2004 sur les produits coûteux, selon lui avec une certaine facilité. Considérant le volume de dépenses consacrées aux médicaments coûteux et DMI, il insiste sur l'intérêt des prescriptions nominatives avec indication et demande, qu'au sein de chaque hôpital, la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et le CCM sensibilisent les médecins aux conséquences d'une non-prescription nominative.

L'intérêt d'une stratégie identique dans tous les hôpitaux est mise en évidence par l'orateur qui considère que l'enjeu de la tarification à l'activité quant aux médicaments coûteux et DMI représente 50 millions d'euros en 2005. Il exprime néanmoins ses craintes face à la réticence dont pourront faire preuve certains médecins.

Répondant à une question du **président** sur la pérennité du budget relatif aux centres de référence sur les maladies rares, **M. GARNIER** déclare que celui-ci est extrêmement fléché et ne permet aucune marge de manœuvre. Le montant indiqué sera rétrocédé aux services concernés en lien avec la direction de la politique médicale. S'agissant de sa pérennité, le vocabulaire budgétaire établit une distinction entre les mesures non reconductibles et celles qui le sont. Les dépenses de personnel sont généralement reconductibles. Il n'existe cependant ni limite ni engagement spécifiques en terme de durée. Puis répondant à **Mme SCHLEGEL**, **M. GARNIER** précise que le solde entre les recettes et les dépenses de l'AP-HP constitue le déficit qui s'est accumulé depuis plusieurs années ; il est en voie de résorption grâce au plan équilibre. Les économies réalisées à cette occasion permettront de réduire les dépenses ou du moins, de ralentir leur croissance. Le rebasage évoqué correspond en revanche à des augmentations de recettes. Les créances douteuses, pour lesquelles il est demandé à l'AP-HP de constituer des provisions techniques, concernent les produits facturés et dont le recouvrement est incertain. Une partie d'entre elles n'est parfois pas réglée en raison de l'insolvabilité des patients ou de l'absence d'adresse à laquelle ces derniers peuvent être joints. Ces créances dont la probabilité de paiement est réduite doivent être provisionnées.

Au terme de ce débat, la commission médicale d'établissement émet un avis favorable à l'unanimité de ses membres sur la décision modificative n° 4.

## **2- Préparation du budget primitif pour l'exercice 2005 : rapport d'orientation.**

Ce rapport d'orientation, intervient M. GARNIER, doit permettre d'établir un premier bilan de l'année non seulement en matière d'activité mais également d'exécution budgétaire. Il s'inscrit dans le cadre de la préparation du budget non encore finalisé qui sera présenté en mars 2005. Le nouveau processus budgétaire prévoit cependant cette étape intermédiaire. Le premier point du bilan de l'année 2004 concerne l'activité d'hospitalisation. L'AP-HP poursuit son redressement, notamment grâce à la forte croissance de l'activité ambulatoire et des SSR. Les admissions globales du champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) augmentent de 5 % entre octobre 2003 et octobre 2004 et traduisent une bonne évolution de l'activité confirmant une nette rupture par rapport aux années passées. L'amélioration de la durée moyenne de séjour (DMS) constatée depuis plusieurs années se confirme en 2004. L'orateur souligne l'importance de cette donnée qui permet d'évaluer l'efficacité médico-économique de l'institution.

Faisant référence à la première partie de son intervention, M. GARNIER évoque le caractère positif de la tarification à l'activité dans l'octroi à l'AP-HP d'un complément de financement au titre des molécules onéreuses et des DMI. La croissance de ces postes de dépenses a été intégralement couverte par des ressources budgétaires additionnelles.

Le fait que ce poste soit intégralement financé modifie considérablement l'équilibre budgétaire global et contribue significativement au redressement financier. De plus, l'affectation de 10 millions d'euros évoquée précédemment a permis de compenser partiellement les 35 millions d'euros correspondant à la réfaction de crédits subie dans le cadre du budget initial en raison du lancement de la tarification à l'activité. Ces résultats encourageants attestent du fort enjeu constitué par le développement de l'activité et des recettes correspondantes.

