

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 17 JANVIER 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 14 FEVRIER 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 17 janvier 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Point d'avancement sur les travaux du groupe de travail sur le cancer.
- 2- Information sur le suivi du personnel médical dans les services de santé au travail.
- 3- Information sur la préparation de l'AP-HP en cas de pandémie de grippe d'origine aviaire.
- 4- Information sur le projet de SROS 3 d'Ile-de-France.
- 5- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2006.
- 8- Avis sur le transfert partiel à compter du 1er mars 2006 à l'AP-HP des activités médico-psychologiques et de personnel de l'association de prévention de soins et d'insertion (APSI).
- 9- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2006.
- 10- Information sur les revues électroniques.
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 décembre 2005.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis sur les candidatures des internes à un stage inter-région pour le semestre de mai à novembre 2006.

Composition C

- Avis sur les candidatures à des postes de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la candidature aux fonctions de chef de service à temps partiel hors CHU.
- Validation de la période probatoire de 27 praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation de chefs de service à plein temps hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la candidature aux fonctions de praticiens responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier.

Composition B

- Avis sur les changements d'affectation interne de PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- Mme BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
- M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
- Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
- Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***en qualité d'invités permanents :***

- M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté,
- M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;

- ***les représentants de l'administration :***

- Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
- M. BOULANGER, secrétaire général,
- Mme PANNIER, directrice de cabinet,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
- M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
- Mme QUESADA, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
- M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
- Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
- Mme le Dr COURTAY de GAULLE, direction de la politique médicale,
- M. le Dr HROUDA, direction générale,
- Mme le Pr LEPORT, chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat,
- M. le Dr SEGOUIN, commission de la formation continue des médecins,
- M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
- Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en souhaitant à l'assemblée une bonne année 2006 avant d'excuser l'absence de Mme GIBOUR et de MM. CORIAT, GOUTALLIER, MADELENAT et PIETTE. Puis il engage l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Point d'avancement sur les travaux du groupe de travail sur le cancer.

Le **président** indique que le point annuel d'avancement des travaux du groupe réuni sur le cancer fait l'objet d'une présentation à trois voix, par le président du groupe M. LACAU ST GUILY, le vice-président M. BERNAUDIN et Mme COURTAY.

L'exposé, annonce **M. LACAU ST GUILY**, porte sur cinq avancées concrètes caractéristiques du plan cancer pour l'année 2005 à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris :

- les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- les centres de coordination en cancérologie (3C) ;
- les réseaux territoriaux de cancérologie (RTC), rendus obligatoires par une circulaire ;
- la participation de l'AP-HP au réseau régional de cancérologie ;
- la réorganisation de l'oncogénétique au sein de l'AP-HP

et sur le programme de travail à venir (cf. documents mis ligne sur le site Internet et remis sur table).

Les réunions de concertation pluridisciplinaire

La première version de l'annuaire des RCP de l'AP-HP, environ cent quarante recensées, a permis de structurer et de systématiser l'action des services ayant initié une démarche de concertation pluridisciplinaire. L'ensemble des praticiens intervenant dans le domaine du cancer au sein de l'AP-HP relève désormais d'une RCP.

Une seconde version de cet annuaire en cours de préparation précisera la notion de structure de recours pour chaque type de tumeurs. Un outil, disponible début 2006, permettra de gérer l'administration des RCP, de produire et de partager de manière sécurisée les comptes rendus dans le dossier des patients.

Cet outil informatique transitoire intervient **M. LEPAGE**, préparera la mise en place du système d'information clinique. L'objectif principal consistant à partager les données, l'application sera commune à l'ensemble de l'AP-HP.

Le service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Tenon et le service de chirurgie digestive du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière expérimenteront au mois de mars le dispositif élaboré avec la société Arès retenue par appel d'offres. L'application devrait être mise à la disposition de l'ensemble des sites au plus tard l'été prochain.

Par ailleurs, un travail en cours avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) vise à organiser un appel d'offres commun concernant un dossier régional, susceptible de remplacer à terme l'outil informatique transitoire évoqué. L'appel d'offres devrait être lancé au cours du premier trimestre 2006 et finalisé au début de l'année 2007.

Les centres de coordination en cancérologie

Au sein de chaque hôpital, poursuit **M. LACAU ST GUILY**, des médecins coordonnateurs ont été désignés afin de représenter la communauté de cancérologie.

Les centres de coordination en cancérologie, utiles aux patients et aux praticiens, mais non complètement opérationnels pour l'heure, ont pour mission prioritaire la coordination et la qualité des RCP de leur hôpital et le développement des liens avec les réseaux territoriaux de cancérologie.

Les réseaux territoriaux de cancérologie

Les réseaux territoriaux de cancérologie associent les établissements publics et privés d'un territoire de santé et des représentants des professionnels de santé libéraux. Leur mission consiste à assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la médecine de ville et à veiller à l'harmonisation des pratiques.

En 2007, tous les hôpitaux de l'AP-HP devront être signataires d'une convention constitutive d'un réseau territorial, sur la base d'une association relevant de la loi de 1901, élément conditionnant l'autorisation de l'activité de cancérologie. Un tel réseau permet de bénéficier de trois à cinq emplois à temps plein médicaux ou paramédicaux dédiés à la coordination du dispositif. L'ancrage dans un réseau territorial n'exclut pas de travailler avec d'autres réseaux, en particulier pour les activités de référence.

L'AP-HP n'appartenant pas encore à un réseau territorial de cancérologie, l'orateur espère, au regard de la progression du dossier relatif au réseau parisien, que 2006 verra la constitution d'un tel réseau, notamment en raison de l'obligation de labellisation à l'horizon 2007.

Cette structure s'inscrira d'une part dans un cadre inter-établissement, afin d'assurer la continuité des soins, de faciliter l'organisation des soins de suite et des urgences cancérologiques, de mettre en place un dispositif de permanence téléphonique et enfin d'organiser des RCP communes. D'autre part, le réseau vise la continuité entre l'hôpital et la médecine de ville des prestations pour les malades et les professionnels libéraux.

