

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

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

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 17 octobre 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Plan de l'AP-HP de prévention et de lutte concernant la « pandémie grippale ».
- 2- Dans le cadre du plan « pandémie grippale », les patients graves et la déprogrammation : les aspects éthiques et la communication.
- 3- Imagerie en pathologie cardiovasculaire : état actuel et perspectives.
- 4- Information sur le rapport d'étape annuel 2006 au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France.
- 5- Information relative au deuxième état quadrimestriel de l'exécution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.
- 6- Avis sur le projet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif.
- 7- Avis sur des créations de pôles d'activité et sur des modifications de structures internes aux pôles d'activité.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Information sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.
- 10- Révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2007.
- 11- Révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2007.
- 12- Approbation du compte-rendu de la séance du 19 septembre 2006.
- 13- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire, d'un chef de service hors CHU.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle clinique ou médico-technique des hôpitaux et des groupes hospitaliers :
 - Antoine Béclère (5 pôles) ;
 - Bicêtre (7 pôles) ;
 - Bichat – Claude Bernard (8 pôles) ;
 - Bretonneau (2 pôles) ;
 - Georges Clémenceau (1 pôle) ;
 - Henri Mondor - Albert Chenevier (8 pôles) ;
 - Lariboisière - FernandWidal (4 pôles) ;
 - Robert Debré (6 pôles) ;
 - San Savaldour (2 pôles) ;
 - Armand Trousseau (5 pôles).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme le Dr DESOUCHES, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;

- *les représentants de l'administration :*
 - M. BOULANGER, secrétaire général,
 - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - M. le Pr BRICAIRE, groupe hospitalier Pitié - Salpêtrière,
 - Mme le Dr FERY-LEMONNIER, direction de la politique médicale,
 - M. le Pr GUERET, groupe hospitalier Albert Chenevier – Henri Mondor,
 - M. HAGENMULLER, direction générale,
 - M. le Dr HROUDA, direction générale,
 - M. le Pr LIENHART, hôpital Saint-Antoine,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance débute sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mmes KHELFAOUI-LADRAA et SCHLEGEL et de MM. CHOUDAT, HAUSFATER et LEGRAND avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Plan de l'AP-HP de prévention et de lutte concernant la « pandémie grippale ».

Le **président** introduit l'exposé du plan de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris relatif à la prévention et à la lutte « pandémie grippale » en indiquant qu'il fait l'objet d'une communication au conseil d'administration vendredi prochain. M. de PROST a souhaité lui associer une présentation portant sur la dimension éthique qui lui semble essentielle au regard des choix à faire notamment quels patients soigner, dans quelles conditions et avec quelles mesures, réflexion éthique générale à laquelle la commission médicale d'établissement doit participer.

En propos liminaire, **M. BRICAIRE** précise que ce plan, fruit d'une préoccupation des membres de la cellule centrale de crise de l'AP-HP et qui fait référence au plan gouvernemental, prévoit localement les dispositions à prendre si le phénomène se produisait (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il resitue le niveau de risque dans le monde de la maladie animale comportant quelques cas humains accidentels sans transmission inter-humaine. Si le chiffre de deux cent cinquante trois cas déclarés à ce jour dans le monde peut paraître mineur puisque l'épidémie a débuté en 2003, le nombre de décès et l'ascension du nombre de cas par an s'avèrent plus inquiétants.

1- La structure support et les phases de la pandémie grippale.

L'orateur décrit la structure sur laquelle s'appuie la cellule centrale de crise, la coordination du risque épidémique et biologique (CO-REB), elle-même adossée au SAMU zonal avec l'hôpital Bichat - Claude Bernard pour le nord, le groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière pour le sud et l'hôpital Necker – Enfants Malades pour la pédiatrie.

Après avoir abordé les différents stades de l'épizootie, il détaille les éléments portant sur la période de veille pré-pandémique ainsi que les objectifs et les hypothèses du plan si la phase pandémique survenait. Le plan tient compte de la population d'Ile-de-France et de la répartition des structures de l'AP-HP, selon les besoins exprimés par l'Institut national de veille sanitaire.