Grâce à la maîtrise globale des dépenses des groupes 2 et 3, au succès remporté par le plan équilibre mais également du fait du nombre significatif des postes vacants, la situation financière globale de l'AP-HP s'est améliorée. M. GARNIER fonde l'espoir de limiter le déficit dans des proportions supérieures à celles initialement prévues. Le plan équilibre 2004 est en voie de réussite son taux de réalisation est de l'ordre de 95 %. Les programmes se déroulent de manière très satisfaisante dans l'ensemble des hôpitaux. L'année 2005 verra se poursuivre la recherche d'efficacité. Les orientations concernant les activités supports et les plateaux techniques se confirment, les communautés hospitalières se mobilisent sur cet objectif essentiel dans le contexte de la tarification à l'activité. Puis, évoquant les années 2006 et 2007, dans la perspective de recherche de mesures de réorganisation de plus long terme - dont certaines nécessiteront des investissements immobiliers - M. GARNIER cite la constitution d'une structure d'accompagnement en lien avec la direction de la politique médicale et la direction du patrimoine et de la logistique afin d'aider les hôpitaux. Le dernier point de son propos concerne les perspectives budgétaires et d'activité. A l'issue des conférences budgétaires, les hôpitaux prévoient une croissance de leurs admissions de l'ordre de 2%. La croissance des molécules coûteuses et des DMI devrait se poursuivre. La traduction en termes financiers des perspectives d'activité ambitieuse pour l'année 2005 s'avère toutefois délicate observe l'orateur, en raison des incertitudes qui planent notamment sur l'évolution des tarifs nationaux. Le taux de la tarification à l'activité pour 2005 devrait s'établir entre 20 % et 30 % le taux définitif n'étant pas encore connu. Une grande incertitude plane également sur les montants qui seront attribués à l'AP-HP au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les perspectives budgétaires restent par conséquent incertaines.

En réponse à une intervention de **M. SCHLEMMER** sur la menace d'une remise en cause du rebasage budgétaire prévu dans le plan équilibre malgré des résultats satisfaisants, la **directrice générale** confirme la réalité de cette menace et fait référence à la réaction de mécontentement des autres CHU devant les moyens accordés à l'AP-HP. Cependant, le plan équilibre a suscité de nombreux émules. Il convient également ne pas sous-estimer la tendance des ministères à vouloir revenir sur ce qu'ils ont accordé. La négociation ne sera pas aisée même si la tutelle est toujours déterminée à accompagner le travail engagé à l'AP-HP à la fois sur le plan équilibre et le plan stratégique. L'élaboration d'un contrat global sur le plan stratégique, la tarification à l'activité et le plan équilibre a été suggérée et la directrice générale espère une négociation avec la tutelle tenant compte de ces trois éléments. Elle exprime néanmoins le sentiment d'inquiétude ressenti de la part de la tutelle quant à l'effort financier à réaliser en terme d'investissement dans le cadre du plan stratégique de l'AP-HP.

- V - **▪ Avis sur une fiche de missions et structure.**  
**▪ Création des pôles d'activité dans les quatre hôpitaux participant à l'anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.**

La parole est donnée à **M. MADELENAT** pour présenter ces deux dossiers.

**1- Avis sur une fiche de missions et structure.**

***GHU est***

***Saint Antoine – Charles Foix – Jean Rostand :***

- *Création d'une unité fonctionnelle de court séjour gériatrique (court séjour et équipe mobile) à l'hôpital Saint Antoine, rattachée provisoirement au service de médecine interne du Pr Piette à l'hôpital Charles Foix (et ultérieurement au futur service de gériatrie de l'hôpital Rothschild).*

L'originalité de cette fiche, acceptée sans débat en groupe des structures, réside dans la constitution d'une équipe mobile gériatrique qui assurera le fonctionnement de l'unité fonctionnelle ; cette dernière s'intégrera dans la filière gériatrique du GHU est.

Portée à l'approbation, la fiche de missions et structure est adoptée à l'unanimité des 39 votants.

**2- Création des pôles d'activité dans les quatre hôpitaux participant à l'anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.**

M. MADELENAT procède à la présentation de l'organisation en pôles d'activité des quatre hôpitaux volontaires, un par GHU, pour participer à l'anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière (cf. document sur le site Internet sécurisé). Lors de sa prochaine séance, le conseil d'administration sera invité à délibérer sur ces quatre propositions.

### ***GHU sud – hôpital Paul Brousse***

La structuration de l'hôpital en quatre pôles s'avère cohérente avec les disciplines médicales adhérentes à chacun de ces pôles :

- *Pôle A : maladies du foie, des voies biliaires et digestives, de la cancérologie digestive et anesthésie.*
- *Pôle B : malades âgés, vieillissement et soins palliatifs.*
- *Pôle C : biologie et activités médicales transversales.*
- *Pôle D : médecine des addictions, psychiatrie, médecine interne et infectiologie.*

Ce projet, englobant toutes les activités du site, n'a suscité aucune remarque du conseil stratégique et du groupe des structures.

Les quatre pôles seront opérationnels dès janvier 2005.