M. LACAU ST GUILY évoque ensuite les différentes possibilités d'intégration de l'AP-HP au sein de réseaux territoriaux déjà labellisés et de création de réseaux thématiques consacrés à la cancérologie mammaire et à la cancérologie pédiatrique.

Le dossier communicant en cancérologie

Le dossier communicant en cancérologie comprendra des éléments clés : le compte-rendu de RCP, le programme personnalisé de soins et des pièces jointes.

Une commission réunissant des représentants de l'ARH-IF et de l'AP-HP a préparé la mise en place du dossier communicant en cancérologie et rédigé un document qui servira sans doute de référence à l'institut national du cancer (INCA). Un appel d'offres régional sera lancé auprès des industriels en 2006 et l'application débutera à partir de 2007 auprès des sites pilotes de l'Ile-de-France. Parallèlement, un travail portera sur l'identification commune des patients en Ile-de-France et sur la gestion des droits d'accès aux annuaires professionnels de santé.

La région Ile-de-France, précise **M. LEPAGE**, fait partie des régions retenues par l'INCA. A ce titre, elle bénéficiera de financements et sera considérée comme une région pilote dans la mise en place du dossier communicant de cancérologie.

Le réseau régional de cancérologie (ONCORIF)

Le réseau régional de cancérologie, en cours de constitution, correspond, explique le **vice-président**, à une fédération de réseaux contrôlant ces derniers. Il pourrait jouer un rôle en termes de ressources et l'INCA lui attribuera des missions spécifiques.

L'oncogénétique : la structuration de l'activité

Dans ce domaine, le rôle de l'AP-HP était totalement méconnu des instances déclare **M. BERNAUDIN**. La première étape a été de structurer l'oncogénétique au niveau de l'AP-HP en prenant comme unité géographique le groupement hospitalier universitaire (GHU). La deuxième étape a été de débiter avec les partenaires des centres de lutte contre le cancer de l'AP-HP, une réflexion sur la structuration de l'oncogénétique au niveau de l'Ile-de-France.

Pour sa part, **Mme COURTAY** signale que pour rendre lisible l'organisation de l'oncogénétique et dans un souci de proximité vis-à-vis des patients, les consultations d'oncogénétique ont été organisées par groupement hospitalier universitaire, sur la base de deux sites principaux et de consultations avancées. Les perspectives d'activité correspondent à trois mille cinq cents consultations à court terme.

L'organisation relative aux trois laboratoires d'oncogénétique répond à une exigence de spécialisation. L'INCA a demandé qu'aux côtés de la liste des responsables de ces laboratoires bi-sites figure une coordination de cliniciens référents dans le domaine du cancer du sein et du côlon. Enfin, un projet de coordination est en cours d'élaboration avec les centres de lutte contre le cancer dans le domaine de l'oncogénétique.

Le programme de travail à venir

Parmi les actions à mettre en œuvre, **M. LACAU ST GUILY** mentionne la généralisation du dispositif d'annonce au patient dans le cadre d'une consultation plus longue. En 2004, quatre cent mille euros ont été consacrés à l'expérimentation de ce dispositif au sein de cinq sites. Il est à noter que huit cent dix mille euros sont prévus seulement au titre de la généralisation du dispositif sur l'ensemble des sites, alors même que l'enveloppe initiale de quatre cent mille euros n'est pas pérenne.

Une enquête relative aux délais de prise en charge est également prévue pour répondre à une demande forte des associations de patients. Les travaux pour faire émerger des indicateurs pertinents et d'un usage aisé par l'ensemble des services de cancérologie progressent. Le programme de travail couvre également :

- la constitution de l'annuaire des activités de référence impliquant de définir et de déterminer les notions de recours et de référence ;
- la clarification du rôle des pôles de cancérologie ;
- le dépistage des cancers ;
- les soins de suite en onco-hématologie ;
- la meilleure coordination des soins de support.

La recherche clinique en cancérologie

Le programme de travail comprend un volet consacré à la recherche clinique, domaine dans lequel l'AP-HP fait valoir son rôle. Les objectifs visent à :

- établir un lien entre les différentes disciplines et l'axe 6 du cancéropôle ;
- renforcer l'efficacité de réponse aux appels d'offres nationaux et internationaux ;
- favoriser le développement de projets communs par discipline ;
- permettre à l'AP-HP d'occuper sa juste place au sein des essais nationaux et internationaux.

Dans ce contexte, il est demandé à chaque discipline de :

- recenser l'existant en matière de projets et de structures de recherche ;
- définir les grandes problématiques et les études nécessaires pour y répondre ;
- faire émerger des thématiques partageables par plusieurs équipes de l'AP-HP ;
- proposer un ou des projets communs.

En milieu d'année 2006, la direction de la politique médicale et le département de la recherche clinique et du développement organiseront un séminaire ouvert aux disciplines cliniques ayant élaboré des projets communs, afin de les porter au niveau institutionnel et de les faire bénéficier d'un soutien technique.

Une démarche de mise en place et de coordination de la recherche clinique est engagée ajoute **M. BERNAUDIN**. Dès l'origine, la recherche clinique relative à l'onco-hématologie a été organisée de manière satisfaisante. En revanche, les actions en cours tendent à structurer la recherche clinique dans le domaine de la pathologie d'organes. D'ici au mois de juin 2006, dans le cadre d'un travail commun avec la DPM et le groupe cancer, pourra être présenté un rapport plus précis concernant :

- le poids important de la recherche clinique en oncologie ;
- le modèle d'organisation actuellement mis en œuvre ;
- la reconnaissance du rôle de l'AP-HP dans le cadre du cancéropôle.

Grâce à l'action du groupe cancer, observe le **président**, la vision de ce domaine particulièrement complexe s'éclaircit. Certes des progrès restent à accomplir, notamment en termes d'organisation et de coordination de la recherche mais on note certaines avancées, particulièrement en onco-génétique.

Selon **M. NAVARRO** l'AP-HP doit produire un effort de lisibilité en matière de recherche, nonobstant des résultats très positifs dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et des appels d'offres d'innovation dans le domaine du cancer. Il importe d'unir les forces de l'institution. A cet égard, le département de la recherche clinique et du développement doit constituer un élément permettant de favoriser une démarche d'intégration, tant au niveau européen qu'au niveau local. L'objectif consiste à mettre en œuvre un guichet unique dans le domaine de la recherche clinique. Il convient de se situer à un niveau pertinent afin de bénéficier des crédits spécifiques attribués par l'INCA, de s'inscrire dans une démarche visant à favoriser un travail commun et des collaborations efficaces aussi bien au sein de l'AP-HP qu'avec les centres anticancéreux.

