

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 16 DECEMBRE 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU LUNDI 19 JANVIER 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**Compte-rendu de la séance
du mardi 16 décembre 2003**

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Etude sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel des patients hospitalisés.
- 2- Rapport du CLIN central pour l'année 2002.
- 3- Modalités d'accès à l'information scientifique.
- 4- Plan de régulation relatif aux molécules et dispositifs médicaux coûteux.
- 5- Avis sur les dossiers examinés par le groupe des structures.
- 6- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2004.
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 8- Information sur le volet d'investissement du plan hôpital 2007.
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 14 octobre 2003.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 25 novembre 2003.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Intégration avec transfert d'emploi d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le renouvellement quinquennal d'un chef de service.

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2003 (2^{ème} tour).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - M. le Pr LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - M. le Pr JARLIER, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr MELCHIOR, président du CLAN central,
 - M. le Pr NAVARRO, direction de la politique médicale,
 - M. le Dr SEGOUIN, délégation à la formation,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale ;

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mmes ANTIGNAC et FRANCES et de M. CHAUSSADE.

Il souhaite la bienvenue au sein de la commission médicale d'établissement à Mme VEINBERG qui succède à M. CUDENNEC en qualité de représentante des attachés. Puis, il procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Etude sur la consommation alimentaire et l'état nutritionnel des patients hospitalisés.

Président du comité central de liaison alimentation nutrition, **M. MELCHIOR** détaille les résultats de l'enquête de consommation alimentaire réalisée par une société externe à l'Assistance publique - hôpitaux de Paris auprès de huit de ses hôpitaux sur un panel représentatif de patients hospitalisés (adultes en court séjour, enfants, sujets âgés). Les éléments de la présentation portent sur des patients adultes de court séjour mais les résultats relatifs aux enfants et aux sujets âgés sont superposables (cf. document remis aux membres de la commission médicale d'établissement).

1- Les résultats synthétiques de l'étude.

a) La dénutrition

Analysée grâce à l'indice de la masse corporelle et à la perte de poids, la dénutrition touche 44 % des patients hospitalisés. Elle s'aggrave au cours du séjour hospitalier.

b) L'offre alimentaire

Calculés pour chaque patient participant à l'étude, les besoins énergétiques s'élèvent en moyenne à 1 668 kilos calories par jour tandis que l'offre moyenne en restauration collective équivaut à 1 758 kilos calories par jour. En apparence, l'offre couvre les besoins mais ceux-ci varient selon les patients, de 900 à 3 000 kilos calories par jour.

c) La consommation effective des patients

Près de 13 % des plateaux-repas livrés dans les offices de soins ne sont pas servis aux malades et seuls 30 % d'entre eux absorbent la totalité du repas. La consommation partielle s'explique dans 36 % des cas par des causes médicales, dans 42 % des cas par des causes logistiques et organisationnelles et dans 21 % des cas par d'autres causes.

Pour 73 % des patients adultes, leur consommation est inférieure à leurs besoins énergétiques ; 85 % des patients ne consomment pas la quantité de protéines nécessaires à leur état. Correspondant en moyenne à 681 calories, le déficit équivaut de 30 à 40 % des besoins énergétiques et à 50 % des besoins protéiniques.

Enfin, on note un gaspillage de 40 % des sommes consacrées à la consommation alimentaire des patients.

2- Les axes d'amélioration envisagés.

Afin de lutter contre la dénutrition, le CLAN doit travailler dans un cadre transversal. La collaboration de l'ensemble des professionnels impliqués s'avère complexe à réaliser. L'investissement du corps médical dans cette démarche en collaboration avec les services logistiques et la direction du patrimoine et de la logistique se révèle primordial.

Les conséquences de la prévalence élevée de la dénutrition dans les hôpitaux figurent dans la littérature médicale depuis longtemps et le conseil de l'Europe a édicté en 2001 des directives sur ce sujet. La dénutrition augmente la mortalité et la morbidité des patients (de 30 à 40 %), leur durée d'hospitalisation, la prévalence des infections nosocomiales, la dépendance et la charge des soins. Le phénomène engendre un accroissement des coûts hospitaliers.

Les possibilités d'actions

L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle dans les hôpitaux passe d'abord par le dépistage de la dénutrition.

A cet effet, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ont publié un manuel de méthodes simples intégrant cet élément dans les pratiques quotidiennes de soins. Une des missions du CLAN vise la formation de l'ensemble du personnel impliqué.

Il s'agit, poursuit le rapporteur, aussi d'appliquer les directives du conseil de l'Europe et du ministère de la santé et de mettre également en place des équipes opérationnelles transversales chargées de la nutrition, composées d'un médecin compétent en nutrition, d'une infirmière formée et de diététiciennes cliniciennes. Le travail de ces équipes permettrait de réduire de 30 % la dépense en médicaments de nutrition parentérale, de limiter le taux de complication induit par cette thérapeutique et la prévalence de la dénutrition et de ses conséquences.

Le CLAN propose donc la création d'une équipe transversale par groupement hospitalier universitaire et l'évaluation des résultats sur trois ans sur la base d'indicateurs en cours de validation. Le coût d'un médecin par équipe correspond à 100 000 euros par an mais le projet pourrait s'autofinancer grâce aux économies qui seront réalisées sur la dépense en médicaments de nutrition parentérale.

Le **président** estime le message clair et ouvre la discussion sur ce sujet capital.

Pour **Mme DEGOS**, pouvoir obtenir des fruits secs et des bananes au lieu de prescrire un comprimé de chlorure de potassium dans le cas d'une hypokaliémie améliorerait d'une manière très simple la situation.

La distribution de l'alimentation dans une logique de restauration collective nécessite une organisation phénoménale et des moyens différents d'un hôpital à l'autre, déclare **M. MELCHIOR**. Une offre à la carte pour 17 000 lits coûterait davantage qu'une prescription de potassium dans une perfusion. Cependant, une progression de la situation actuelle permettra peut-être d'aller dans cette voie.

Mme DEBRAY-MEIGNAN relève qu'en gériatrie, l'enquête montre que les apports nutritionnels sont plus satisfaisants car les hôpitaux de gériatrie disposent d'équipes de diététiciens et les équipes sont sensibilisées. Elle souhaiterait savoir si l'intervenant détient des résultats plus fins par tranche d'âge.

M. MELCHIOR précise qu'une part de la dénutrition trouve son origine dans la sévérité de la maladie. Ceci explique une plus grande présence du phénomène dans les services de chirurgie lourde ou de maladies infectieuses sévères que dans les services de maladies chroniques et lentement évolutives. Par ailleurs, les sujets âgés de plus de 65 ans hospitalisés pour une infection aiguë sont plus dénutris. Les gérontologues s'intéressent depuis longtemps à cette question vitale pour leurs patients ; à cet effet, un groupe actif de médecins y travaille en interne à l'AP-HP. En outre, les patients de gériatrie subissent moins d'exams médicaux et de ce fait, présentent moins de risques médico-logistiques susceptibles d'entraver la prise des repas.

Enfin, à une question du **président** relative à une éventuelle cause de dénutrition occasionnée par les horaires inhabituels des repas à l'hôpital, il répond que ces horaires se révèlent moins dispersés qu'on ne le craint. Mais lorsqu'un patient subit un examen médical à l'heure du repas, il s'avère quasiment impossible de lui servir un plateau-repas à son retour.

II - Rapport du CLIN central pour l'année 2002.

La parole est donnée à **M. JARLIER** pour présenter le rapport annuel du comité central de lutte contre les infections nosocomiales (cf. documents remis aux membres de la CME).

Il précise que chaque hôpital conduit son propre programme adapté à ses caractéristiques. Cependant au niveau central, l'AP-HP dégage quelques thématiques prioritaires, menées par la direction de la politique médicale, en raison de leur aspect réglementaire, d'incitations institutionnelles, du caractère fédérant du programme ou pour réaliser des économies d'échelles, par exemple dans le cadre de la mise en place de logiciels.