### ***GHU ouest – hôpital européen Georges Pompidou***

La capacité d'anticipation de l'hôpital à organiser ses services sous cette forme a facilité la constitution des six pôles :

- *Pôle urgences-réseaux : urgences, médecine interne, immunologie, orthopédie, psychiatrie, gériatrie, réanimation médicale.*
- *Pôle cardio-vasculaire : cardiologie médicale, chirurgie cardio-vasculaire, médecine vasculaire – HTA, néphrologie.*
- *Pôle cancérologie : radiothérapie, oncologie médicale, ORL, pneumologie, chirurgie thoracique, chirurgie générale, hépato-gastro-entérologie, gynécologie.*
- *Pôle prévention et réadaptation : médecine préventive, rééducations cardiaque et vasculaire.*
- *Pôle biologie-médicaments : anatomopathologie, biochimie, hématologie biologique, génétique, microbiologie, pharmacologie, pharmacie, immunologie biologique.*
- *Pôle imagerie et explorations fonctionnelles : radiologie générale et cardio-vasculaire, explorations fonctionnelles et radio-isotopes, physiologie.*

Le département d'anesthésie et de réanimation fait l'objet d'une réflexion basée sur les expériences conduites dans d'autres hôpitaux participant à l'expérimentation. En raison des difficultés observées de manière répétitive sur plusieurs sites, il importera peut-être d'ériger, pour tous les hôpitaux, des lignes de conduite consensuelles sinon identiques. Le problème semble se résoudre à l'hôpital Européen Georges Pompidou puisqu'en fin d'année 2005, l'ensemble des activités d'anesthésie et de réanimation sera regroupé au sein d'un pôle spécifique.

### ***GHU nord – groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal***

A terme, la structuration prévoit sept pôles ; seuls trois pôles seront opérationnels en janvier 2005.

- *Pôle laboratoires : biologie et explorations fonctionnelles.*

- *Pôle médecine : médecine, angio-hématologie clinique, gériatrie (aiguë, SSR, SLD), médecine préventive et réadaptation.*
- *Pôle locomoteur : rhumatologie et chirurgie orthopédique.*

La réflexion se poursuit pour les autres pôles en voie de constitution.

Après avoir rappelé que l'organisation en pôles s'avère complexe dans certains hôpitaux, le rapporteur déclare que les structures édifiées dans le cadre de cette expérimentation auront valeur d'exemple. Dès lors, il convient de refuser des passe-droits ou des rapprochements contre-nature qui risqueraient de provoquer des situations embarrassantes ayant valeur de « mauvais » exemple pour d'autres établissements. A cet égard, le conseil stratégique a fermement rejeté une demande d'organisation contre toute logique concernant le pôle imagerie.

### ***GHU est – hôpital Tenon***

Le projet de l'hôpital a fait l'objet d'une remise en cause notamment par le conseil stratégique. Le groupe des structures est parvenu à formuler une proposition comprenant deux pôles (le nombre minimum pour soumettre le dossier au conseil d'administration). Un troisième pôle, regroupant les activités obstétriques, la médecine de la reproduction et la santé publique aurait pu cependant être présenté.

Deux pôles seront donc opérationnels dès janvier 2005.

- *Pôle U.N.I.M.E.D. : urologie, néphrologie et transplantation rénale, infectiologie clinique et hôpital de jour de médecine.*
- *Pôle biologie : activités de biologie, d'explorations fonctionnelles et de pharmacie.*

La mise en œuvre des pôles, remarque M. MADELENAT devrait se caractériser par une cohérence géographique, puisque la mise en œuvre des pôles géographiques a été rappelé dans l'acceptation par le groupe des structures du pôle UNIMED, dont tous les services devront à terme se regrouper dans un même bâtiment. Ce principe de regroupement géographique devrait être suivi par tous les autres hôpitaux dans l'édification de leurs pôles.

Puis il rappelle que les pôles constituent des structures que le groupe des structures sera conduit à analyser ainsi que toutes les fiches des services qui les composent, occasionnant une charge de travail considérable pour ses membres. Il importe de définir avec précision les contours et les conditions de cette mission inattendue.

En outre, le pôle résultant de l'association d'un projet et d'un candidat, le groupe des structures doit travailler en étroite collaboration avec le groupe du personnel médical.

Aussi dans ce contexte délicat, M. MADELENAT émet des inquiétudes sur la capacité actuelle du groupe des structures à veiller à la bonne marche de ce travail et à poursuivre la restructuration des services.

Au nom du groupe des structures, **M. CORIAT** intervient sur un certain nombre d'éléments et d'interrogations.

L'organisation des hôpitaux en pôles d'activité induit une redéfinition des critères d'analyse et d'évaluation des services soumis à l'examen du groupe des structures. Ce travail doit toujours se faire en partenariat avec la CME qui reste l'instance décisionnaire. Cette réflexion du groupe des structures a débuté dès la mise en place de l'expérimentation, abandonnant son rôle « notarial » pour juger les missions des services. La méthode de travail a été adaptée de manière à anticiper sur la nouvelle structuration de l'AP-HP mais l'effort doit se poursuivre. Le groupe des structures souhaite recevoir l'avis de la CME sur la façon dont il doit assurer ses missions : faut-il continuer à étudier les structures de façon conventionnelle ou les évaluer dans le cadre d'une organisation de l'hôpital en pôles ce qui conduira à analyser l'organisation de la prise en charge des patients dans l'ensemble du pôle.