Après avoir salué le travail réalisé, **M. NORDLINGER** fait remarquer que le succès de la démarche ne dépend pas uniquement des structures, il repose également sur la volonté des collègues, laquelle ne se décrète pas. Il sera donc nécessaire de persuader les équipes de participer aux différentes démarches présentées. La réunion de préparation du séminaire a permis de souligner que moins de 5 % des patients de l'AP-HP souffrant de cancer, participent à une démarche de recherche clinique alors que l'AP-HP est le premier CHU de France. Il importe donc de convaincre les médecins de modifier leur comportement et d'engager une telle démarche dès lors que les outils nécessaires seront disponibles.

II - Information sur le suivi du personnel médical dans les services de santé au travail.

En propos liminaire **M. BEN-BRIK** signale que son intervention ne vise pas à rappeler les missions des médecins du travail mais à sensibiliser la communauté médicale à la nécessité de son propre suivi médical en médecine de santé au travail (cf. document mis ligne sur le site Internet de la CME).

1- Rappel réglementaire.

Le code du travail précise qu'avant leur prise de fonction, tous les agents font l'objet d'un examen par le médecin du travail. Dans le cadre de la fonction publique hospitalière, tous les agents doivent obligatoirement bénéficier d'un examen médical au moins une fois par an. Des examens plus fréquents peuvent être réalisés pour les catégories d'agents exposés, notamment les agents soumis à des risques professionnels particuliers. Ces règles sont applicables au personnel médical.

Les exceptions à ces principes concernent les fonctionnaires exerçant uniquement au sein de l'université et qui relèvent de la fonction publique d'Etat où le rythme des visites médicales est quinquennal, sauf en cas de risque professionnel. Mais les personnels hospitalo-universitaires ont pour deuxième employeur l'hôpital qui relève du code du travail.

2- Les évolutions de la jurisprudence.

Deux décisions jurisprudentielles récentes sont importantes à connaître. Il s'agit d'abord de l'arrêt rendu le 6 avril 2004 par le tribunal des affaires de sécurité sociale des Hauts-de-Seine : l'AP-HP a été condamnée pour faute inexcusable par manquement à des obligations de sécurité (absence de suivi médical et de suivi dosimétrique).

Ensuite l'arrêt prononcé le 30 mai 2005 par le tribunal correctionnel de Marseille qui a condamné l'Assistance publique – hôpitaux de Marseille pour délit d'homicide involontaire commis pour son compte par ses organes et ses représentants.

3- Les conséquences de la jurisprudence.

L'AP-HP doit surveiller l'ensemble de ses agents, quel que soit leur statut, dans le cadre de la médecine en santé du travail, en application du code du travail. Elle doit notamment exercer un suivi concernant ses personnels fonctionnaires, universitaires ou non. L'AP-HP a été considérée par la jurisprudence comme un second employeur susceptible d'engendrer des risques professionnels. C'est parce qu'elle produit des risques professionnels pouvant avoir des effets délétères sur la santé de ses personnels qu'elle doit leur assurer une surveillance médicale adaptée à ces risques.

En outre, même en l'absence de risque professionnel ses personnels doivent faire l'objet d'un suivi médical. Enfin, il convient de s'interroger sur la responsabilité de l'AP-HP vis-à-vis d'autres membres du corps médical, des stagiaires ou des bénévoles lesquels, sans être des agents de l'AP-HP, sont susceptibles d'être exposés à des risques professionnels produits par l'AP-HP. Face au vide juridique dans ce domaine, il conviendrait de bien préciser cette responsabilité et qui assure le suivi médical de ces travailleurs dans les conventions que signe l'AP-HP.

4- Des éléments concrets.

En pratique, l'AP-HP devra assurer la surveillance médicale de tous les médecins, y compris les médecins universitaires. Il sera nécessaire de réévaluer les effectifs de médecins du travail, sur la base d'un médecin du travail pour mille cinq cents agents. A l'heure actuelle, soixante dix médecins du travail couvrent quatre vingt dix mille agents et soixante deux mille visites ont été assurées en 2005. Seuls 10 % environ des médecins de l'AP-HP passent leur visite médicale annuelle, aussi il importe de les sensibiliser à leurs obligations en la matière.

S'agissant de la prévention des risques professionnels, le code du travail dispose que le chef d'établissement doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses personnels. Le médecin du travail est, dans le cadre de ses attributions, le conseiller du chef d'établissement, des personnels et de leurs représentants. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels médicaux, y compris universitaires et une sensibilisation devra être apportée en matière de risques particuliers notamment les radiations ionisantes, les risques chimiques, les risques biologiques (vaccinations).

En conclusion, l'orateur déclare que l'AP-HP doit s'assurer que l'ensemble de ses personnels, médicaux et non-médicaux bénéficie d'un suivi médical par son service de médecine de santé au travail, adapté aux risques professionnels qu'elle produit et dans le respect des dispositions réglementaires. Elle est également responsable de la prévention des risques professionnels qu'elle produit. La situation actuelle devra donc faire l'objet d'améliorations.

Au terme de l'exposé, le débat s'engage.

A une question de **M. RYMER, M. BEN-BRIK** répond que le suivi par la médecine du travail constitue une obligation professionnelle pour le salarié ou agent. Dans ce cadre, l'employeur doit mettre en œuvre tous les moyens, y compris disciplinaires, afin de s'assurer que le salarié remplit cette obligation. Il convient donc d'inciter l'agent à se conformer à cette disposition avant, si nécessaire, de lui refuser la possibilité de poursuivre ses activités professionnelles tant qu'il n'a pas passé sa visite médicale, la mesure disciplinaire étant le dernier recours.