1- La maîtrise de l'environnement et la légionellose.

a) Le bilan pour l'année 2002

Le nombre de cas nosocomiaux de légionellose a été divisé par trois à l'AP-HP (vingt six cas en 2000, huit en 2002) contre une diminution limitée à 20 % pour l'ensemble de la France (rapport INVS pour 2002). On note l'absence de cas groupé au sein de l'AP-HP en 2002 alors que l'on en compte cinq épisodes en 2000 et un en 2001.

Ce résultat découle de l'intensification des mesures de préventions et de la surveillance microbiologique des réseaux d'eau. Le nombre de prélèvements d'échantillons d'eau pour recherche de légionelles a pratiquement doublé entre 2000 et 2002. Cette action concerne désormais tous les hôpitaux. La proportion d'échantillons d'eau contenant des légionelles a diminué de moitié.

L'évolution favorable de la situation découle d'un programme triennal fondé sur :

- la formation de six cent soixante dix personnes au cours de trente trois sessions ;
- une action de conseils auprès des hôpitaux menée par l'équipe opérationnelle d'hygiène de la DPM ;
- la mise en place des techniques ad hoc par les laboratoires de microbiologie.

b) Les objectifs pour 2003 et 2004

Ils visent à :

- maintenir le programme de vigilance et d'alerte ;
- accroître les conseils et les expertises en cas de situation à risque au moyen d'action concertée entre la DPM et la DPL ;
- veiller au carnet sanitaire des réseaux d'eau ;
- surveiller les tours aéroréfrigérantes ;
- étendre le programme institutionnel à la prévention des aspergilloses.

2- La maîtrise des épidémies de bactéries multirésistantes (BMR).

Au nombre d'environ 50 000 par an en France et 5 000 à l'AP-HP, les cas de staphylocoques dorés multirésistants (SARM) ont une incidence d'environ 1 pour 100 admissions ou pour 1 000 journées d'hospitalisation en court séjour. La France obtient les moins bons résultats en Europe avec l'Italie, l'Espagne et la Grande-Bretagne.

Tandis que le pourcentage de souches multirésistantes progresse en France (+ 20 % entre 1996 et 2001 - cf. : résultats des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales), il a diminué à l'AP-HP d'un quart entre 1993 et 2003 et particulièrement en réanimation (55 % en 1993, 24 % en 2002) en raison du programme volontariste initié en son sein en 1993 ; celui-ci s'articule autour de :

- la prévention de la transmission croisée ;
- des formations nombreuses ;
- la surveillance menée par la collégiale de microbiologie depuis dix ans.

On note une évolution positive des résultats dans l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP hormis ceux de long séjour pour lesquels des progrès modérés n'apparaissent qu'à compter de 2000.

3- La promotion de la friction hydro-alcoolique (FHA) pour la désinfection des mains.

Un programme spécifique de promotion de la FHA a été mis en oeuvre en 2002 en collaboration avec la direction du service central de soins infirmiers. La FHA permet la désinfection des mains sur peau non souillée sans eau, sans savon, sans essuie-mains. L'utilisation de la FHA permet de renforcer la prévention de la transmission croisée des BMR et d'améliorer l'hygiène des mains, y compris dans les hôpitaux de moyen et long séjours. La campagne institutionnelle FHA, organisée par la DPM en 2002, a permis d'augmenter l'utilisation des solutions hydro-alcooliques de 1 000 à 5 000 litres par mois entre 2000 et 2002.

Les objectifs pour les deux derniers points sont d'une part de poursuivre la campagne de la FHA et la surveillance grâce au réseau de la collégiale de microbiologie, d'autre part de développer la mise en place des procédures informatiques de signalement des patients connus comme porteurs de bactéries multirésistantes et réadmis à l'hôpital.

L'AP-HP doit aussi s'engager dans une campagne institutionnelle destinée à réduire la consommation d'antibiotiques. Cette campagne, menée par la DPM en collaboration avec la commission des antibiotiques, s'inscrit dans le plan national de santé publique du ministère de la santé. La France se distingue en effet par la plus forte consommation d'antibiotiques en Europe.

4- La vigilance et les alertes en matière d'infections nosocomiales.

Le décret du 26 juillet 2001 prévoit la mise en place du signalement aux autorités sanitaires de cas particuliers d'infections nosocomiales. Dans le cadre de son application, l'équipe opérationnelle du siège apporte conseils et assistance aux hôpitaux ; la DPM, la DPL, la direction des affaires juridiques et la direction de la communication se sont efforcées aussi d'anticiper les conséquences pour l'institution des événements soumis à signalement qui de se produisent dans les hôpitaux de l'AP-HP.

Un logiciel appelé INDO (Infection Nosocomiale Déclaration Obligatoire), souple et paramétrable, est désormais à la disposition des hôpitaux pour gérer les signalements externes et internes des cas d'infections nosocomiales et mutualiser les expériences.

Les objectifs portent sur une progression dynamique de la mutualisation des expériences, soit au niveau de l'institution, soit à celui des GHU. Par ailleurs, l'utilisation du logiciel INDO devra s'étendre à tous les hôpitaux et à l'ensemble des déclarations obligatoires des maladies transmissibles (exemple : tuberculose). Une large information à l'utilisation de ce logiciel est programmée pour l'an prochain.

5- Les infections du site opératoire (ISO).

Elles ne représentent que 15 % des infections nosocomiales, mais, l'activité chirurgicale de l'AP-HP (une centaine de service de chirurgie), la gravité fréquente des ISO, et la tendance à une multiplication des recours juridiques pour ISO conduisant à une médiatisation des incidents justifient un programme prioritaire mené par le Siège.

L'institution doit se montrer vigilante car, si le pourcentage des services de chirurgie disposant d'un protocole de préparation cutanée pré-opératoire validé par le CLIN est passé de 57 % en 2001 à 88 % en 2002, celui des services disposant d'un système de surveillance ISO a peu progressé : 40 % en 2000, 50 % en 2002.

Les objectifs pour 2004 visent l'installation d'un dispositif de surveillance ISO dans tous les services de chirurgie de l'AP-HP. Ce dispositif, réclamé par les usagers et rendu prochainement obligatoire par les autorités sanitaires, nécessitera l'élaboration d'un outil informatique pour réunir les données médicales requises, actuellement dispersées sur plusieurs support, afin de calculer les taux d'incidence et assurer la traçabilité des procédures de prévention.

6- Les équipes opérationnelles d'hygiène.

Fixés par la réglementation, les effectifs de ces équipes comportent un médecin à temps plein pour huit cent lits et un infirmier pour quatre cents lits. La mise à niveau des équipes s'est poursuivie en 2002. Les effectifs sont globalement convenables pour les hôpitaux de court séjour même si certains ajustements sont nécessaires, alors que sur seize hôpitaux de long séjour, seuls six atteignent le quota réglementaire en médecins et onze en infirmiers.

Les objectifs sont l'achèvement de la mise à niveau des équipes opérationnelles d'hygiène en particulier dans les hôpitaux de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée, en mutualisant les moyens dans le cadre des GHU. D'autre part, il convient de poursuivre les actions de formation des équipes autour des thèmes prioritaires.

7- La prévention des infections respiratoires contagieuses chez les patients de gériatrie de long séjour.

Il s'agit de faire bénéficier ces patients de vaccinations contre la grippe et contre les infections à pneumocoque. Une première enquête succincte a permis d'estimer la couverture vaccinale à 79 % pour le premier vaccin et seulement à 12 % pour le second.

Les objectifs tendent à améliorer la couverture vaccinale afin de protéger les patients contre ces infections, ce qui devrait contribuer à diminuer la consommation d'antibiotiques.

Après avoir remercié vivement l'orateur pour sa prestation très explicite, le **président** ouvre la discussion.