2- Le déclenchement et le pilotage du plan.

M. HROUDA expose le déclenchement du plan dès le seuil critique d'extension de la maladie atteint. Le temps de crise devrait durer environ trois mois pour la première vague. Le ministre chargé de la conduite opérationnelle de l'action gouvernementale activerait d'une part une cellule interministérielle de crise dans son ministère, d'autre part l'ensemble du réseau de santé publique, dont les établissements de santé.

A ce titre, la direction générale de l'AP-HP prendrait des dispositions à plusieurs niveaux :

- l'activation permanente de son centre opérationnel « CO Victoria » au siège. Ce centre est un plateau technique permettant de gérer les informations montantes et descendantes avec les hôpitaux, les services généraux, les SAMU et les services de l'Etat concernés par la gestion de crise ;
- la tenue de réunions de la cellule centrale de crise, placée sous l'autorité du secrétaire général ;

- l'activation de l'ensemble du réseau des cellules locales de crise des hôpitaux et services généraux ;
- la mise en œuvre du plan AP-HP de lutte contre la pandémie grippale et de toutes mesures exécutoires supplémentaires notifiées par les pouvoirs publics.

Par ses obligations législatives et réglementaires, l'AP-HP se trouve placée au croisement des deux réseaux de circulation de l'information et de prise de décisions que sont d'une part le réseau des hôpitaux et des SAMU et d'autre part le réseau des centres opérationnels des services de l'Etat concernés par la gestion de l'évènement.

3- Les principes d'organisation médicale.

Dès l'entrée dans le système actif, poursuit **M. BRICAIRE**, chacune des structures hospitalières devra veiller à définir dans l'hôpital des secteurs de haute densité virale où les sujets infectés seraient prioritairement accueillis, par opposition à des secteurs de basse densité virale qui seraient *a priori* des zones non contaminées où des soins d'autres natures seront prodigués.

La réorganisation médicale implique de déprogrammer un certain nombre d'activités tout en considérant à la fois les urgences, la durée de ce mode de fonctionnement et les problèmes d'ordre éthique qui se poseront ; la réflexion permettra de déterminer une prévision de lits.

Les sujets recevront pour protection un masque chirurgical et seront pré orientés en fonction de leur état vers des centres de prise en charge. En cas de suspicion de grippe, l'orientation se fera vers le site protégé, suivie d'un retour à domicile si la forme est bénigne, sinon d'une hospitalisation dans la zone prévue à cet effet. Si aucun signe de grippe n'est avéré, le patient retournera en secteur non-protégé.

Cette organisation signifie : un ajustement des procédures administratives ; une cartographie des zones de stockage de médicaments et de matériel ; une définition des zones de repos ; le fléchage de l'ensemble des services d'accueil afin de réguler au mieux l'ensemble des flux de circulation.

Les problèmes spécifiques à la pédiatrie et aux secteurs de soins intensifs sont à considérer.

4- La mobilisation des ressources.

Une fois l'organisation des locaux réalisée, intervient **M. HAGENMULLER** les hôpitaux doivent s'interroger sur l'organisation de leurs ressources. En période de crise, l'hôpital devra traiter davantage de malades lourds requérant une surveillance continue, malgré un taux d'absentéisme du personnel évalué à 30 %. Dans ces conditions, les modalités d'organisation constituent le principal enjeu avec deux aspects : maintenir les ressources humaines à l'hôpital et en mobiliser à l'extérieur en faisant appel aussi bien aux étudiants en soins infirmiers et en médecine qu'aux retraités. Un travail particulier sera à mener avec les sociétés d'intérim voire avec les associations de bénévoles.

Il importe aussi d'assurer la continuité des ressources logistiques et d'approvisionnement et des ressources techniques. La sécurité s'imposera rapidement dans l'accès à l'hôpital tant des personnels que des patients notamment afin de limiter les effets potentiels de panique, surtout en début de pandémie.

Depuis des mois, de nombreuses actions portant sur l'information et sur la formation ont été menées, certaines en lien avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). La meilleure préparation consiste à participer à des exercices locaux, régionaux ou nationaux.