Par ailleurs, il apparaît que l'organisation en pôles des hôpitaux impose de revoir les contours des services dont la dotation et les missions se sont modifiées depuis leur création. Cette révision incombe-t-elle à l'hôpital ou au groupe des structures ? D'autre part, la nouvelle organisation de l'AP-HP conduira à créer 150 pôles, l'analyse de ces pôles représentera un surcroît de travail qu'il conviendra de prendre en compte.

**M. BERNAUDIN** souligne l'existence de certaines difficultés notamment d'ordre architectural. A titre d'exemple, il cite la nécessité d'engager une restructuration immobilière pour faire aboutir le projet du pôle biologie de l'hôpital Tenon. Le regroupement des activités actuellement réparties sur plusieurs sites est planifié et deviendra effectif vers 2010, en fonction du programme des travaux.

Selon **M. DRU**, l'anesthésie réanimation peut constituer un pôle dans la plupart des hôpitaux notamment au regard de ses effectifs. Il est aussi possible de l'insérer au sein d'un pôle si le projet médical est cohérent. En revanche, on ne peut envisager une dispersion de ses composantes au gré des secteurs de chirurgie.

**M. CARLI** s'interroge sur le rôle des comités consultatifs médicaux dans cette démarche. Il émet des doutes sur la capacité de maîtriser à l'échelon central les éléments stratégiques propres à chaque hôpital, leur déclinaison au sein des pôles et leur aspect structurel. Aussi, suggère-t-il d'insérer un niveau intermédiaire afin de simplifier le maniement de ce dossier considérable.

Pour **M. LEVERGE**, la légitimité des pôles réside dans la mutualisation des moyens matériels, humains et financiers. Or, la loi (art. L5126-5 du code de la santé publique) rend les pharmaciens gérants physiquement responsables de leur personnel et précise qu'ils exercent sur les agents une « autorité technique », impossible à confier à un cadre n'appartenant pas au service de pharmacie. Il attend de l'administration une réponse à ce problème.

La question ne regarde pas seulement la pharmacie selon **M. de PROST** qui signale la non émergence dans l'immédiat de conclusions pratiques. Par ailleurs, il reconnaît la légitimité de la demande du groupe des structures cependant, en l'absence pour l'heure de certains éléments notamment en matière de gouvernance, la réponse ne peut s'avérer que partielle.

S'agissant du rôle de chacun dans ce vaste chantier, le président souhaite que l'avis de la CME soit rendu par le groupe des structures pour l'organisation des pôles et par le groupe du personnel médical pour les propositions de nomination des responsables de pôle. Afin d'éviter les redondances, il propose la constitution d'un groupe composé des présidents et vice-présidents du groupe des structures, du groupe du personnel médical, du groupe prospective et stratégie et des représentants des CCM. Un travail préparatoire de qualité favorisera l'appréhension des dossiers. La CME apportera ainsi la preuve de sa capacité à assister les CCM dans la prise de décision.

Selon **M. HOUSSIN**, l'ampleur du projet mérite une organisation considérable et inhabituelle. Dans ce projet, il a identifié trois axes :

- le premier concerne le découpage interne de l'hôpital qui illustrera d'une part sa capacité à se redessiner, d'autre part l'impact de sa réorganisation sur les services ;
- le deuxième vise le recrutement des responsables de pôle tandis que le renouvellement des chefs de service se poursuit ;
- le troisième s'attache à l'articulation de l'avis du conseil stratégique et de celui de la CME. Aussi convient-il de concevoir en commun le moyen d'agir le plus efficace et le plus économe.

En conclusion, le **président** salue l'important travail produit par le groupe des structures à qui il renouvelle son appui et celui de M. HOUSSIN.

## **VI - ▪ Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers.**

### **▪ Additif à la révision des effectifs pour l'année 2005.**

#### **1- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers.**

**M. GUILLEVIN** prend la parole pour souligner l'importance que revêt le moment de la révision des effectifs qui a mobilisé, plusieurs semaines durant, de nombreuses énergies. Celle-ci s'est avérée cette année plus délicate à mener que l'année passée en raison du nombre inférieur de postes à redéployer. S'agissant des redéploiements, des solutions ont pu être dégagées mais un certain nombre de problèmes demeurent sur lesquels la CME sera donc amenée à discuter. Il remercie M. ANTONINI pour le travail considérable réalisé. L'intervenant ajoute que toutes les créations de postes par rendu budgétaire demandées n'ont pas été entérinées par le groupe du personnel médical lequel a estimé que celles-ci devaient s'intégrer dans la stratégie globale de l'hôpital et du GHU. Certains postes, en dépit d'un rendu de vacations, n'ont pas été retenus pour cette année. M. GUILLEVIN achève son propos préliminaire en attirant l'attention des membres de la CME sur le fait que certaines demandes portant sur un poste ont été orientées vers des demi-postes. Comme chaque année, en effet, certaines créations de postes ont été initiées et elles seront complétées l'année prochaine.