Il indique tout d'abord qu'il a été scandalisé par une émission de télévision très récente qui se proposait de traiter le sujet des infections nosocomiales avec des participants qui, pour la plupart, manquaient d'objectivité et de connaissance. Le seul expert présent à l'émission n'a pu poursuivre son intervention après avoir indiqué que les hôpitaux luttent contre les infections nosocomiales et obtiennent des résultats.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souhaite que le CLIN organise une campagne de vaccination du personnel soignant contre la grippe qui permettrait d'induire une diminution des infections chez les patients, notamment en gériatrie. Par ailleurs, elle interroge l'intervenant sur l'opportunité d'une vaccination antipneumococcique généralisée des patients des services de gériatrie et non plus des seuls sujets à risque.

M. JARLIER estime aussi qu'une campagne prônant la vaccination du personnel soignant de l'AP-HP est nécessaire et serait facilitée par l'organisation des vaccinations au sein même des services. Une campagne menée sur deux mois à la Pitié-Salpêtrière a permis d'atteindre 100 % des personnels de certains services. L'accent a été mis, explique-t-il, cette année, sur la vaccination antigrippale des personnes âgées à l'hôpital pour la rendre systématique. Son coût est pris en charge par la sécurité sociale. Il est cependant nécessaire de commander les vaccins dès le mois d'août et de récolter auprès des familles les bons de vaccination gratuite adressés au domicile des patients. Concernant la vaccination antipneumococcique, la démarche la plus simple lui paraît être de vacciner la totalité des patients de long séjour.

M. MADELENAT insiste sur trois points.

Tout d'abord, il considère qu'un effort plus important sur l'équipement informatique de l'institution devra être réalisé pour signaler lors de leur admission les porteurs de bactéries multirésistantes (BMR), établir une base des porteurs de SARM ou concevoir des interfaces avec les services de bactériologie pour améliorer l'efficacité de la surveillance.

Ensuite, il constate que beaucoup d'efforts sont consacrés à la lutte contre certaines infections telle la légionellose qui ne représente que 18 cas pour l'AP-HP alors que par exemple 15 000 infections nosocomiales sont enregistrées chaque année à l'hôpital Bichat. Une information bien conduite devrait permettre d'améliorer la compréhension des usagers sur les infections nosocomiales et leur signifier l'importance de ce problème qui ne se limite pas à quelques sujets plus médiatiques que les autres.

Enfin, il considère que la formation des étudiants et des personnels soignants devrait être renforcée sur ce point car il existe indiscutablement un volant universitaire à ce type de pathologie.

Après avoir précisé qu'il fallait continuer à lutter contre la légionellose malgré un coût important par cas évité, **M. JARLIER** apporte quelques explications sur les causes d'un traitement différent selon la nature des infections nosocomiales. Le public et les associations de malades sont particulièrement exigeants pour les infections qui évoquent "un empoisonnement" liés à l'air, l'eau les aliments qui sont alors considérés comme étant de mauvaise qualité. Ces sujets sont donc particulièrement sensibles et font l'objet de nombreux textes officiels alors que les autorités sanitaires considèrent qu'elles ne peuvent surveiller chaque cathéter et chaque acte chirurgical.

M. FAGON demande s'il existe des informations sur les tours aérorefrigérantes situées à proximité des hôpitaux de l'AP-HP.

M. JARLIER constate qu'il ne dispose d'aucune visibilité sur le sujet et déplore la variation des exigences des autorités sanitaires selon que ces tours sont implantées dans un hôpital ou autour de l'hôpital.

M. GUILLEVIN émet le vœu que le CLIN examine la couverture vaccinale des médecins, notamment en ce qui concerne l'hépatite B.

Mme DEGOS révèle que selon la médecine du travail de l'AP-HP, 50 % des médecins ne sont pas vaccinés contre l'hépatite B alors qu'une récente conférence de consensus internationale a contredit les rumeurs d'effets secondaires de cette vaccination.

M. FAGON souhaite savoir si l'AP-HP dispose d'indicateurs montrant l'effet direct de l'augmentation de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques sur les taux d'infections.

M. JARLIER ne détient pas d'information précise sur les effets directs. Cependant, il relève que dans certains hôpitaux, depuis cette utilisation, on observe une meilleure maîtrise des bactéries multirésistantes, en particulier des staphylocoques dorés résistants à la pénicilline, avec une diminution nette de leur fréquence.

M. FAGON souligne que la communication relative aux infections nosocomiales est inaudible pour le public. Il est inacceptable pour un patient d'être victime d'une telle infection dans un hôpital. Les actions en justice semblent se multiplier. Il faudrait réfléchir avec le CLIN à une communication adaptée sur les infections nosocomiales.

Pour **M. JARLIER**, le discours s'avère inaudible car il reste technique et médical. La communication qui doit être lancée vers le grand public doit s'inspirer de celle menée par la prévention des accidents de la route. Il faut mentionner les risques, les modes de transmission, les actions à mener, en impliquant les usagers.

M. SCHLEMMER regrette que l'application de la circulaire DGS-DHOS du 2 mai 2002 sur le bon usage des antibiotiques à l'hôpital, soit aussi timidement assurée à l'AP-HP. Cette situation a pour cause vraisemblablement les moyens en personnels préconisés pour constituer l'équipe opérationnelle en infectiologie de chaque hôpital, prévue par la circulaire. Cependant il souhaite une action concertée de la commission des antibiotiques, de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), du CLIN central pour relancer le processus car, selon de nombreuses études, 40 à 50 % des prescriptions d'antibiotiques à l'hôpital seraient inappropriées, à des degrés divers, ce qui contribue à l'évolution des résistances bactériennes aux antibiotiques.

M. JARLIER acquiesce à cette proposition.

M. DESMONTS considère qu'à côté de l'enseignement délivré par les universités aux étudiants sur les infections nosocomiales, l'enseignement par le compagnonnage au sein des services est plus efficace.

Puis, il évoque la question de l'importance des dossiers médico-légaux pris en charge par l'AP-HP sur laquelle **M. JARLIER** ne dispose pas d'information précise.

Le **vice-président** intervient sur la désinfection des fibroscopes. Une réglementation contraignante a fait passer la durée de vie des appareils de six ans à six mois. Cependant, il n'existe pas de consensus entre les hôpitaux qui continuent à appliquer des pratiques diverses. Le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) n'a d'ailleurs pu rendre de conclusion définitive sur ce point.

M. JARLIER annonce qu'un texte technique relatif aux méthodes de décontamination des fibroscopes élaboré par la direction générale de la santé, sera diffusé prochainement.

Mme ABADIE relate que dans son service, lors de l'arrivée des externes, une infirmière réalise un cours consacré à l'hygiène. Par ailleurs, elle pense qu'un personnel important en nombre et en qualité réduit les taux d'infections nosocomiales et demande ce qui se passe à cet égard au Danemark qui a un taux d'infections nosocomiales faible.

M. JARLIER précise que l'incidence des infections nosocomiales n'est pas moins importante dans les pays scandinaves. En revanche, les infections nosocomiales enregistrées dans ces pays sont essentiellement causées par des bactéries sensibles aux antibiotiques, contrairement à ce qui se passe en France. Par ailleurs, il est démontré que le ratio personnel/malade a des conséquences positives sur l'incidence de certaines infections, par exemple en ce qui concerne les infections sur cathéter. La diffusion d'épidémies relève du comportement individuel, lequel peut être influencé par la concentration de personnels au chevet du malade.

M. LEVERGE signale que l'informatisation des prescriptions de médicaments permet de diminuer de 10 % la consommation d'antibiotiques, car elle favorise l'encadrement de la prescription des plus jeunes médecins.

III - Modalités d'accès à l'information scientifique.

M. SEGOUIN, responsable du service de la formation continue des médecins, présente tout d'abord le **cadre général** de l'accès à l'information scientifique.

Il s'agit d'un domaine complexe

Lorsque l'AP-HP souhaite avoir un abonnement électronique de groupe, l'éditeur estime qu'il accroîtra le lectorat et demande en conséquence une rémunération supplémentaire tout en exigeant que le niveau des abonnements papier soit maintenu ou même augmenté. Les co-contractants qui acceptent ce type de contrat sont conduits à terme à se désabonner auprès d'autres éditeurs.