M. BAGLIN s'interroge sur la part relative des instances hospitalières et universitaires dans la prise en charge d'une indemnisation. Si les risques infectieux et toxiques concernent peu les activités d'enseignement, ils sont présents dans le cadre des activités de recherche. Un médecin hospitalo-universitaire ayant des activités de soin et de recherche victime d'un problème de santé pourra se retourner contre l'hôpital mais aussi contre l'université. Il convient d'engager une concertation entre ces deux instances afin de préciser le dispositif.

M. BEN-BRIK adhère à cette position et indique que la délivrance d'un avis médical d'aptitude à un hospitalo-universitaire incombe à l'université, tandis que le suivi médical n'engendrant pas la délivrance d'un tel avis, revient à l'hôpital producteur du risque.

Après avoir rappelé l'absence de prise en charge au titre des maladies professionnelles des piqûres sceptiques dont les chirurgiens peuvent être victimes, notamment lors d'intervention en urgence en l'absence de connaissance du statut sérologique du patient concernant le sida ou l'hépatite C, **M. FAYE** demande si cette position a évolué et si l'AP-HP souhaite généraliser les gants en cote de maille, apportant une meilleure protection.

Le conseil national de l'ordre des médecins a estimé, observe **M. BEN-BRIK**, que l'absence d'un avis médical d'aptitude au poste de travail engendre l'impossibilité de poursuivre l'activité. Il lui semble que cet avis peut être discuté dès lors que des équipements de protection individuels adaptés permettent de réduire très fortement le risque de transmission.

Par ailleurs, les avis de déclaration des maladies professionnelles sont désormais délivrés par le service de médecine statutaire (ancien service de médecine administrative et de contrôle). Il convient cependant de rappeler que les démarches doivent être initiées par les médecins eux-mêmes.

La mise à disposition d'équipements de protection individuelle (gants incorporant un virucide, gants en Téflon cote de maille...) incombe au directeur d'établissement. Les chefs de service peuvent lui demander la fourniture de ce type de gants et prendre conseil auprès du médecin du travail pour le matériel de protection le mieux adapté.

III - Information sur la préparation de l'AP-HP en cas de pandémie de grippe d'origine aviaire.

En préambule **M. BOULANGER** indique que la présentation s'attache à informer l'instance de la manière dont l'AP-HP se prépare à affronter une éventuelle pandémie grippale d'origine aviaire. L'organisation de la gestion de crise en général doit être structurée et l'AP-HP doit s'insérer dans un processus continu d'amélioration. La démarche porte essentiellement sur deux sujets majeurs : la préparation à un attentat multi-sites et la préparation à une pandémie.

La préparation d'un plan relatif à la grippe aviaire s'inscrit dans le cadre de la loi de santé publique votée le 9 août 2004 et du décret du 30 décembre 2005 relatif au plan blanc d'établissement. Le plan gouvernemental Biotox, destiné à faire face à un attentat, permet de mettre en place un cadre général d'organisation des pouvoirs publics s'appliquant également en cas de pandémie grippale d'origine aviaire (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'AP-HP met en œuvre d'une part une organisation reposant sur trois niveaux opérationnels :

- les hôpitaux au premier rang desquels les hôpitaux référents ;
- le SAMU de la zone de défense ;
- le centre opérationnel Victoria (au siège), un élément de structuration et de pilotage de crise ;

d'autre part :

- un comité de pilotage central ;
- un groupe de travail consacré aux hôpitaux ;

- un groupe de travail consacré au SAMU ;
- un groupe de travail consacré au siège.

Les procédures relatives à la situation pré-pandémique se finaliseront fin janvier 2006 et le dispositif de gestion de la phase pandémique sera présenté en juin prochain, précise le secrétaire général.

1- L'organisation des hôpitaux.

A son tour, **Mme LEPORT** fait savoir que le groupe de travail consacré aux hôpitaux s'inscrit dans une réflexion entamée il y a deux ans. Cette préparation s'avère essentielle car l'organisation mondiale de la santé (OMS) a indiqué avec certitude que la pandémie allait intervenir sans toutefois en préciser le délai, la dernière pandémie de ce type datant de 1968. Environ cent cinquante cas humains de grippe H5N1 d'origine aviaire ont été enregistrés mais aucune transmission inter-humaine de grande ampleur n'a été documentée à ce jour.

La préparation à la pandémie

La première phase de travail, de veille pré-pandémique, a comporté une analyse de cadrage visant à comparer les projections de l'institut de veille sanitaire et les ressources susceptibles d'être mobilisées par l'AP-HP, établissement de référence pour l'Ile-de-France. Une coordination régionale entre les hôpitaux référents et le SAMU intitulée CoREB a été rendue opérationnelle.

L'intervenante détaille ensuite l'impact de la pandémie sur les hospitalisations à l'AP-HP, la mobilisation des lits en fonction des niveaux d'alerte, les procédures d'accueil et de prise en charge hospitalières des patients suspects de grippe d'origine aviaire.

La structure pluridisciplinaire de coordination du dispositif CoREB regroupe trois sites référents : les groupes hospitaliers Bichat – Claude Bernard, Pitié – Salpêtrière, Necker – enfants malades, ainsi que le SAMU zonal. Elle est chargée d'accueillir les patients suspects en phase de veille. Un questionnaire pour l'accueil et l'orientation a été diffusé avec le courrier de la directrice générale du 8 décembre à destination de tous les services d'accueil d'urgence (SAU).

Les services référents ont élaboré une série de procédures qui seront mises à la disposition de l'ensemble des hôpitaux concernés, l'objectif étant que ceux-ci élaborent leur plan spécifique d'organisation durant la période de préparation à la pandémie.

Penser et organiser l'hôpital autrement

La seconde étape couvre les six premiers mois de l'année 2006 et correspond à une nouvelle manière de penser l'organisation de l'hôpital dans le cadre d'une crise sanitaire impliquant une mobilisation majeure des services.

Chaque site devra réfléchir aux modalités de mobilisation :

- des moyens en personnels et en lits (induisant des déprogrammations) ;
- de l'accueil des patients ;
- de la prise en charge des urgences et des malades graves ;
- de l'organisation et de la protection de l'hôpital.

Il est probable qu'une telle pandémie se déroulera dans un climat de forte anxiété collective, aussi le travail de préparation doit-il porter aussi sur l'information, la formation et la communication.