La révision des effectifs (cf. document diffusé aux membres de la CME) indique **M. ANTONINI**, se caractérise en premier par l'importance du nombre des emplois demandés dans le cadre d'un rendu budgétaire, un quasi doublement de ces demandes a été enregistré par rapport à l'an dernier soit 155 emplois contre 78 l'an passé.

Deux facteurs l'expliquent, d'une part l'utilisation par les hôpitaux des crédits alloués au cours des deux dernières années au titre de l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (ARTT) ou au titre des crédits fléchés qui a bénéficié notamment aux urgences et à la périnatalité, d'autre part, des difficultés croissantes de recrutement sur le statut de praticiens attachés, en dépit de la rénovation du statut. L'essentiel de ces créations d'emplois concerne les disciplines cliniques.

### Redéploiement des postes

A l'issue de la précédente séance de la CME, le redéploiement de 25,5 équivalents temps plein avait été proposé. Il est suggéré de maintenir un poste de praticien hospitalier vacant à l'hôpital Emile Roux dont l'emprunt avait été initialement envisagé. M. ANTONINI présente les priorités retenues par l'intergroupe du personnel médical et des structures.

**M. MADELENAT** souligne l'importance de la demande en cancérologie à l'hôpital Bichat. Il rappelle que 12 % de l'activité de cancérologie dispensée au sein de l'AP-HP, relève de l'hôpital Bichat. Le projet est parfaitement bien identifié et il est contractualisé par écrit. Les répartitions entre les hôpitaux Beaujon et Bichat ont été opérées, mais les moyens se trouvent essentiellement alloués à l'hôpital Beaujon. La situation de l'hôpital Bichat est, de ce point de vue, particulièrement fragile en raison de la faiblesse des effectifs. Le fait de ne pas faire bénéficier la cancérologie d'une identification certaine avant 2006 constitue, selon l'orateur, un risque réel. Il ajoute que l'hôpital Bichat a demandé deux demi-postes au titre du redéploiement, dont celui présentement discuté. La demande formulée par cet hôpital n'apparaît pas excessive à M. MADELENAT, qui précise que l'hôpital se verrait ainsi dans la possibilité de nommer dès 2005 un candidat dont la moitié du temps est aujourd'hui dédiée à un centre anticancéreux.

La position précédemment exprimée est soutenue par **M. DESMONTS** eu égard à la cohérence hospitalo-universitaire de ce projet. Le fait de pouvoir bénéficier d'un praticien à temps complet en cancérologie au sein de l'hôpital Bichat constitue, selon lui, un élément très appréciable.

Le **président** rappelle l'importante activité de cancérologie de l'hôpital Bichat qui doit être reconnue dans le projet, cette attribution ne posant pas de problème à l'hôpital Beaujon. Il espère fortement l'attribution de crédits fléchés en cancérologie et qualifie ce poste de prioritaire. Il considère qu'il convient de s'engager, en termes de crédits, afin que l'hôpital Bichat puisse obtenir ce poste.

**M. ANTONINI** confirme que cette éventualité peut être envisagée par le soutien prioritaire à cette action. Dans cette attente, l'hôpital serait autorisé à formuler une proposition de rendu budgétaire. Puis il rassure **M. CHAUSSADE** quant à la cohérence avec le service de l'hôpital Beaujon. Il est bien prévu de rattacher l'unité fonctionnelle de l'hôpital Bichat concernée à l'hôpital Beaujon. La question de la structure est donc désormais réglée, ce dont prend acte le **président**.

Faisant référence au plan cancer le **vice-président** insiste sur l'importance d'une affectation des crédits sur des emplois médicaux et la nécessité d'une vision claire de l'affectation de ces emplois. Il considère que cette demande peut d'autant être soutenue au titre du plan cancer qu'elle s'inscrit dans une démarche de transparence et de clarté. Une évaluation spécifique des demandes par le groupe du personnel médical sera souhaitable.

**M. ANTONINI** procède ensuite à l'énumération des autres demandes de redéploiement.

**M. GUILLEVIN** s'exprime sur le poste d'hygiène hospitalière de l'hôpital Paul Brousse qu'il considère comme relevant d'une moindre priorité.



**M. FAGON** ne partage pas ce point de vue, il considère du devoir de la CME de soutenir ce type de poste et rappelle l'existence de textes réglementaires qui imposent à tous les établissements de disposer d'un praticien hospitalier pour cette activité. L'orateur est conforté dans son propos par **M. SCHLEMMER** qui évoque les graves problèmes d'infections nosocomiales à bactéries multi-résistantes connus par l'hôpital Paul Brousse, au cours de ces derniers mois. Face à cette situation, la direction de la politique médicale et la communauté médicale doivent faire en sorte que les moyens affectés à la mise en œuvre des mesures appropriées d'hygiène et de contrôle de ces infections soient garantis.

Selon **M. BERNAUDIN**, il est important que ce type de poste spécifiquement administratif bénéficie d'un statut particulier et d'une répartition caractérisée.