C'est un domaine qui nécessite des moyens

Le budget affecté aux abonnements s'élève en 2003 à 200 000 euros prélevés sur le budget du service de la formation continue des médecins, conformément à l'arbitrage de la CME. La gestion de ces abonnements nécessite aussi le recrutement d'une nouvelle personne sur un poste dégagé par redéploiement. Elle suppose enfin une étroite collaboration avec la délégation à la formation, la direction des affaires juridiques, la direction des systèmes d'information.

Puis, M. SEGOUIN procède à une démonstration des différents **modes d'accès électroniques** aux revues médicales.

L'accès par le portail Intranet de l'AP-HP nécessite de cliquer sur le lien "sites Internet de l'AP-HP". La page d'accueil contient une rubrique "accès AP-HP aux revues médico-scientifiques en ligne" et des rubriques "revues médicales et paramédicales gratuites" et "accès AP-HP à la base de données DRUGDEX".

La page d'accueil de "l'accès AP-HP aux revues médico-scientifiques" ouverte, il est possible de taper soit le nom de la revue (ou une partie du nom), de choisir un thème ou de cliquer sur une lettre.

Un autre mode d'accès consiste à interroger PubMed depuis l'URL.

Enfin, il sera possible d'accéder dès le début 2004 à une revue depuis son domicile grâce à un *login* et à un mot de passe gérés et délivrés en local par les hôpitaux.

Actuellement 330 revues sont accessibles. Les éditeurs disponibles sont Lippincott, BMJ, JAMA, Springer et Masson. Des négociations sont en cours avec Elsevier, New England Journal of Medicine, Lancet et Blackwell.

La liste des revues auxquelles l'AP-HP est abonnée figure dans le document remis aux membres de la CME et également sur le site Internet de l'AP-HP.

Enfin, M. SEGOUIN souligne que certains **arbitrages** doivent être faits.

En effet, le financement de l'accès électronique est pris en charge par le service de formation continue des médecins, alors que les conséquences financières des désabonnements papier ont lieu au niveau des hôpitaux. Il est donc nécessaire d'instituer des règles financières de régulation et des règles de gestion relatives aux *logins* et *passwords*.

Le **président** salue le travail réalisé et souligne deux progrès importants : l'accès au texte complet pour la grande majorité des revues et l'accès à ces revues depuis le domicile. Il souligne qu'il a co-signé avec la directrice générale une lettre destinée aux chefs de service afin d'éviter les redondances dans les abonnements papier car les négociations qui ont lieu avec les éditeurs se fondent sur le nombre d'abonnements papier en cours.

M. FAGON remercie à son tour **M. SEGOUIN** et son équipe du travail accompli et indique que les présidents de CCM sont prêts à l'aider auprès des éditeurs. A ce titre, il estime souhaitable que les sites conservent, même dans le contexte actuel d'économies, une ligne budgétaire d'abonnements peu ou pas réduite.

M. BAGLIN est heureux de constater qu'un travail exploratoire est mené avec les universités parisiennes pour créer des liens entre le réseau de documentation de l'université et celui de l'AP-HP.

Par ailleurs, il remarque que le chiffre d'affaires que les éditeurs cherchent à maintenir peut correspondre à trois catégories d'abonnements : les abonnements institutionnels de l'AP-HP, les abonnements individuels des médecins, les abonnements potentiels. Quel cercle privilégie les éditeurs, s'interroge-t-il ? Il faudrait, en effet, éviter que les hospitalo-universitaires payent à deux reprises ce dispositif.

M. SEGOUIN confirme que la politique menée ne se limite pas à l'achat d'abonnements électroniques. Des partenariats sont recherchés avec les centres de documentation des universités. Mais, la tâche est plus compliquée qu'en province car il existe en Ile de France onze unités de formation et de recherche de médecine au sein de six universités menant des politiques différentes.

Puis, il rappelle que c'est bien parce que les éditeurs sont conscients d'une diminution possible des abonnements papier y compris les abonnements individuels, concomitamment au recours aux abonnements électroniques, que la négociation avec eux est difficile.

Enfin, il est bien nécessaire de mettre en place des règles de jeu qui sans aboutir à une centralisation des abonnements papier, permettent de coordonner ces derniers avec les abonnements électroniques. En effet, l'arrêt d'un abonnement papier doit abonder l'enveloppe commune destinée à financer l'abonnement électronique.

Mme BRESSAND signale que lors d'une récente réunion de la commission des services de soins infirmiers, la suppression dans beaucoup d'hôpitaux des abonnements aux revues paramédicales sur support papier a été évoquée. Il est donc nécessaire de faire connaître aux personnels des hôpitaux les modalités de négociations actuelles et les revues électroniques disponibles sur Intranet.

M. SEGOUIN précise qu'une démarche d'information et de formation des personnels sera menée pour accompagner les transformations en cours. De même, une évaluation de la consommation sera réalisée pour ajuster l'offre d'accès aux revues électroniques.

M. GOËAU-BRISSONNIERE fait remarquer qu'"Annals of Vascular Surgery", qui est une des deux principales revues de chirurgie vasculaire et dont il est co-éditeur, n'apparaît pas dans la liste de l'éditeur Springer. Il demande comment cette situation pourrait être corrigée.

M. SEGOUIN répond que cette revue ne figurait pas dans les abonnements en cours avec Springer, mais qu'il sera possible de l'ajouter à la liste actuelle.

M. BERNAUDIN s'interroge quant à lui sur l'opportunité d'une structure unique de documentation médicale regroupant la BIUM et l'AP-HP, à l'image de ce qui a été réalisé à l'hôpital Robert Debré.

Pour **M. SEGOUIN**, la priorité est de faire travailler en commun tous les centres de documentation, de partager leurs informations et de les rendre disponibles sur Internet.

M. NORDLINGER souhaiterait qu'un abonnement au "Journal of Citations Report" qui est coûteux, mais qui permet d'obtenir les facteurs d'impact des revues scientifiques utilisables dans le cadre d'évaluations scientifiques, soit aussi accessible par Internet, quitte à être partagé par tous les hôpitaux.

IV - Plan de régulation relatif aux molécules et dispositifs médicaux coûteux.

M. NAVARRO commence sa présentation en évoquant *l'historique du plan de régulation centré sur la juste prescription.*

Le point de départ correspond à la mise en place, au début des années 1990, d'un dispositif relatif à la régulation des immunoglobulines intraveineuses. Il consiste à établir :

- un référentiel par un comité d'experts présidé par le Pr. GUILLEVIN. Les indications sont classées en trois groupes : reconnues, à évaluer ou en cours d'évaluation, non reconnues,
- un recueil de données par les pharmaciens des hôpitaux ; assorti d'un rapport décrivant la consommation globale.

Il en est résulté une stabilisation de la consommation d'immunoglobulines au sein de l'AP-HP alors que celle-ci continuait à croître dans les autres hôpitaux français. L'économie réalisée a été évaluée à plusieurs dizaines de millions d'euros chaque année.

A partir de cette expérience, la directrice générale a souhaité la généralisation de ce type de dispositif pour permettre de :

- vérifier que les consommations de médicaments et des dispositifs médicaux les plus coûteux sont en adaptation avec les règles de bonne pratique,
- parvenir à une meilleure régulation des dépenses au profit du développement du progrès médical,
- répondre aux exigences des autorités de tutelle.

Un groupe de pilotage a été constitué comprenant des membres du CEDIT (M. NAVARRO et Mme FERY-LEMONNIER, Mme SIMON) de la COMEDIMS-AGEPS (MM. BEGMANN, LEVERGE, DOREAU, Mme WELTY), de la direction économique et financière (Mme MANACH), de la CME (M. SCHLEMMER), et du service de l'information et de l'évaluation médicales (M. LEPAGE).