La communication déployée sur ce plan s'intègre à la communication globale de la gestion de crise, afin qu'elle soit utile même si la pandémie de grippe ne survenait pas.

II - Dans le cadre du plan « pandémie grippale », les patients graves et la déprogrammation : les aspects éthiques et la communication.

Le **président** donne la parole à M. LIENHART pour évoquer les prémices de la réflexion éthique menée dans ce cadre.

M. LIENHART rapporte les travaux d'un groupe réuni sur le thème « les patients graves et la déprogrammation ».

En cas de pandémie grippale, on estime que la moitié des patients se trouverait en réanimation ou en surveillance continue alors que 30 % du personnel seraient absents. Un certain nombre d'activités devra par conséquent être déprogrammé. Le groupe « patients graves et déprogrammation » préconise notamment des formations à la réanimation de base destinées à des non-spécialistes afin que des anesthésistes habituellement impliqués dans le bloc opératoire puissent se rendre en service de réanimation, ou que des médecins qui ont pratiqué la réanimation dans leur cursus médical puissent dispenser ces soins. La moitié des patients seront du ressort de la réanimation.

Une hiérarchisation des soins sera également nécessaire. A travers les éléments de déprogrammation se posent des questions d'ordre technique dont la réponse peut se trouver au sein des collégiales, lesquelles ont été interrogées à ce sujet ; certaines ont répondu, d'autres non : il est important que ces dernières le fassent, de façon à réduire les incertitudes concernant les patients relevant de ces disciplines. Mais les questions ne sont pas exclusivement techniques, elles relèvent également de l'éthique. Ainsi, en période de pandémie, soigne-t-on les personnes de manière équitable d'un hôpital à l'autre de l'AP-HP et vaut-il mieux soigner les personnes suivant un principe d'utilité, en terme de qualité de survie ? Ces questions risquent d'être au centre des décisions que les médecins devront prendre aussi bien dans les services d'urgences que de réanimation.

Face à ces concepts, les praticiens du groupe de travail solliciteront l'expertise du président du comité consultatif national d'éthique (CCNE), de l'espace éthique de l'AP-HP et des sociétés savantes.

Pour décliner concrètement des principes éthiques il convient de prévoir, à l'échelon de l'hôpital d'une part, plusieurs personnes qui les mettront en œuvre en veillant à la déprogrammation et à l'attribution des moyens entre les services, à l'échelon central d'autre part, une cellule de veille sera chargée d'assurer l'homogénéité entre les hôpitaux.

Ces principes éthiques ne pourront être appliqués que si la population est informée. Il est apparu au groupe que la première tâche consiste à définir l'information à délivrer aux patients et à leurs proches pour expliquer comment l'hôpital se réorganise dans un tel contexte. Le groupe se fixe ainsi comme premier objectif la rédaction d'une note d'information associant les professionnels (médecins, infirmiers, directeurs des hôpitaux), les associations de patients et de bénévoles et les spécialistes de l'éthique. Une approche pragmatique permettra de dégager des questions qui seront soumises aux spécialistes de l'éthique et à la CME.

Le **président** ouvre la discussion sur ces deux points de l'ordre du jour.

Lors d'épidémies passées (la peste à Marseille, l'épidémie d'Ebola) le confinement des malades à risque s'est fait avec l'aide des forces de l'ordre fait observer **M. BERNAUDIN**. Les mesures de confinement concernaient également les soignants et leur famille. Puis il demande si dans le contexte d'un début de pandémie, il est envisagé un système de confinement des entrants dans les zones de haute densité virale.

L'AP-HP s'inscrivant dans le tissu sanitaire de la région parisienne **M. LAPANDRY** voudrait savoir d'une part si le plan de déprogrammation prévoit le report de certains patients vers d'autres établissements notamment privés qui ne seront manifestement pas concernés par le plan, d'autre part si le dispositif de l'AP-HP est intégré dans le contexte régional, public comme privé.