**M. GUILLEVIN** ne remet nullement en cause l'intérêt porté à l'hygiène hospitalière mais considère qu'il convient de revoir ces postes qui relèvent d'une activité transversale et revient sur les difficultés réelles que connaissent les hôpitaux qui ne disposent pas de praticiens hospitaliers pour réaliser les actes cliniques de base.

L'hôpital Paul Brousse a fortement sollicité ce demi-poste intervient **M. LEGRAND** lequel vient compléter celui attribué en 2003.

**M. TULLIEZ** s'interroge pour sa part sur la logique de localisation de ce poste d'hygiène parmi ceux relevant de la biologie. Mais il rappelle que le président du syndicat des biologistes a récemment souhaité de réduire la demande de l'hôpital Beaujon à un demi-poste de praticien hospitalier en bactériologie afin de favoriser l'obtention d'un demi-poste en hygiène à l'hôpital Paul Brousse.

Selon **M. SCHLEMMER** la biologie ne peut se défaire de cette activité dont la transversalité s'exerce au sein même des services, auprès des équipes cliniques et des équipes soignantes.

Ce poste, intervient le **président**, relève non de normes mais de la qualité médicale ; il précise que le débat concerne uniquement l'opportunité de ce poste dont il se dit convaincu et propose qu'un effort en sa faveur soit fait.

**M. ANTONINI** évoque la demande formulée en anatomie pathologique présentée par l'hôpital Cochin. Il indique qu'une solution avec l'hôpital a été recherchée. Elle aboutit à la proposition, de la part de celui-ci, d'un autofinancement pour un demi-poste en 2004. Le groupe hospitalier souhaiterait que la CME puisse accorder un intérêt particulier à la demande de transformation de cet emploi à temps partiel en temps plein que le site pourrait être conduit à formuler dans cette discipline en 2006. Si cette demande était ainsi reportée, il serait dès lors possible de satisfaire la proposition de l'hôpital Paul Brousse en hygiène hospitalière.

A cette occasion, le **président** fait part de son souhait d'un rappel de toutes les mémoires en fin de séance.

**M. GUILLEVIN** fait observer que l'activité d'anatomie-pathologique fait face à de nouvelles techniques qui exigent chaque jour davantage de temps. Il évoque la tendance à traiter l'anatomie-pathologique avec légèreté, notamment au regard du nombre des postes qui sont créés chaque année, alors que cette discipline exige des moyens humains très significatifs justifiant un soutien ferme des demandes de création de postes.

**M. BERNAUDIN** souligne l'importance des propos de **M. GUILLEVIN** et fait part de son impossibilité à s'engager sur la mémoire de l'an prochain. Elle engage en effet la biologie de la reproduction et la cytogénétique et il dit ne pas pouvoir raisonnablement engager le demi-poste commun à toutes ces disciplines pour le poste de Cochin, raison pour laquelle **M. ANTONINI** suggère d'étendre à l'avenir le contingent que se partagent l'histo-embryologie et l'anatomie-pathologique.

Cette solution paraît parfaitement acceptable au **président** qui rappelle qu'une autre mémoire concerne, pour l'année prochaine, un emploi dans le service de cardiologie de l'hôpital Georges Pompidou.

Faisant remarquer que la communauté de l'hôpital Cochin n'a enregistré cette année aucune création de poste et tout en précisant que l'anatomie-pathologique reste une priorité, en particulier en cancérologie, **M. CHAUSSADE** insiste sur le respect de la mémoire à ce sujet.

### Rendus budgétaires

Concernant les postes proposés par autofinancement, **M. ANTONINI** souligne le nombre important des demandes étudiées lors des réunions préalables à la CME plénière. Il est proposé de n'examiner que celles ayant donné lieu à réserves ou observations.

#### *Médecine*

Le premier poste concerne une demande formulée en cancérologie dans le service de médecine interne de l'hôpital Ambroise Paré.

**M. BAGLIN** intervient pour expliquer en détail la situation et les orientations qui s'attachent à cette demande tout en spécifiant que son service n'est concerné par ce poste qu'à titre provisoire.

Ces propos sont soutenus par **M. NORDLINGER** qui ajoute que ce poste se caractérise par sa transversalité. Les moyens de l'hôpital Ambroise Paré sont extrêmement limités et il remercie **M. BAGLIN** d'avoir permis le développement de cette activité. La cohérence de ce poste est soulignée par **M. GOËAU-BRISSONNIERE** du fait des besoins réels que connaît l'hôpital en matière de cancérologie.

Après discussion, il est convenu que la localisation de cet emploi dans le service d'hépto-gastro-entérologie serait plus opportune.