Le groupe de pilotage s'est fixé pour objectifs de classer les indications correspondant à ces molécules et dispositifs coûteux en trois groupes (reconnues, en évaluation, non reconnues), d'établir des règles de prescription avec les collégiales et les spécialités, et d'élaborer des fiches explicatives.

Des sous-groupes de travail ont été formés par produit de chaque spécialité médicale (cf. document remis aux membres de la CME).

A titre d'exemple, l'orateur présente la fiche consacrée au Mabthera. Il précise que parmi les indications reconnues, certaines ne détiennent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Concernant les dispositifs médicaux, un groupe de travail associant des représentants du CEDIT et de la COMEDIMS a examiné les implants cardio-vasculaires, les implants cochléaires et les implants du tronc cérébral. Par ailleurs, le CEDIT a étudié des dispositifs dans des domaines divers : instrumentation en robotique chirurgicale, anneaux de gastroplasties, système d'épuration MARS.

M. NAVARRO souligne que le travail sur les endoprothèses pharmaco-actives accompli par la COMEDIMS, le CEDIT, la collégiale de cardiologie, le groupe de pilotage des molécules et dispositifs médicaux coûteux a abouti à un regroupement de différents registres (registre des cardiologues, registre de la région, ...) et, après concertation avec l'agence générale des équipements des produits de santé, a permis une régulation du nombre d'appareils à utiliser sur six mois.

Puis, l'intervenant énonce les conditions de recensement des données. En effet, les conseils de bonne pratique édictés doivent aboutir à un effet mesurable.

Dans ce cadre, il faut tenir compte de la tarification à l'activité qui prône la régulation des dispositifs et médicaments coûteux. En effet le taux de leur remboursement dépendra de l'engagement des établissements dans un processus de bonne utilisation (traçabilité, informatisation, dispensation nominative, ...).

La logique vise donc à l'établissement d'une ordonnance nominative, comprenant le numéro d'identification du patient afin de pouvoir croiser les prescriptions et les informations fournies par le programme médicalisé du système d'information (PMSI). Ceci implique que le médecin prescripteur puisse saisir directement sa prescription en utilisant l'informatique, et en attendant qu'on établisse des modèles d'ordonnances avec les informations correspondantes.

Pour 2004, les critères de mise en oeuvre de la T2A retenus par la mission ad hoc du ministère sont :

- le suivi des procédures de régulation,
- la prescription nominative informatisée,
- l'existence de recommandations de bonne pratique.

En 2005 s'ajouteraient :

- les contrôles de pertinence,
- des audits spécifiques déclenchés par la DHOS.

Les problèmes qui apparaissent sont de deux ordres :

- tout d'abord le groupe de pilotage, s'appuyant sur des recommandations scientifiques a retenu comme reconnues des prescriptions pour des indications ne disposant pas d'AMM. Il faut donc, avec les autres CHU, obtenir du ministère une modification du rôle de l'AMM dans les remboursements ;
- une seconde inquiétude vient du remboursement des seuls dispositifs médicaux onéreux, mais pas de l'ensemble du coût de la prise en charge. En effet, par exemple le coût d'un implant cochléaire s'élève environ à 23 000 euros, et la prise en charge qui lui est associée peut être évaluée à 12 000 euros.

Pour conclure, M. NAVARRO, indique que les étapes à venir du plan de régulation concernent :

- le choix du support informatique,
- le plan de communication interne,
- l'extension de cette démarche, à la demande de la direction générale, à d'autres domaines, comme la prescription des examens d'imagerie ou de biologie.

La discussion ayant été ouverte, la **directrice générale** tient à remercier M. NAVARRO ainsi que l'ensemble du groupe de pilotage et des groupes de réflexion du travail réalisé. Elle insiste sur l'importance de la démarche engagée notamment dans le cadre de la mise en place de la T2A. Ce travail est l'exemple même d'une approche médico-économique qui permettra de dépenser mieux et ainsi d'éviter d'aboutir à des logiques de rationnement.

M. LACAU ST GUILY, après avoir fait remarquer que les bonnes pratiques qui seront édictées ne porteront que sur 5 % à 10 % des pratiques hospitalières, livre à son tour deux sources d'inquiétudes dont l'une d'entre elles a été évoquée par M. NAVARRO.

Il s'agit tout d'abord des indications hors AMM. Il pense qu'elles resteront en l'état, eu égard à la lourdeur de la procédure d'AMM ou à la faiblesse du nombre de patients atteints par la maladie en cause.

Sa seconde inquiétude concerne les médicaments anti-cancéreux. Les nouveaux médicaments coûteux se développent rapidement. Or, les oncologues considèrent qu'un rationnement portant sur les situations palliatives reviendrait à rationner le curatif.

Il propose que les disciplines établissent des recommandations de bonne pratique en définissant ce qui relève d'une part d'une évaluation préalable d'une stratégie thérapeutique ou d'un médicament, d'autre part de prescriptions libres, et enfin de prescriptions encadrées lorsque, notamment, le bénéfice réel de l'indication reste à démontrer.

Sur ce point, **M. BERNAUDIN** suggère que les groupes d'évaluation intègrent non seulement des prescripteurs mais aussi des méthodologistes pour avoir un point de vue plus objectif.

M. LE HEUZEY intervient sur les dispositifs médicaux. Tout d'abord, il rappelle que certains dispositifs sont d'un coût élevé (79 000 euros pour un cœur artificiel, 22 000 euros pour un défibrillateur avec les sondes), mais que le coût du traitement en terme de vie sauvée reste inférieur à celui d'un autre traitement à vie comme un traitement anti-cholestérol. L'AP-HP, comme les autres administrations hospitalières, doit donc supporter le coût d'une technique qui représente un intérêt pour la société. Cette situation constitue un frein au développement de ces techniques.

En second lieu, il indique qu'en l'absence d'AMM, les dispositifs médicaux font l'objet d'un marquage CE qui porte uniquement sur les spécificités techniques du dispositif et non sur l'évaluation du rapport entre le bénéfice et le risque. Ce sont donc les hôpitaux qui doivent réaliser cette évaluation.

Le **président** estime que ces éléments renforcent la nécessité d'une réflexion commune avec l'ensemble des centres hospitalo-universitaires.

M. GOËAU-BRISSONNIERE, après avoir félicité M. NAVARRO pour la qualité de son exposé, revient sur l'exemple d'un dispositif médical coûteux : l'endo-prothèse aortique. Ce dispositif a été implanté en grande quantité alors qu'il avait été mal évalué par les fabricants. Il en résulte de nombreux incidents depuis quatre ans, qui se répètent et nécessitent de nouvelles interventions et procédures de soins. Ce dispositif coûte entre 7 000 et 10 000 euros et près de 20 000 euros si l'on prend en compte la totalité de la prise en charge. Il justifie donc une étude médico-économique et nécessite un rappel aux praticiens et médecins hospitaliers des recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui sont désormais très voisines de celles préconisées aux Etats-Unis.

M. GUILLEVIN soutient la démarche entreprise. Il rappelle que les indications établies pour les immunoglobulines sont aujourd'hui suivies dans la France entière. Il est donc important que les documents qui seront produits sur les autres molécules ou dispositifs médicaux soient validés, notamment en ce qui concerne les indications reconnues (groupe 1) ne disposant pas d'une AMM.

Par ailleurs, il souligne que les indications du groupe 2 incluent les indications en cours de validation et aussi celles qui doivent être validées par des protocoles décidant d'un classement en groupe 1 ou en groupe 3.

En troisième lieu, il lui paraît nécessaire de faire remonter l'information à travers par exemple, une réunion annuelle menée avec les pharmaciens pour décrire la situation de chaque hôpital. Pour les immunoglobulines, une lettre a été adressée à chaque prescripteur au sujet des indications hors recommandation. Les réponses apportées ont permis soit de reclasser certaines indications, soit de remettre en cause certaines tendances de prescription.

En quatrième lieu, il recommande le recours à des groupes d'experts polyvalents afin de prévoir les extensions d'indications.

Enfin, il prône une aide des pharmaciens dans le recueil des données informatiques, notamment sous la forme de matériels.