M. BRICAIRE précise que la grippe aviaire se situe à une autre échelle que l'épidémie d'Ebola. Au début d'une situation pré-pandémique, l'enjeu consistera à repérer les premiers cas grâce aux alertes déclenchées. En période pandémique, le schéma de zone de haute densité connaîtra probablement des débordements vers la zone de basse densité virale. De même se pose le problème de déterminer dans quelle partie de l'hôpital on traitera un malade infecté par la grippe qui fera par exemple un infarctus du myocarde.

La participation des structures privées à l'ensemble des dispositifs n'est pas encore réglée, sachant qu'il est nécessaire de veiller à un partage pour éviter que le secteur public assume la prise en charge des patients infectés pendant que les patients déprogrammés à l'AP-HP se rendront dans le secteur privé.

A une question de **M. GUILLEVIN** relative, en cas de grippe aviaire dans les prisons, au confinement sur place des détenus infectés, **M. HROUDA** répond que cette mesure est inscrite dans la circulaire générale, toutefois un travail est réalisé afin d'en vérifier la faisabilité.

A l'adresse de **Mme DEBRAY-MEIGNAN** qui s'informe sur d'éventuelles mesures de réduction des activités pour limiter la dissémination du virus, **M. HROUDA** indique que les pouvoirs publics prévoient, à ce stade, une interruption des transports en commun dès la première alerte pour au moins quarante huit heures. Les ministères de l'intérieur et des transports étudient les moyens de substitution qui permettraient de prendre en charge le personnel travaillant dans des établissements considérés comme vitaux, tels que les hôpitaux. Ainsi, tandis que les transports en commun seraient arrêtés, les hôpitaux seraient obligés dès le début de la crise de se placer en plan blanc généralisé, c'est-à-dire d'utiliser dans ces circonstances l'ensemble des personnels recrutés. Ce point fait l'objet à l'heure actuelle d'une étude particulière au niveau de la zone de défense de Paris, avec la Préfecture de Paris.

M. BRICAIRE répond par ailleurs à **Mme DEBRAY-MEIGNAN** sur le délai du laboratoire référent (à Paris, l'Institut Pasteur) pour confirmer une infection par le virus H5N1 qui est de quarante huit heures.

Dans le domaine des transports, on se trouve face à un paradoxe possible intervient **M. BOULANGER** puisque ceux-ci s'arrêteraient pour empêcher la dissémination du virus, provoquant l'arrêt de l'activité économique et des activités des hôpitaux de l'AP-HP. Il n'est pas possible de concevoir un système sans moyen de transport pendant toute la durée de la première vague épidémique, soit dix à douze semaines ; l'institution envisage plutôt un temps d'observation et de réaction dans une phase liminaire, milite pour que les transports en commun puissent fonctionner et promeut les mesures barrières. Tout ne peut se résoudre par le confinement à domicile de l'ensemble de la population, non crédible sur une période de trois mois. Les écoles et les crèches seront vraisemblablement fermées pour une durée peut-être plus longue que pour les transports en commun.

La mobilisation des autres établissements est une des préoccupations de l'AP-HP qui rencontre régulièrement l'union régionale des hôpitaux d'Ile-de-France (URHIF), milite pour que les établissements privés soient effectivement mobilisés. Dans une telle situation, l'AP-HP ne serait pas en mesure de prendre toute la charge - son poids étant plus important en réanimation et en soins continus que dans la prise en charge de base-, elle n'imagine pas être la seule à déprogrammer et interpellera les autorités de la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et les autorités de zone pour que l'ensemble des établissements soient mobilisés.

Il paraît important à **M. BOULANGER** que l'organisation de l'AP-HP soit suffisamment crédible et performante pour être reproductible par les autres établissements.

M. RICHARD exprime son inquiétude sur le fait qu'en cas de crise, un grand nombre de malades relèverait de la réanimation et de la surveillance continue. Un long chemin reste à parcourir à sa connaissance en dépit de l'important travail réalisé par l'administration et par la CME dans le domaine de la création de lits de surveillance continue, tant sur le plan architectural qu'en dotation en personnel soignant.