Concernant la discipline de la cardiologie de l'hôpital Européen Georges Pompidou, les trois services concernés sont appelés à se regrouper au sein d'une structure départementale sur laquelle le groupe des structures sera très prochainement consulté. Dans un tel contexte, il convient de faire preuve de la plus grande vigilance dans les nominations opérées. En effet, elles doivent pouvoir s'adapter, dès l'an prochain, à la nouvelle structure départementale. La direction de la politique médicale et le directeur du GHU, à ce titre ont préconisé un gel des recrutements pour 2005 dans le service et une clause de rendez-vous pour 2006.

**M. FAGON** évoque quatre demandes de postes dans cette discipline, trois concernent l'hôpital Georges Pompidou et un, indirectement rattaché à ce dernier, se trouve sur une autre site. L'hôpital Européen Georges Pompidou s'est engagé à restructurer la cancérologie en plein accord avec la direction de la politique médicale. Le projet consiste en un regroupement de l'ensemble de la cardiologie au sein d'un département unique. **M. FAGON** tient à sensibiliser les membres de la CME sur deux des trois postes de praticiens hospitaliers à temps partiel, relevant de l'hôpital Européen Georges Pompidou mais se dit disposé à accepter, en plein accord avec le service concerné, le décalage de la troisième demande faisant état de la recherche d'une solution locale pendant la période d'attente. Il considère que la validation des deux premiers postes permettrait de résoudre bien des difficultés et constituerait une aide considérable.

Appuyant la demande de **M. FAGON**, le **président** voit la nécessité de soutenir l'activité de cardiologie de cet hôpital mais convient de la difficulté qui s'y attache.

**M. LE HEUZEY**, qui défend ces demandes, fait observer que les compétences de l'hôpital Européen Georges Pompidou en matière de cardiologie sont particulièrement larges. En effet, cette spécialité y couvre les maladies coronaires, l'insuffisance cardiaque et la rythmologie. Il considère que cette situation unique représente une chance dont il faut savoir profiter. D'une façon plus générale, face à l'importante expansion de la rythmologie, l'intervenant met en avant les difficultés réelles que rencontre l'AP-HP pour réagir rapidement à des opportunités. Un appel d'air considérable est en train de s'opérer au profit du secteur privé. **M. LE HEUZEY** ne formule aucune objection au sujet des postes présentés (qui sont des postes de praticiens hospitaliers à temps partiel dédiés à la maladie coronaire) mais juge regrettable que le plus important à ses yeux, le poste de praticien hospitalier à temps plein dédié à la rythmologie en rapport avec la promotion du praticien hospitalier nommé PU-PH et le départ en retraite du chef de service en 2005 n'y figure pas. Les besoins en rythmologie sont énormes et la conservation du personnel médical existant était indispensable. Concernant la restructuration, il rappelle son implication pour élaborer une solution déjà en vigueur au groupe hospitalier Pitié Salpêtrière.

Le **président** et **M. FAGON** témoignent des efforts déployés par **M. LE HEUZEY** en faveur de la solution à laquelle il a fait allusion.

Un avis favorable sur les deux demi-postes qui viennent d'être évoqués est proposé par le **président**.

**M. ANTONINI** indique que l'intergroupe a rendu un avis défavorable sur le rendu budgétaire au sein du service d'endocrinologie à l'Hôtel-Dieu, justifié par le départ prochain du chef de service.

La demande formulée par le service de médecine générale de l'hôpital Raymond Poincaré au titre de la constitution d'une unité transversale de nutrition n'est également pas retenue, notamment en raison d'un recul encore insuffisant sur l'apport de ces unités.

Enfin, l'avis concernant une demande en médecine générale au sein du centre hépatobiliaire de l'hôpital Paul Brousse est renvoyé à l'avis des rapporteurs lors d'un prochain conseil d'administration.

**M. CHAUSSADE** déclare n'avoir pas connaissance de cette demande. Le **président** propose le report de son examen à moins que la CME n'adopte ce poste avec les réserves d'usage.

Après débat, la CME formule également un avis défavorable à la création de deux emplois à l'hôpital Charles Richet ainsi qu'un emploi à l'hôpital maritime de Berck qui n'ont pas reçu le soutien des collégiales concernées.

### *Chirurgie*

**M. CORIAT** confirme le financement par l'hôpital de la demande formulée dans le service de chirurgie générale et digestive du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière. Les autres demandes n'ont pas soulevé d'objection.

### *Anesthésie – réanimation*

**M. ANTONINI** souligne l'effort important effectué par la discipline en faveur du rééquilibrage des dotations entre hôpitaux. Selon un calendrier et des modalités qui restent à préciser, quatre emplois seront redéployés au profit des hôpitaux Bichat, Beaujon, Armand Trousseau et Antoine Béchère. Les hôpitaux contributeurs seront Cochin, Saint-Antoine, Rothschild, Ambroise Paré et Jean Verdier.

### *Radiologie et imagerie médicale*

Une demande de l'hôpital Antoine Béchère est en attente de la confirmation d'allocation de crédits.