M. PIETTE s'associe aux félicitations adressées à **M. NAVARRO**. Puis, il livre son inquiétude face à un risque discriminatoire que pourraient faire encourir les bonnes pratiques aux prescriptions de médicaments ou de dispositifs médicaux peu évalués pour les personnes âgées, en cherchant à les réduire. Dans les pays anglo-saxons, des limites d'âges sont déjà apparues dans l'utilisation de certains dispositifs. Cet état d'esprit risquerait de limiter l'accès au progrès médical de la population vieillissante et empêcherait le développement de spécialité naissante comme l'onco-hématologie gériatrique.

M. LEPAGE apporte des précisions concernant la tarification à l'activité.

Tout d'abord, les médicaments et les dispositifs médicaux implantables (DMI) feront l'objet d'un remboursement à 100 % lorsqu'ils correspondront à des règles de bonne pratique. Dans le cas contraire, le remboursement sera limité à 70 %. Mme **AOUSTIN** a indiqué récemment que ces règles de bonne pratique devraient faire l'objet de contrats conclus entre l'ARH et les établissements au plus tard en juin 2004. La prescription nominative ne devrait donc intervenir qu'en 2005. Il convient d'ailleurs de distinguer la prescription nominative de la prescription nominative informatisée dont la mission T2A ne fait pas état. En effet, cette dernière ne pourra être effective en 2005 eu égard aux difficultés de mise en place des outils de prescription informatisés dans les services.

En second lieu, une indication ne relevant pas d'une AMM n'engendrera pas de remboursement spécifique mais relèvera de l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Un grand nombre de CHU s'inquiète de cette disposition et suggère que l'ANAES décide d'autoriser certains dépassements d'AMM en les intégrant dans les bonnes pratiques.

Ce mode de financement concerne les médicaments et est également valable pour les DMI.

Le **vice-président** trouve l'idée du recours à l'ANAES intéressante mais souligne combien les procédures de l'organisme sont longues, compliquées et coûteuses.

M. SCHLEMMER juge nécessaire d'associer au concept de régulation médico-économique, un concept de promotion de la qualité des soins, depuis l'élaboration de référentiels jusqu'à la diffusion des résultats de la régulation.

Par ailleurs, il estime que le système doit aider les prescripteurs et les pharmaciens à assurer la gestion de l'ensemble du dispositif. Cependant la diffusion de référentiels ou la mise en place d'ordonnances nominatives ne doivent pas être reportées. Il faut donc examiner quelles seront les étapes d'une informatisation du système de régulation et imaginer un système transitoire de recueil d'informations sur papier ressaisies sur ordinateur.

Dans ce cadre, la tâche des pharmaciens pourrait être allégée grâce au recours à des prestataires chargés d'assurer la saisie des données à partir des ordonnances sur papier. Cette solution serait préférable à celle d'une adaptation à la hâte du système informatique aboutissant à un rejet des prescripteurs.

M. LEVERGE indique s'être concerté avec ses collègues de l'AP-HP et avec les pharmaciens chefs de CHU. Leur première préoccupation est de connaître la liste des 60 médicaments coûteux et des dispositifs médicaux qui feront l'objet d'un suivi quantitatif et budgétaire dès janvier 2004 par unité de soins, indépendamment de la prescription nominative.

Par ailleurs le délai d'un an pour préparer l'enregistrement informatique des données lui semble très court. En effet, cet enregistrement doit concerner des données quantitatives et financières et aussi des données qualitatives, permettant des comparaisons avec les standards scientifiques.

Concernant 6 produits suivis par Med-Innov, 6 846 dispensations ont été enregistrées. Avec 60 produits, on peut s'attendre à environ 70 000 dispensations. Leur enregistrement ne pourra se faire dans l'immédiat qu'avec les logiciels Med-Innov ou PHEDRA. Les cliniciens et les pharmaciens ne pourront le faire quotidiennement. La seule solution est le recours à un cabinet de saisie et ce, avec un encadrement strict et pour une période transitoire.

Dans le cadre du plan informatique 2007, l'enregistrement doit se faire à partir de la prescription informatisée généralisée. Les pharmaciens sont d'accord pour aider l'institution en mettant en place un dispositif transitoire jusqu'à la réalisation de l'objectif cible du plan informatique 2007. Sur ce point une décision devra être prise entre des listes de médicaments venant d'ordonnances nominatives (50 types) saisies par la suite dans les pharmacies ou une saisie effectuée dans les unités de soins.

Constatant une légère diminution du taux de saisie dans Med-Innov (98 % en 2002, 90 % au 1^{er} trimestre 2003), M. LEVERGE pense que cette situation révèle une perte de conviction. Il attend donc de la direction générale une décision qui relancerait le mécanisme.

M. NAVARRO apporte quelques réponses rapides aux derniers intervenants :

Tout d'abord, les oncologues, conscients de la surabondance de nouvelles molécules sont favorables à une régulation visant à limiter le nombre d'expérimentations.

En second lieu, la démarche par étapes préconisée par M. SCHLEMMER lui paraît devoir être suivie. Le groupe de pilotage a envisagé une phase intermédiaire caractérisée par des prescriptions sur papier suivant les recommandations établies pour le produit. La saisie des données reste à organiser. Il convient aussi de prévoir un audit du processus au cours de la phase intermédiaire.

Concernant le développement possible des indications, M. NAVARRO indique que la composition des groupes n'est pas figée et que les recommandations seront suivies chaque année afin de procéder si nécessaire à des reclassements.

Par ailleurs, il confirme que la démarche proposée n'a pas pour objectif d'exclure les personnes âgées des expérimentations.

Il est d'accord avec M. SCHLEMMER pour axer la communication sur la recherche d'une amélioration de la qualité des soins, ce qui correspond à la réalité de la démarche engagée.

Enfin, il pense que les AMM peuvent évoluer et que, pour aller dans ce sens, toutes les aides potentielles seront recherchées qu'il s'agisse de l'ANAES, des présidents de CME de CHU, des sociétés savantes.

V - Avis sur les dossiers examinés par le groupe des structures.

Après avoir informé l'instance que le groupe des structures se réunira ce soir pour finaliser le travail engagé sur la délégation de compétences de la CME vers les comités consultatifs médicaux et sur la méthodologie d'élaboration des fiches de missions et structure, **M. MADELENAT** en présente trois adoptées sans débat majeur par le groupe.

Hôtel Dieu :

- *Création d'une FAMA de réanimation chirurgicale, analgésie, anesthésiologie et d'urgences (FRAAU).*

La fiche vise le rapprochement du service des urgences et celui d'anesthésie réanimation afin d'évaluer certaines recommandations de la spécialité notamment l'analgésie post-opératoire.

Cochin – St Vincent de Paul :

- *Modification du service de parasitologie en service de parasitologie-mycologie au non renouvellement de chefferie de service du Dr TOURTE-SCHAEFER le 30 avril 2004.*

Une antenne de ce service située à l'hôpital Tarnier devra sans doute être transformée en unité fonctionnelle à l'instar des soixante antennes recensées à l'AP-HP.

Charles Richet :

- *Révision du service de gériatrie 1 suite à la mutation du Dr DESPOISSE à l'hôpital Paul Brousse.*

Le rapporteur signale une forte chute d'activité de ce service entre 2001 et 2002. A partir de ce constat, il juge nécessaire dans l'avenir, d'évaluer précisément l'activité des services de gériatrie sollicitant des moyens complémentaires.

La CME approuve les fiches de missions et structure par 33 voix pour.

VI - Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2004.

En préambule, le **président** précise que la révision des effectifs de praticiens hospitaliers représente un travail important et délicat, car le nombre de demandes est très supérieur à celui des postes disponibles : la première étape du travail consiste à analyser les postes vacants afin de déterminer ceux qui entreront dans l'enveloppe des postes à attribuer par redéploiement. Cette liste complète celle très réduite des postes de PH libérés par la nomination de leurs occupants comme PU-PH. La deuxième étape correspond à la discussion, discipline par discipline, sur l'attribution des postes, en cherchant à préserver un équilibre entre les hôpitaux lors de la répartition des nouveaux postes.