Il demande si les plans de crise fourniront l'occasion de mobiliser les énergies pour créer rapidement des lits de surveillance continue et recruter du personnel soignant, ou si des solutions alternatives seront prévues face au constat d'insuffisance. Dans l'affirmative, quelle en sera la forme et avec quel type d'organisation.

M. LIENHART répond que l'institution n'a pas attendu le plan sur la pandémie grippale pour demander à chaque hôpital de recenser ses lits de surveillance continue en cas de crise. On appelle lieu de surveillance continue tout endroit qui dispose de prises de vide et transformable en lieu de surveillance continue.

III - Imagerie en pathologie cardiovasculaire : état actuel et perspectives.

Le **président** considère qu'il est important de réaliser des réflexions prospectives avant l'élaboration du prochain plan stratégique de l'AP-HP. Il propose donc à la CME d'écouter des experts qui évoqueront les grandes perspectives de leurs disciplines. C'est **M. GUERET** qui présentera un rapport sur l'imagerie en cardiologie.

M. GUERET présente le rapport sur l'état actuel de l'imagerie en pathologie cardiovasculaire et sur les pistes de réflexion en particulier pour l'équipement dans les années à venir (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'imagerie en pathologie cardiovasculaire se caractérise par son extrême diversité technologique, en évolution permanente. Depuis les trente dernières années, il ne se passe pas cinq ans sans qu'une nouvelle technique apparaisse ou que des perfectionnements majeurs soient mis à la disposition des cliniciens. Il rappelle brièvement les principales indications cliniques de l'imagerie cardiovasculaire et mentionne les principales technologies utiles pour évaluer l'effet du traitement, notamment les méthodes dites d'imagerie de coupe, apparues voici quelques années, essentiellement l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et le scanner cardiaque. Dès lors se posera la question du choix de l'équipement dans les établissements.

L'angiographie conventionnelle reste la méthode de référence, en particulier pour les vaisseaux de petit calibre, concurrencée par l'imagerie de coupe pour les gros vaisseaux. La coronarographie reste la méthode de référence pour le diagnostic et la thérapeutique des artères coronaires. Les progrès technologiques concernent des capteurs plans et l'angiographie rotationnelle.

Pour l'avenir, il semble important de réfléchir dès à présent à l'installation de salles cardiovasculaires à usage à la fois à diagnostic et thérapeutique et à la rapide transformation de salles de diagnostic vasculaire en salles d'opération.

L'échographie, largement utilisée, a bénéficié de progrès technologiques constants depuis quarante ans. L'échographie diagnostic de routine persiste. Ses points forts se fondent sur son extrême accessibilité, la mobilité des appareils et le rapport qualité-prix.

La scintigraphie myocardique, méthode de routine largement diffusée, est indiquée pour l'étude de l'ischémie myocardique et de la fonction du ventricule gauche. On attend peu d'évolutions technologiques, de nouveaux marqueurs apparaîtront probablement.

Le délai de rendez-vous constitue un problème en particulier à l'AP-HP, car il existe peu de centres en Ile-de-France.

La tomographie à émission de positons (TEP), longtemps la méthode de référence pour l'étude de viabilité myocardique, est actuellement concurrencée par l'échocardiographie dite de stress et l'imagerie par résonance magnétique.

De nouvelles indications apparaîtront telles que l'étude des marqueurs de l'inflammation, l'hypoxie et l'apoptose. Un couplage technologique est possible avec le scanner, l'indication clinique principale reste l'oncologie et un appel d'offres est en cours pour l'acquisition d'un cyclotron par l'AP-HP.

L'imagerie par résonance magnétique a fait irruption aussi bien pour la pathologie du cœur que pour celles des vaisseaux avec des évolutions technologiques importantes. La méthode a pour points forts une imagerie en temps réel, des acquisitions rapides, et ne nécessite pas l'injection d'un produit iodé.

Le scanner coronaire, d'irruption récente, utile pour la localisation des vaisseaux, comporte des inconvénients en l'irradiation et en l'utilisation d'un agent de contraste iodé, qui conduit à une potentielle néphrotoxicité.

Malgré les efforts d'équipement des services d'imagerie à l'AP-HP, les indications de plus en plus nombreuses provoquent des délais d'attente. Il s'agit de savoir dans l'avenir si le scanner l'emportera sur l'IRM ou l'inverse.