Au sein des hôpitaux, la première étape doit correspondre à l'identification d'une cellule de veille en charge d'assurer la préparation du dispositif qui se transformera durant la pandémie en structure de gestion de crise.

Durant la pandémie, les patients entrant à l'hôpital porteront un masque chirurgical destiné à protéger des projections. Une zone de pré-orientation aura pour objectif de séparer deux zones :

- un circuit protégé pour les personnes infectées (zone à haute densité virale) ;
- un circuit non-protégé pour les patients semblant non grippés à leur arrivée mais qui devront néanmoins porter un masque (zone à basse densité virale).

Les autres thèmes à traiter sont :

- l'accueil, l'orientation, la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients grippés ;
- l'hospitalisation des autres patients ;
- la protection des personnes et le respect des règles d'hygiène et de sécurité ;
- les supports logistiques et les aspects techniques ;
- la prise en charge des patients décédés ;
- la traçabilité des cas et le système d'information dans le cadre d'un dispositif national et sans doute international.

La préparation de l'AP-HP à la phase de veille pré-pandémique est quasiment terminée. On aborde désormais l'affinage de la préparation de la phase pandémique qui ne trouvera son terme qu'au déclenchement de la pandémie, moment où sera connu avec précision le virus, sa contagiosité et la gravité exacte de la maladie.

2- Le rôle du SAMU.

Pour sa part, **M. LAPANDRY** souligne que les intervenants pré-hospitaliers s'impliquent particulièrement dans la préparation d'une prochaine pandémie. L'objectif majeur du dispositif consiste à éviter l'envahissement de l'hôpital par des patients, risquant de le placer dans l'incapacité à jouer son rôle.

Dans la phase actuelle pré-pandémique, le SAMU participe à la veille sanitaire en identifiant les cas possibles de grippe aviaire à travers les appels de patients ou de médecins traitants, par investigation des cas possibles grâce à une filière prédéfinie.

Puis l'orateur décrit le questionnaire préétabli pour le repérage des patients suspects d'être porteurs du syndrome grippal.

Trois possibilités apparaîtront :

- il ne s'agit pas d'un cas possible : on arrêtera la procédure ;
- il s'agit d'un cas possible : on posera immédiatement un masque chirurgical au patient et on l'isolera dans une pièce en attendant son évacuation par le SMUR ou une ambulance légère vers un service hospitalier référent ;
- il s'agit d'un cas douteux : on traitera le patient selon les modalités retenues pour les cas possibles.

Après avoir évoqué la validation médicale des cas possibles en concertation avec un médecin référent et l'évaluation de la gravité, M. LAPANDRY détaille le rôle du SAMU au sein du dispositif dans le cadre d'une éventuelle phase pandémique. L'objectif majeur consistera à maintenir à domicile les patients ne nécessitant pas une hospitalisation.

Le SAMU devra :

- participer à la régulation des soins de ville, en accord avec les médecins traitants ;
- réguler les transports sanitaires ;
- réguler les hospitalisations en fonction des critères définis ;
- jouer un rôle de conseil médical auprès de la population.

Enfin, le renforcement des équipes est prévu en particulier par la mobilisation de personnels de réserve ainsi que la mise en place d'une cellule d'expertise et d'appui pour aider les SAMU départementaux.

3- Le rôle du siège.

M. HROUDA intervient sur le dispositif relatif à la gestion de la grippe aviaire lequel repose sur la coordination de trois niveaux opérationnels : les hôpitaux, les SAMU, le siège.

Les dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe le cadre du dispositif de crise. Ce dispositif repose sur un réseau de cellules de crises reliées à la cellule centrale implantée au siège :

- les cellules implantées dans les vingt hôpitaux recevant des urgences ;
- les quatre SAMU ;
- les services généraux dont le service central des ambulances et l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) qui détient un stock stratégique de médicaments mis en place par l'Etat.

Le décret d'application du 30 décembre 2005 impose la mise en œuvre :

- d'un plan blanc d'établissement en cas de situation de crise accompagné de mesures opérationnelles ;
- d'un plan blanc élargi géré par les préfets des départements de la zone de défense.

Le décret précise les attributions de l'établissement de référence de la zone de défense pour les risques NR, B et C qui devrait assurer une mission de préparation, d'expertise, d'assistance technique et de prise en charge thérapeutique en coordination avec les autres établissements publics et privés de la zone de défense.

Le dispositif de gestion de crise se fonde sur une organisation complémentaire aux cellules locales de crise, reposant sur une interopérabilité avec les centres opérationnels des services de l'Etat. Ainsi, la cellule centrale de crise de l'AP-HP sera interconnectée :

- au niveau départemental, avec le centre opérationnel départemental mis en place par le préfet ;
- au niveau de la zone de défense, avec le centre opérationnel de zone de défense, mis en place par le préfet de police de Paris ;
- au niveau national, avec le centre opérationnel du ministère de la santé.

L'AP-HP, opérateur de santé publique pour la zone de défense, devra produire aux autorités des bilans pluriquotidiens en cas de situation dégradée. Testé récemment lors d'un exercice d'états-majors de zone, le dispositif a fonctionné dans de bonnes conditions.

A l'issue de cette présentation claire et précise, le **président** ouvre la discussion.

Dans le contexte de méconnaissance du taux de mortalité des patients touchés et de l'efficacité des thérapeutiques en cas de pandémie, **M. BERNAUDIN** demande des précisions sur les procédures prévues à l'égard des personnes en contact avec un sujet infecté.

Puisqu'on ignore les caractéristiques du virus, les derniers réglages du dispositif devraient intervenir au début de la pandémie, répond **Mme LEPORT**. Les solutions envisagées vont du confinement à un dispositif incitant à une prise en charge en ville. En outre, l'acquisition d'une quantité considérable de médicaments permettra de traiter les malades, mais aussi d'intervenir dans des indications de prophylaxie.

M. PATERON rappelle que ce type de pandémie interviendra uniquement en cas de mutation ou de recombinaison du virus. Il précise qu'une pandémie de grippe aviaire n'engendrera pas seul d'un coup un afflux massif de malades. Entre l'annonce des premiers cas et l'afflux potentiellement important de malades, la cellule de crise disposera d'un délai de quelques jours à quelques semaines pour organiser l'accueil des malades.