M. ANTONINI explique à son tour que la révision des effectifs de PH s'appuie sur trois types de ressources :

- les redéploiements réalisés lors de la précédente réunion de la CME (29,5 ETP),
- les transformations de postes de PAC en postes de PH (17 ETP) ; il s'agit de transformations correspondant à des redéploiements internes, nonobstant une éventuelle enveloppe nationale qui pourrait être allouée en cours d'année 2004 et qui ferait donc l'objet d'un additif à la présente révision des effectifs,
- les rendus budgétaires résultant notamment de l'utilisation de crédits ARTT (65 ETP).

A l'issue des discussions préparatoires, une liste principale a été établie par l'intergroupe GPM / GS et est soumise au vote de la CME. Des propositions complémentaires sont également prévues dans l'hypothèse d'un éventuel financement par le ministère de transformations de postes de PAC en postes de PH.

La liste proposée donne lieu aux observations ci-après.

M. AIGRAIN considère qu'un poste prévu à Armand Trousseau et un poste prévu à Necker Enfants Malades au titre des urgences pédiatriques ne devraient pas apparaître au bénéfice de la discipline pédiatrie.

M. ANTONINI explique que les postes de PH sont désignés par la discipline de concours des praticiens appelés à pourvoir les postes. Il sera toutefois précisé que cet emploi est créé au titre des urgences.

M. AIGRAIN rappelle que les deux postes de chirurgie figurant sur la liste complémentaire pour le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Robert Debré et pour le service de chirurgie générale et digestive de l'hôpital Beaujon, avaient fait l'objet d'un classement favorable par la collégiale de chirurgie et l'interclassement des spécialités chirurgicales. En effet, ces deux postes correspondent à une nécessité de santé publique. Il aurait souhaité que ce classement soit retenu et que les deux postes précités ainsi que celui affecté au service des brûlés de Trousseau soient intégrés dans la liste principale.

Le **président** insiste quant à lui sur le poste consacré aux grands brûlés de l'hôpital Trousseau en raison des tensions s'exerçant sur la discipline dans Paris.

M. GOUTALLIER précise que la création d'un poste de PH dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de Cochin – St Vincent de Paul (Pr. SERINGE) par transformation d'un poste de PAC, devrait être attribué à un orthopédiste qui pratique uniquement la chirurgie infantile. Il lui semblerait donc logique qu'une fois le médecin nommé, la situation soit régularisée afin de libérer un poste en chirurgie orthopédique adulte.

M. GOËAU-BRISSONNIERE évoque la création d'un poste à mi-temps de praticien hospitalier en hématologie clinique souhaité fortement par l'hôpital Ambroise Paré. Ce poste à mi-temps doit être financé par des rendus budgétaires que l'hôpital avait d'abord dégagés mais qu'il n'a pu maintenir en raison du Plan Equilibre et de nominations récentes. Il demande un délai supplémentaire pour tenter de trouver une solution à ce problème.

M. DESMONTS intervient à son tour pour souligner l'intérêt de ce poste en hématologie. En effet, il n'existe pas de service d'hématologie clinique dans la région comprise entre l'hôpital Necker et l'hôpital de Versailles. Ce renfort permettra de distinguer les malades qui peuvent être traités dans l'établissement versaillais et ceux qui doivent être transférés dans un service spécialisé. Or celui de M. VARET à Necker est en suractivité et il est difficile d'y transférer des malades.

M. ANTONINI indique que la proposition de l'hôpital Ambroise Paré pourra être reconsidérée si le gage est dégagé avant la réunion du conseil d'administration de janvier (reportée au 13 février 2004).

M. PIETTE souhaitant savoir si le poste figurant dans le cadre des rendus budgétaires, en médecine interne et gériatrique à Rothschild fait partie de son service à Rothschild ou s'il est affecté à la réalisation du projet d'équipe mobile gériatrique mené par Saint-Antoine et rattaché au service de Rothschild, **M. ANTONINI** répond qu'il s'agit d'un poste relevant du service d'accueil des urgences de Saint-Antoine.

M. CORIAT constate que malgré la conjoncture économique, il a été possible de redistribuer 30 % à 40 % de postes supplémentaires, ce qui démontre que le Plan d'Equilibre n'a pas affecté la révision des effectifs.

M. ANTONINI confirme à **M. DUSSAULE** qu'un emploi à mi-temps en pharmacologie à l'hôpital Saint-Louis est dégagé par rendu budgétaire. Son oubli dans les documents présentés à la CME sera réparé dans les documents définitifs. Il indique également que le demi-poste en radiologie à l'hôpital Lariboisière (poste PAC) sera également réintégré dans le tableau définitif, de même que quelques postes évoqués par les membres de cette assemblée.

M. FAGON qui participe pour la première fois à un exercice de révision des effectifs retient que c'est une des rares opportunités de faire évoluer les projets médicaux des hôpitaux. C'est pourquoi, il considère que le classement des CCM devrait avoir un impact plus important que celui des collégiales.

Pour **M. GUILLEVIN**, président du groupe du personnel médical de la CME, cet exercice compliqué a conduit à des résultats équilibrés et il a tenu le plus grand compte de l'avis des CCM.

M. TULLIEZ est beaucoup moins satisfait que **M. CORIAT** par le résultat de la révision des effectifs de PH. En effet, seul le poste classé premier par les biologistes hospitaliers universitaires a pu être accepté.

Il met en garde la CME sur les difficultés croissantes des services de biologie pour maintenir leur encadrement médical : la faible attractivité de la carrière de MCU et les exigences de certaines sous sections du conseil national des universités découragent les rares internes de biologie et la quasi impossibilité d'obtenir maintenant des postes de PH pour la biologie va les amener à abandonner tout espoir de carrière hospitalière et à se tourner vers la biologie libérale, laissant vacants les postes d'AHU.

Il demande que sur la liste complémentaire apparaissent en priorité les trois postes reconnus nécessaires à court terme par la réunion des biologistes de la CME et du syndicat : bactériologie virologie de Bicêtre, hématologie de Beaujon, hématologie de Robert Debré (en réduisant si nécessaire les deux postes d'hématologie à des postes à temps partiel).

M. MADELENAT rappelle que les gynécologues obstétriciens ne souhaitent pas que le poste créé au sein de l'HEGP figure au titre de la gynécologie obstétrique, la postulante pressentie pour l'occuper relevant de la gynécologie médicale voire de la médecine interne.

M. RICHARD souhaite que la procédure pour l'exercice 2005 intègre la réflexion relative aux GHU, afin de conforter les initiatives locales de restructurations.

Le **président** propose de consacrer très prochainement une partie d'une réunion de la CME sur ce point. La révision des effectifs doit prendre en compte le rôle des CCM, celui des GHU et celui de la CME et s'inscrire dans le cadre d'une réflexion stratégique.

Puis, il soumet aux voix des membres présents de la CME le projet de révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Ce dernier est approuvé avec 35 voix pour et 7 abstentions.

Le projet adopté figure en annexe du présent compte-rendu.

VII - Information sur le volet d'investissement du plan hôpital 2007.

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT précise que le plan hôpital 2007 apporte un complément de financement qui s'élève environ au tiers du montant annuel des investissements de l'AP-HP.

Cette aide permettra dès 2004 de financer des projets nouveaux ou de compléter le financement de projets programmés. Ces compléments sont ciblés sur les opérations de santé publique participant au plan hôpital 2007 (urgences, périnatalité, cancérologie). Ils ont permis de redéployer des crédits initialement prévus dans ces domaines vers d'autres projets. Le plan hôpital 2007 agit donc comme un accélérateur de l'investissement en augmentant la capacité de financement de l'AP-HP de 30 %.