En conclusion, ces méthodes utilisées en recherche, s'améliorent en permanence et à coût constant. Il faut déterminer si ces techniques seront des méthodes d'addition ou de substitution. Il importe de prévoir l'installation de quatre voire cinq appareils d'imagerie de coupe pour les établissements traitant un important volume de pathologies cardiovasculaires.

Le regroupement d'industriels de toutes ces méthodes d'imagerie au sein de quatre groupes industriels mondiaux leur laisse toute latitude de la stratégie du développement technologique.

La collaboration interdisciplinaire semble fondamentale à M. GUERET ; elle est justifiée par la démographie médicale hospitalière en particulier dans les services d'imagerie à effectif médical parfois limité. Au vu du développement et de l'impact pour les soins de toutes ces méthodes d'imagerie, il apparaît indispensable à ses yeux, que les spécialistes d'organes soient progressivement formés dans les services d'imagerie pour devenir à terme les collaborateurs des radiologues, les enjeux scientifiques et médicaux-économiques étant considérables. Ces recommandations doivent être faites auprès des tutelles vis-à-vis de l'investissement.

Il mentionne l'exemple du STIC 2005 (validation du scanner coronaire) retenu par le ministère dont l'AP-HP est l'organisme coordinateur au niveau national.

Pour l'année 2005 l'investissement totalise quarante quatre millions d'euros. Compte tenu de la durée de vie des appareils (cinq à sept ans) et des logiques d'achat et de maintenance laquelle représente 5 % par an des dépenses, il semblerait utile d'explorer les possibilités de reprises de matériel d'occasion et d'acquisition en *leasing*, d'harmoniser les appels d'offre d'équipement et de travaux et de développer le transfert de compétence.

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

L'abord chirurgical paraît important à **M. DASSIER**. La pose d'endoprothèses doit amener à réfléchir sur l'architecture de la salle d'opération qui doit théoriquement permettre à l'équipe d'anesthésie – réanimation d'intervenir en garantissant la sécurité et la qualité de soins.

M. GOËAU-BRISSONNIERE fait savoir que dans l'hôpital où il exerce, une salle d'opération avec un poste fixe d'angiographie devrait être transformée en une salle d'angiographie numérisée aux qualités chirurgicales qui permettrait chaque fois que nécessaire aux différentes disciplines concernées d'intervenir dans les meilleures conditions. Il souligne l'intérêt d'évoluer dans ce sens.

Compte tenu du coût des matériels, une solution pourrait-elle être de les « upgrader », questionne **M. LAPANDRY**.

Selon **M. GUERET**, il existe des mises à jour partielles des appareils ainsi que des améliorations logicielles, mais il est parfois nécessaire de modifier l'architecture des appareils qui ne sont pas forcément implémentables.

Au regard des quarante quatre millions d'euros d'achat de matériel **M. LE HEUZEY** se demande si l'institution tire réellement un avantage de sa taille qui devrait lui permettre de négocier les prix d'achat avec les fournisseurs d'appareil.

M. GUERET confirme que les constructeurs pratiquent pour l'AP-HP des réductions de coûts significatives. Il faut toutefois éviter les négociations exclusives qui placeraient un constructeur en situation de monopole.

Trois points paraissent fondamentaux à **M. BERNAUDIN** :

- l'imagerie isotopique et l'imagerie non-isotopique doivent être regroupées au même endroit ;
- la nécessité d'acquérir au cours de l'internat une double compétence (cardiologue-imageur) que l'organisation actuelle de l'internat ne permet pas d'acquérir ;
- la délégation de compétences vers le personnel paramédical.

La double compétence n'existe pas dans le cadre de l'internat acquiesce **M. GUERET** qui signale la création récente d'un diplôme inter-universitaire après des accords passés entre la société française de radiologie et la société française de cardiologie.

Eu égard au coût **M. RYMER** considère que si l'AP-HP ne bénéficie pas d'un plan Hôpital 2012, il lui sera financièrement difficile de suivre les progrès technologiques.