Les deux axes de thérapeutique et de prévention, à l'exclusion des patients en réanimation, déclare **M. LEVERGE** sont les masques et deux antiviraux, dont le Tamiflu. Cependant, le stock de ce médicament ne permettra pas de couvrir plusieurs mois de traitement, en cas de pandémie.

Par ailleurs, il a appris avec inquiétude que le Tamiflu, efficace surtout en prévention et non en traitement, pourrait être rétrocédé par les pharmacies hospitalières afin de pallier l'insuffisance des officines de ville. Il considère cette démarche susceptible de conduire à des émeutes ou à des cambriolages au sein des hôpitaux, au regard de la médiatisation de ce sujet.

Une pandémie engendrera du point de vue de **Mme DEBRAY-MEIGNAN** une pression sur les services de soins de suite en équilibre précaire en termes de personnel. Aussi, elle voudrait savoir si une réflexion a été engagée afin de mobiliser davantage de ressources au sein de ces structures. Le personnel des services de soins de suite et réadaptation (SSR) sera-t-il protégé par des masques, demande-t-elle.

M. SCHLEMMER s'interroge sur l'articulation avec la médecine de ville, susceptible d'agir pour maintenir les malades à leur domicile.

Si on doit isoler les patients dans des chambres individuelles, observe **M. CHAUSSADE**, les capacités annoncées, soit quinze mille lits mobilisables, seront considérablement diminuées.

M. NAVARRO s'étonne qu'il ne soit pas prévu d'isoler en milieu hospitalier les patients infectés plutôt que de les laisser au contact de la population favorisant ainsi la contamination. De même, la distribution de masques à l'ensemble de la population devra intervenir le plus précocement possible. A ses yeux, la phase essentielle correspond à la prévention laquelle concorde avec un isolement précoce dans un milieu adapté, afin d'éviter que la pandémie ne s'étende.

A la suite de ces remarques, **Mme LEPORT** apporte un certain nombre de précisions.

Le dispositif distingue une première période, marquée par un nombre limité de cas faisant l'objet d'investigations et d'une orientation spécifique, suivie d'une phase pandémique qui se traduira par des mesures de prévention et de prise en charge afin de limiter le développement de la crise durant laquelle tous les hôpitaux seront mobilisés.

La sécurisation des stocks de Tamiflu a fait partie des questions soulevées dès la publication du document réglementaire et doit faire l'objet d'une réflexion pour une distribution équitable et sécurisée.

Le ministère de la santé et l'AP-HP ont constitué des stocks d'équipements, notamment de masques et des unités de production sont constituées pour réalimenter les stocks.

La mobilisation des personnels constitue un des sujets majeurs à traiter. La réflexion relative aux soins de suite doit être globale et couvrir ce secteur particulier.

L'articulation avec la médecine de ville n'est pas vraiment calée, indique **M. LAPANDRY**. A cet effet, le ministère demande à l'AP-HP d'agir au niveau départemental auprès des syndicats médicaux et des différents regroupements existants, afin d'améliorer leur implication. Les intervenants libéraux apparaissent anxieux sur le financement et le mode de distribution des moyens de protection.

Le SAMU fera le lien avec ces médecins qui pourront appeler le 15, en cas de doute. La collaboration existe mais on n'est pas en mesure d'attribuer aux médecins libéraux l'ensemble des protections qu'ils demandent.

Par ailleurs, l'intervenant signale la disparition dans son service d'un certain nombre de masques de protection démontrant l'existence d'une angoisse au sein du personnel sanitaire.

M. HROUDA rappelle que l'Etat a constitué un stock de Tamiflu dans un endroit protégé, répondant à des normes de sécurité particulières ; à l'heure actuelle et par convention avec le ministère de la santé, il n'existe pas de stock stratégique de ce produit dans les hôpitaux.

Concernant les masques, la sécurisation des stocks devra faire partie d'un plan stratégique de communication, afin de valider la nécessité de former de tels dépôts dans les hôpitaux.

Selon **M. BOULANGER** l'hôpital ne constitue pas l'endroit pour pratiquer des distributions de matériels aux intervenants de ville. En effet, en cas de situation pandémique, occupée à soigner et à procéder aux distributions en interne, l'AP-HP ne pourrait organiser des distributions massives à des intervenants extérieurs. Une banalisation de la distribution sera préférable pour éviter que celle-ci constitue une source d'angoisse.

Par ailleurs, l'apparition de la maladie ne sera pas instantanément massive. Une première période caractérisée par quelques cas sera suivie, en cas de pandémie, par une montée en puissance d'une durée de dix semaines avant de parvenir à un pic. Dans ce contexte, l'AP-HP devra être en mesure d'assurer une expansion progressive de la zone dédiée à la grippe au sein des hôpitaux. Le secrétaire général rappelle que cette zone ne sera pas exclusivement dédiée à la grippe, mais connaîtra une plus forte intensité virale.

Il faudra donc disposer d'un schéma d'organisation dépendant de la configuration de chaque site. La direction générale transmettra les règles du jeu et les principes d'organisation que chaque hôpital devra mettre en œuvre. Néanmoins, l'extension de cette zone dédiée sera limitée par le maintien d'une activité hospitalière traditionnelle.

IV - Information sur le projet de SROS 3 d'Ile-de-France.

La parole est donnée à **M. SUDREAU** pour informer l'instance sur le projet de schéma régional de l'organisation sanitaire d'Ile-de-France de troisième génération (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Un dispositif rénové

Le projet de SROS 3 contient un certain nombre d'innovations :

- une planification élargie des spécialités médicales et chirurgicales, autour de seize thématiques principales et des équipements lourds ;
- une approche thématique et territoriale dans le cadre de vingt deux territoires de santé en Ile-de-France, dont seize concernent l'AP-HP ;
- deux instruments de régulation de l'offre de soins ;
- un contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et chaque hôpital. Pour l'AP-HP, l'un des enjeux consistera à obtenir la signature d'un contrat global.