### *Biologie*

Un avis défavorable est émis concernant la proposition de création d'un poste de praticien hospitalier temps partiel dans le service de virologie sur le site de Saint Vincent de Paul, compte tenu du départ prochain du chef de service et du regroupement envisagé des deux services de bactériologie-virologie de ce site.

**M. WEILL** intervient à propos de cette orientation et regrette que ce point n'ait pas été discuté en bureau de CCM de l'hôpital Cochin. Il est fâcheux de recourir à un argument aussi faible que celui du départ prochain et annoncé du chef de service pour justifier le refus de nomination d'un bon praticien. Le candidat pressenti est un excellent praticien hospitalier en matière de virologie. Il est dommage de se priver des services d'un tel candidat compte tenu des difficultés réelles de recrutement rencontrées.

Enfin, **M. ANTONINI** signale que la création de deux emplois en génétique avait soulevé des interrogations en raison d'une notification particulièrement ambiguë de la DHOS. Cette notification annonçait l'attribution de crédits pérennes mais dont le maintien devant être soumis à évaluation. Renseignement pris, ce mode de notification visait à contraindre les établissements à utiliser les crédits qui leur ont été alloués et non à pénaliser les recrutements envisagés.

Faisant référence à l'intervention précédente de **M. GARNIER**, **Mme BOILEAU** précise qu'à l'instar des crédits fléchés « maladies rares », ces fléchages financent les postes de génétique. Les crédits sont donc directement notifiés à l'hôpital.

## *Pharmacie*

**M. ANTONINI** attire l'attention des membres de la CME sur la spécificité de la demande formulée par le centre national hospitalier d'informations sur le médicament (CNHIM). Cette structure dépendante de la caisse nationale d'assurance maladie souhaite s'attacher les services d'un praticien hospitalier qui serait mis à disposition par l'AP-HP. Le CNHIM sollicitera donc de ses tutelles la création de cet emploi. Il est proposé de n'émettre un avis favorable que dans la mesure où ces crédits alloués à l'AP-HP, pour cette mise à disposition, le seraient de façon pérenne.

**M. LEVERGE** appuie la demande de l'hôpital Necker Enfants-Malades, le dernier à ne pas disposer de praticien hospitalier pour la stérilisation centrale, alors que son volume traité (3 200 m<sup>3</sup>) le place parmi les cinq premiers hôpitaux de l'AP-HP. Il précise avoir obtenu le soutien de M. Garnier afin de trouver un gage.

Cette requête paraît justifiée au **président** mais il est nécessaire d'avoir des assurances quant au gage. **M. ANTONINI** précise qu'à ce jour il n'a pas eu confirmation de cette information.

Les demandes sont ensuite soumises au vote. La CME émet un avis favorable à l'unanimité de ses membres sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2005 (dossier joint au présent compte-rendu).

Le **président** devant prématurément quitter la séance, transmet la présidence de la CME au vice-président.

## **2- Additif à la révision des effectifs pour l'année 2005.**

L'additif à la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour 2005 indique **M. ANTONINI** concerne l'Institut Curie. Dans le cadre des emplois de recherche, une demande a été formulée par cet institut. Celle-ci avait été transmise à l'UFR de Paris V mais pas à l'AP-HP, raison pour laquelle cette dernière ne s'était pas prononcée à ce sujet.

**Mme ABADIE** témoigne de l'excellence du dossier du candidat pressenti. Il exerce en cancérologie infantile au sein de l'Institut Curie. Son profil hospitalo-universitaire ne fait aucun doute.

Le rapporteur de ce dossier ayant dû quitter la séance, son avis est sollicité par téléphone. Il confirme la qualité du dossier et la complémentarité des activités développées par l'Institut Curie et celles de l'AP-HP. Après avoir regretté le caractère tardif de cette demande et la faible connaissance par l'Institut Curie du rôle de la CME de l'AP-HP concernant l'affectation des emplois non hospitalo-universitaires, la CME approuve la création de cet emploi dans le cadre des demandes formulées au titre du soutien à la recherche.

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

La parole est donnée à **M. ANTONINI** qui rappelle que quatre contrats sont soumis à l'avis des membres de la CME (cf. document diffusé aux membres de la CME). Aucune remarque n'a été émise par le groupe du personnel médical.

Le **vice-président** soumet au vote ces quatre demandes. La CME donne un avis favorable à la majorité de ses membres, 15 votes favorables sont exprimés et 13 abstentions enregistrées.

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

Les documents remis aux membres de la CME ne suscitent aucune observation particulière.

### **IX - Approbation des comptes rendus des séances du 19 octobre 2004 et du 9 novembre 2004.**

Les comptes rendus des séances des 19 octobre et 9 novembre 2004 ne font l'objet d'aucune remarque de la part des membres de la CME, ils sont adoptés à l'unanimité.

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 13 heures 05.

\*

\*                      \*

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

**Mardi 11 janvier 2005 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 22 décembre 2004 à 16h30.**

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

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