Il doute par ailleurs du fait que les constructeurs conditionnent le marché dans la mesure où ceux-ci sont obligés de suivre le progrès technologique et de se conformer à la demande de leurs clients.

La cardiologie étant divisée en pôles lourds et non-lourds, **M. RICHARD** pense que le développement des appareils sera favorisé dans les pôles lourds creusant ainsi davantage le fossé entre ces pôles, ce qui serait selon lui une grave erreur.

Pour **M. GUERET** le nombre d'appareils doit être adapté au volume de patients à traiter.

Le **président** demandant les raisons qui empêchent l'AP-HP de pratiquer le leasing alors qu'il apporterait une solution intéressante, **M. GUERET** répond que ce procédé n'est pas autorisé au plan réglementaire de même que la vente d'appareils d'occasion.

M. GUIN s'engage à étudier les marges de manœuvre que laisse la réglementation dans ce domaine et à tenir l'instance informée lors d'une prochaine réunion.

IV - Information sur le rapport d'étape annuel 2006 au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France.

La parole est donnée à **Mme FERY-LEMONNIER** qui rappelle qu'en fin d'année dernière l'AP-HP a signé avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) un contrat fixant trente et un objectifs de qualité des soins, en échange du remboursement des dépenses de produits de santé hors groupe homogène de séjour (GHS), soit environ deux cents millions par an, ce qui explique son enjeu.

Le rapport sur la mise en œuvre par l'AP-HP de ce contrat en 2006 doit être fourni à l'ARH-IF. Les pièces justificatives sont consultables sur le site Internet de la CME.

Ces trente et un objectifs sont relativement simples mais précis. Chaque hôpital a réalisé son propre bilan et appliqué une notation. Le rapport d'étape annuel de l'AP-HP remis sur table a été rempli par le comité de pilotage du contrat sur la base de ces bilans ; l'auto évaluation réalisée aboutit à un score global de 90 sur 100.

Cette note recouvre des situations hétérogènes puisque certains hôpitaux n'atteignent pas le seuil de 80 sur 100, nécessaire pour les remboursements. Dans cette note de 90 sur 100, huit points facultatifs ont été obtenus grâce au rôle scientifique des 250 à 300 médecins qui rédigent depuis un an et demi les référentiels de juste prescription de l'AP-HP, et des comités consultatifs médicaux qui se sont mobilisés pour procéder à l'évaluation de leurs propres pratiques. Sans ce rôle particulier, l'AP-HP n'obtiendrait qu'une note de 82 sur 100, c'est-à-dire à la limite du seuil de remboursement.

Ce contrat sera présenté à la CME une fois analysé l'ensemble des résultats. Mme FERY-LEMONNIER fait le constat des premières pistes d'amélioration pour 2007, le circuit et la traçabilité du dispositif médical, et l'auto-évaluation par les médecins de leurs pratiques, fondement de ce contrat. Il revient aux membres de la CME de porter une dynamique sur cette priorité.

Ce projet de rapport sera envoyé dès ce soir à l'ARH-IF qui émettra une proposition de taux de remboursement. Ce dernier sera arrêté le 1^{er} décembre. La validation de la note de l'AP-HP aurait pour conséquence un taux de remboursement à 100 % pour l'année prochaine.

Des propositions de travail pour 2007 sur les points à améliorer seront soumises à l'instance lors d'une prochaine réunion.

Inquiété par la fragilité des outils informatiques de transition qui vont exister pendant quatre ans au moins et qu'il convient de conforter, M. LEVERGE a rencontré le directeur des systèmes d'information, lequel a confirmé la nécessité de ce renforcement malgré le futur système d'information. La non obtention des points nécessaires dans le contrat de bon usage l'an prochain entraînerait la perte de plusieurs millions d'euros conclut-il.

M. NAVARRO partage cette inquiétude eu égard à l'enjeu du contrat. Cette année, la performance s'avère inférieure à l'attente. L'année prochaine, l'ARH-IF sera plus exigeante et donc plus rigoureuse sur l'analyse des réponses de l'AP-HP, en particulier sur tout ce qui a trait à la juste prescription des médicaments ou au dispositif médical. Si l'AP-HP s'écarte de ses objectifs, des sanctions financières non négligeables sont à craindre.