Une élaboration conçue dans la concertation

L'AP-HP était très présente dans la préparation progressive de ce schéma, principalement dans les groupes d'experts réunis à l'initiative de l'ARH autour de chaque thématique. Ce mode de fonctionnement a permis de garantir une bonne articulation avec le plan stratégique de l'institution. Des réunions de travail thématiques ont donné lieu à des points des synthèses réguliers entre l'ARH et l'AP-HP.

Une convergence d'analyse globale

De ce travail en amont résulte un diagnostic partagé sur les principaux sujets de santé publique à traiter, dans une exigence accrue de la qualité des soins, de la sécurité et de priorités bien ciblées conformes aux points clés du plan stratégique de l'AP-HP :

- la lutte contre les inégalités de soins ;
- un parcours de soins organisé et lisible ;
- la psychiatrie et la santé mentale ;
- la prise en charge du cancer ;
- les personnes âgées.

Les négociations ont abouti à un consensus entre l'ARH et l'AP-HP sur un grand nombre de thématiques : les urgences, les soins intensifs, la périnatalité, la cancérologie, les soins palliatifs, la fluidité et les plateaux techniques.

Des arbitrages encore nécessaires

Il a été procédé à des arbitrages délicats, d'une part sur des sujets relatifs aux hôpitaux que l'orateur illustre par des exemples, d'autre part sur les soins de suite et réadaptation, sur l'hospitalisation à domicile et sur la psychiatrie. Certains de ces arbitrages sont encore en cours de négociation avec l'ARH.

Des objectifs quantifiés

Les seize thématiques du SROS se traduiront en objectifs quantifiés exprimés en nombre et lieux d'implantations. En outre, des seuils d'évolution de l'activité (- 10 % / + 10 %) encadreront à l'horizon 2010 les activités de la médecine, la chirurgie, les SSR, la psychiatrie et l'insuffisance rénale chronique. Ces sujets devront être discutés à l'occasion de la négociation du futur contrat d'objectifs passé avec l'ARH que l'AP-HP souhaite global pour l'ensemble de l'institution (et non hôpital par hôpital).

Pour finir, M. SUDREAU décline le calendrier des prochaines étapes.

La version définitive du SROS et ses annexes sera arrêtée fin janvier. La concertation s'ouvrira en février dans le cadre des conférences sanitaires organisées au sein de chaque territoire de santé. La publication du SROS 3 interviendra le 31 mars 2006 et le contrat d'objectifs et de moyens concernant l'AP-HP devra être signé avant le 31 mars 2007.

A une question du **président**, M. SUDREAU répond que les documents finalisés figureront sur le site Internet de l'ARH. L'avant-projet de SROS et ses annexes ont été transmis sous version papier et électronique aux directeurs et aux présidents de comité consultatifs médicaux des hôpitaux.

Puis pour répondre à une question de M. CHAUSSADE, il précise que les objectifs couvrent l'ensemble de l'offre de soins, le secteur privé inclus. Les objectifs quantifiés ont été calculés de manière différente selon les spécialités concernées. L'ARH a pris en compte les évolutions attendues de la demande de soins à l'horizon 2010, en intégrant des modules théoriques variables selon les spécialités.

M. SCHLEMMER s'interroge sur l'adéquation de la démographie médicale aux priorités du SROS. Selon lui, comme peu de personnes s'avèrent susceptibles d'être promues dans le domaine de la périnatalité, tant au niveau hospitalier qu'universitaire, il enquiert de la prise en compte de cet élément par les concepteurs du SROS et le ministère.

Après avoir précisé que le document définitif figure sur le site de l'ARH depuis hier soir, Mme BAUBEAU indique que de son point de vue, les problèmes de démographie n'ont pas été véritablement pris en compte par les experts, même si cette préoccupation était constamment présente en arrière-plan. L'annexe du SROS contient une simulation à cinq et dix ans pour différentes disciplines, sur la base des flux de sortie (départ en retraite...) et des flux d'entrée (internat, praticiens étrangers...). Au vu de ces simulations, elle considère qu'il conviendra probablement de réviser à la baisse certaines ambitions exprimées par les experts.

V - Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. FAGON donne lecture du dossier relatif à des fiches de pôles d'activité qui ont obtenu un avis favorable du groupe des structures sans faire l'objet de débat.

GHU nord

Hôpital Charles Richet :

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en deux pôles :*
 - *Pôle hospitalisation CSG/SSR/HDJ/consultations.*
 - *Pôle soins de longue durée.*

Selon ce schéma, la pharmacie, une unité fonctionnelle d'hygiène et une unité fonctionnelle de rééducation sont directement rattachées au conseil exécutif local, l'organisation ne comprenant pas de pôle médico-technique susceptible de les inclure.

M. LEVERGE réitère son souhait de voir respecter les engagements pris par le conseil exécutif et la direction des affaires juridiques de l'institution, confirmés par la collégiale des pharmaciens et le syndicat auquel il appartient, visant à inclure les pharmacies à usage intérieur (PUI) au sein des pôles. Or il s'agit du second dossier dans lequel la PUI apparaît comme un électron libre.

A son tour, le **président** rappelle le choix effectué par la CME de laisser aux hôpitaux une grande souplesse dans l'organisation des pôles d'activité.

GHU est

Hôpital Charles Foix – Jean Rostand :

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en cinq pôles :*
 - *Pôle 1 : court séjour et SSR gériatriques.*
 - *Pôle 2 : SLD et relation avec les EHPAD.*
 - *Pôle 3 : activités spécialisées transversales et ambulatoires (PASTA).*
 - *Pôle 4 : plateau médico-technique.*
 - *Pôle 5 : mère-enfant (transitoire).*

Les deux fiches de pôle d'activité sont adoptées par 32 voix pour et 1 abstention.

VI - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Trois nouveaux contrats d'activité libérale et un renouvellement sont approuvés par 13 voix pour, 1 voix contre et 16 abstentions.

VII - Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2006.

M. ANTONINI engage l'examen de l'additif à la révision des effectifs des praticiens hospitaliers portant sur les postes dont le financement demeurerait incertain au mois de décembre dernier et proposés aujourd'hui en autofinancement.