Les opérations éligibles concernent les investissements immobiliers (équipements médicaux, équipements techniques, équipements hôteliers), les investissements mobiliers et les systèmes d'information. Elles portent sur les urgences, la périnatalité, la cancérologie, la reconfiguration de l'offre de soins, la mutualisation, le regroupement de services et le partage des ressources. Le plan incite en effet à des partenariats entre les secteurs privé et public.

Les travaux prévus doivent être engagés avant le 31 décembre de l'année en cours, ce qui implique d'inscrire dans ce plan des opérations connues.

Par ailleurs, la tutelle demandera des comptes en termes de retour sur investissement concernant certaines opérations.

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT invite ensuite les membres de l'instance à bien vouloir se référer au document qui leur a été remis et qui détaille les opérations inscrites.

La **directrice générale** souligne que le comité de direction de l'AP-HP souhaite donner une priorité à l'investissement en utilisant notamment les moyens du plan hôpital 2007 et en se donnant les moyens de dépenser plus rapidement les financements en investissement.

Comme l'a précisé Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT, les dotations du plan hôpital 2007 sont perdues si elles ne sont pas engagées dans l'année où elles sont accordées. L'accent a donc été mis en 2003 sur les opérations les plus rapides à lancer.

Par ailleurs, elle considère qu'il est important d'accorder une priorité aux investissements de productivité afin de réaliser des gains en termes de dépenses de fonctionnement et d'accompagner le Plan Equilibre. Mme VAN LERBERGHE annonce également que 20 % des sommes économisées au titre du Plan Equilibre pourraient être redonnées aux établissements en investissement pour réaliser des travaux consacrés à l'accueil et la prise en charge des patients, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail du personnel. Cette mesure sera effective dès le premier semestre 2004. Des règles du jeu précises seront adressées prochainement aux établissements.

VIII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI signale que pour la première fois, un praticien choisit l'encaissement de ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Le renouvellement, le nouveau contrat et les avenants aux contrats d'activité libérale reçoivent l'aval de l'instance par 15 voix pour, 2 voix contre et 15 abstentions.

IX - Approbation du compte-rendu de la séance du 14 octobre 2003.

Ce compte-rendu est approuvé sans observation par 29 membres votants ; 1 membre ne participe pas au vote.

X - Approbation du compte-rendu de la séance du 25 novembre 2003.

Il convient, à la demande de :

- M. LEVERGE, de lire page 15, deuxième paragraphe « Le président *approuve la position exprimée par M. LEVERGE. Il remercie...* » ;
- Mme BOILEAU, d'ajouter page 21, premier paragraphe « ... par les membres *votants* de la CME... » ;
- M. BERNAUDIN, de supprimer la dernière ligne de la page 23 ;
- M. LACAU ST GUILY, de substituer en fin de page 26 « ... *reporté, sachant que...* » à « *restitué* ».

Après l'intégration de ces remarques, le compte-rendu est adopté par 33 voix pour ; 1 membre ne participe pas au vote.

XI – Questions diverses.

1- Mobilisation des sages-femmes.

Mme GIBOUR annonce que les sages-femmes de maternité se sont récemment mobilisées à l'annonce de l'application effective à compter du 1^{er} janvier 2004 de la durée de travail de 12 heures et donc à la suppression des gardes de 24 heures en salle de naissance.

Revendiquant leur appartenance à l'équipe médicale, elles demandent l'application d'horaires de travail identiques à ceux des médecins exerçant dans un secteur accueillant des urgences.

Quatre vingt cinq pour cent des sages-femmes se sont exprimés en ce sens.

Les arguments avancés pour soutenir ce changement portent sur une meilleure prise en charge des patientes séjournant longuement dans la salle de naissance, et sur la qualité de vie des sages-femmes.

Or précisément, les conditions de travail, déjà difficiles, s'aggravaient par un rythme où les présences au travail seraient rapprochées et donc moins favorables pour la vie privée.

Mme GIBOUR décrit un contexte devenu plus contraignant en raison de la surcharge d'activité liée à la réduction de la capacité globale d'accueil en obstétrique (fermetures, travaux) et aux problèmes de personnels. La charge de travail dans les maternités de type 3 est devenue très lourde, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique et les effets s'en font nettement sentir par la moindre attractivité des services de gynécologie obstétrique pour bon nombre de sages-femmes.

Toutes ces raisons font que le recrutement est de plus en plus difficile, particulièrement pour les remplacements de congés annuels, les congés de maternité et la mesure relative aux 35 heures qui n'est actuellement pas réalisable dans les salles de naissance. De plus, des postes demeurent vacants. Il en résulte une accumulation d'heures supplémentaires, RTT... Le travail selon le rythme de 24 heures tous les quatre jours ne règle pas tout, mais constitue un argument de poids pour recruter et fidéliser. Il est tout à fait compatible avec la qualité de la prise en charge des patientes car il a déjà fait ses preuves.

Le groupe hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul auquel elle appartient a retenu un schéma fondé sur la base de la circulaire de la DHOS n° 2002-240 du 18 avril 2002 et qui permet le maintien des dispositions transitoires pour les gardes de 24 heures jusqu'au 31 décembre 2005. Or il semblerait que ce schéma soit remis en question.

Une délégation de sages-femmes doit rencontrer cet après-midi le directeur du personnel et des relations sociales. Si à l'issue de cet entretien, les gardes de 12 heures sont imposées, les sages-femmes appliqueront strictement les 35 heures hebdomadaires, ce qui inévitablement créera de grandes difficultés dans les services. Des départs sont également à craindre. Enfin, un préavis de grève déposé pour le 18 décembre, sera maintenu.

M. MADELENAT indique que l'ensemble des chefs de services d'obstétrique s'associe à la démarche des sages-femmes. Deux services appliquent la garde de 12 heures, mais il semble que cette expérience ne constitue pas une grande réussite. Alors que la démographie des sages-femmes est extrêmement préoccupante, et que la vacance des postes concerne des services de niveau 3 (il manque huit sages-femmes au sein de l'hôpital Robert Debré), il considère que l'on peut s'attendre, si la garde de 12 heures est mise en œuvre, à voir certaines sages-femmes émigrer vers d'autres établissements et les autres appliquer strictement les 35 heures et le temps de travail effectif. Cette situation compliquerait un peu plus la tâche dans une spécialité dont chacun connaît les risques médico-légaux.

Le **président** souhaite que l'intervention de Mme GIBOUR figure dans le compte-rendu de la CME. Il demande à cette dernière de tenir l'instance au courant du résultat de sa rencontre avec le DPRS.

2- Médicaments innovants.

A **M. DUSSAULE** qui demande si le ministère va consacrer une enveloppe au financement des médicaments innovants ou au moins pérenniser les enveloppes ouvertes les années passées, **M. HOUSSIN** indique qu'il ne dispose d'aucune information pour 2004 et que l'AP-HP vient juste de recevoir celles relatives à 2003.

3- La gouvernance à l'hôpital dans le cadre du plan hôpital 2007.

La presse évoque fréquemment ce thème. Aussi **M. RICHARD** souhaiterait que la CME puisse avoir une information sur ce sujet, afin de définir une position et de s'engager sur une réflexion organisationnelle pour permettre à la CME d'assurer son nouveau rôle dont il a le sentiment qu'il pourrait être en déclin.

Le **président** rappelle que plusieurs étapes jalonnent cette démarche.

Tout d'abord les commissions ad-hoc du ministère ont rencontré beaucoup de professionnels sur tout le territoire français.

Ensuite des groupes de travail tenus avec les représentants des syndicats, des directeurs d'hôpitaux et des praticiens hospitaliers ont examiné ce projet. Parallèlement, d'autres groupes de réflexion ont été organisés à l'initiative de la Fédération hospitalière de France et la conférence des présidents de CME de CHU s'est aussi penchée sur le dossier.

Pour l'instant, différentes propositions existent mais aucun dispositif n'est définitif.

M. de PROST propose que ce projet fasse l'objet d'une information lors de la séance de janvier 2004 de la CME.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 35.

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

Lundi 19 janvier 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 7 janvier 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.