Chirurgie

La demande relative à l'emploi à temps partiel dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'hôpital Raymond Poincaré, reportée lors de la CME du mois de décembre en raison d'une divergence entre ce service et le service de chirurgie de l'hôpital Ambroise Paré, suscite une discussion nourrie par **MM. GUILLEVIN, GOËAU-BRISSONNIERE** et **BAGLIN**. Il en résulte, dans l'attente d'une réponse aux difficultés, de proposer au candidat un recrutement sous contrat d'une durée de un an.

M. ANTONINI mentionne la demande insistante du ministère d'accueillir à l'AP-HP un chirurgien de chirurgie vasculaire, qui intervenait à temps partiel à l'hôpital de Versailles et dont l'activité a été supprimée en raison des difficultés économiques de l'établissement. Il convient désormais d'apprécier la valeur du praticien et de déterminer sa future localisation hospitalière.

Rapporteur du dossier au groupe du personnel médical, **M. AIGRAIN** souligne la qualité reconnue par les chirurgiens vasculaires contactés, du candidat âgé de soixante ans. Le groupe du personnel médical émet un avis favorable à son recrutement sous réserve de l'octroi du financement du poste. Selon les informations disponibles, tel n'est pas le cas.

Avant de lui apporter une réponse définitive, l'intervenant interrogera à nouveau les deux services susceptibles de l'accueillir.

Pour le **président**, il n'est pas envisageable d'accueillir ce praticien sans la certitude d'obtenir le financement de son poste.

Puis il demande à la CME de se prononcer par des votes distincts sur les dossiers qui ont fait l'objet de débats. L'instance émet :

- un avis défavorable à la création d'un poste en chirurgie orthopédique et traumatologique au sein de l'hôpital Raymond Poincaré par 28 voix contre et 6 abstentions ;
- un avis défavorable à l'unanimité sur la création du poste de chirurgie vasculaire en l'absence du transfert des moyens correspondants ;
- un avis favorable à l'unanimité concernant les autres propositions.

L'annexe jointe au présent compte-rendu traduit les incidences des débats.

VIII- Avis sur le transfert partiel à compter du 1^{er} mars 2006 à l'AP-HP des activités médico-psychologiques et de personnel de l'association de prévention de soins et d'insertion.

M. ANTONINI fait connaître que l'association APSI gérait les activités extra-hospitalières de deux des trois secteurs de psychiatrie de l'hôpital Albert Chenevier. Cette organisation atypique rendait difficile l'exercice de la responsabilité du médecin chef du secteur. La situation a conduit la direction départementale des affaires sanitaires et sociales à déconventionner l'association et à réintégrer les activités au sein de l'AP-HP. Ce transfert, programmé au mois de mars 2006, s'accompagne des moyens correspondants.

A la suite d'une intervention de **M. FAYE**, il précise que l'association compte environ trente personnes parmi les personnels non-médicaux et huit médecins et confirme le caractère pérenne du financement affecté à cette activité, l'association remplissant des missions de service public.

L'instance entérine à l'unanimité le transfert partiel des activités et du personnel de l'APSI.

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

M. ANTONINI formule des remarques à caractère général sur cette révision des effectifs hospitalo-universitaires. D'abord, les éléments parus au Journal officiel du 4 janvier 2006 ne couvrent pas les intégrations par voie de détachement. Puis, le bilan 2006 fait apparaître treize créations d'emplois de PU-PH et cinq créations d'emplois de MCU-PH, ce qui constitue un résultat inférieur à celui de 2005, malgré un pourcentage de demandes acceptées plus élevé au sein des disciplines médicales et chirurgicales que dans le domaine de la recherche. Enfin, il apparaît que trois emplois notifiés n'avaient pas fait l'objet d'une demande de l'AP-HP ou des unités de formation et de recherche médicales (UFR).

Après avoir rappelé la concertation qui préside au processus de la révision des effectifs, **M. BAGLIN** note des divergences entre les demandes présentées et les éléments publiés au Journal officiel. Cette situation pose un réel problème car une variation du nombre d'emplois engendre une variation des moyens et les modalités de nomination des collègues impliquent une programmation sur plusieurs années à l'avance.

En outre, il s'interroge sur l'utilité des discussions engagées puisque certains postes accordés sans localisation hospitalière n'étaient demandés ni par l'AP-HP, ni par l'université. Il convient donc, lui semble-t-il, de resserrer les liens entre l'AP-HP et l'université afin d'éviter des arrivées inattendues de praticiens, lesquelles résultent de décisions ministérielles remarque **M. de PROST** qui partage ce point de vue.

X - Information sur les revues électroniques.

M. SEGOUIN décrit brièvement la situation relative aux revues électroniques accessibles à la communauté médicale.

A l'heure actuelle, l'AP-HP a accès à 71 % des cent vingt revues classées en priorité par les collégiales, un pourcentage en progrès par rapport à l'an passé. Cependant, l'éditeur Lippincott a modifié les conditions d'abonnement négociées il y a trois ans en portant le tarif de cinq cents euros à six mille euros par revue. Dans ce contexte, la commission de la formation continue des médecins, en collaboration avec les collégiales, a procédé à des arbitrages en éliminant les revues faisant l'objet de moins de cent téléchargements par mois, en contrepartie d'un accès élargi au support papier.

Néanmoins, le budget dédié à l'abonnement à Lippincott augmente, passant de trente mille euros pour cent revues à cent cinquante mille euros pour douze revues, portant à trois euros et vingt centimes, le téléchargement d'un article, contre un euro et vingt centimes en moyenne pour les autres éditeurs. Il rappelle que la commission de la FCM s'est conformée aux choix des collégiales.

Le **président** indique que la liste des revues retenues figure sur le site de la CME. Il importe désormais d'observer avec soin les téléchargements s'y rapportant, en espérant l'arrêt de l'inflation des coûts des abonnements.

Dans le cadre d'une prochaine séance de la CME, un point plus précis sur les abonnements électroniques sera réalisé, conclut **M. de PROST**.

XI - Approbation du compte-rendu de la séance du 13 décembre 2005.

Le compte-rendu de la séance du 13 décembre 2005 est approuvé à l'unanimité.

*

*

*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 11 heures 35.

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

Mardi 14 février 2006 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} février 2006 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.