Il attire l'attention des membres de la CME sur la nécessité d'agir dès maintenant pour ne pas relâcher les efforts dans le domaine de la juste prescription et de rester extrêmement vigilants sur ce sujet.

V - Information relative au deuxième état quadrimestriel de l'exécution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

M. GUIN présente la deuxième situation quadrimestrielle de l'année qui porte sur l'état des réalisations en recettes et en dépenses à la fin du mois d'août 2006 par rapport aux objectifs initiaux, ainsi qu'une prévision de l'exécution annuelle 2006 (cf. document remis sur table).

De façon générale, trois points sont à relever :

- un excédent de 19 millions d'euros des recettes sur les dépenses à la fin août. A la fin du mois d'avril, lors de la première situation quadrimestrielle, l'excédent était de 63 millions d'euros ;

- une prévision d'exécution en équilibre budgétaire sur l'ensemble de l'année, conformément aux objectifs fixés dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui constitue le point essentiel de ce deuxième état quadrimestriel ;
- la nécessité de prendre un budget rectificatif, intégrant des notifications des crédits supplémentaires obtenus dans le courant de l'été de la part de la tutelle.

La situation quadrimestrielle à la fin du mois d'août bénéficie d'une méthodologie améliorée par rapport à la première qui sera stabilisée lorsqu'on disposera d'une année de recul. La comparaison portant sur les charges et les produits entre la prévision saisonnée et la réalisation, fait apparaître une sous-exécution relativement significative de 60 millions d'euros pour les charges et une sous-exécution plus modeste de 8 millions d'euros sur les produits.

La projection annualisée s'élève à 5, 810 milliards d'euros en recettes comme en dépenses ; l'AP-HP est donc en mesure d'atteindre l'objectif fixé lors de l'EPRD initial.

Les éléments d'analyse en recettes

Sur le titre 1 des recettes, on constate une sous-exécution des recettes de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) par rapport à la prévision de 12 millions d'euros environ sur l'année, liée à la fois à l'évolution de l'activité plus faible en nombre de séjours et à l'impact de la baisse des tarifs sur le second semestre.

En revanche un bonus d'exécution relativement important de 17 millions d'euros est prévu pour l'hospitalisation à domicile lequel compense la perte sur l'hospitalisation en séjour. L'impact lié aux médicaments remboursés en sus dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) est favorable. Un bonus d'exécution à hauteur de 18 millions d'euros est attendu, compensé par des dépenses elles aussi en hausse par rapport aux prévisions, ramenant au total sur le titre 1, le bonus d'exécution à 15 millions d'euros.

Concernant les deux autres titres de recettes, notamment les recettes hospitalières hors assurance maladie des aléas négatifs sont observés. Une surestimation initiale des recettes sur le titre 2 est à l'origine de cet écart.

Globalement, sur l'ensemble de l'année, une sous-exécution en recettes est prévue à hauteur de 40 millions d'euros, représentant un pourcentage relativement limité du budget (0, 68 %).

Les éléments d'analyse en dépenses

Le facteur majeur concerne le titre 1, essentiellement les dépenses de personnel, pour lesquelles on pressent un écart à la prévision de 45 millions d'euros, soit un bonus de sous exécution proche de celui de l'année 2005. Bien que le niveau de vacances des postes de personnel non-médical reste relativement élevé - environ 2 000 postes vacants à fin août-, il se situe néanmoins en baisse par rapport à l'année dernière.

Concernant les autres titres, les seules évolutions notables sont pour le titre 2, l'augmentation des dépenses en médicaments, liée à l'augmentation des dépenses de médicaments remboursés en sus et une légère sous-exécution du titre 4 liée principalement à une exécution des frais financiers en diminution d'une dizaine de millions d'euros par rapport à la prévision initiale.

M. GUIN achève son exposé en insistant sur le message principal qui réside dans le maintien de l'objectif d'exécution du budget à l'équilibre. La sous-exécution devrait être relativement modérée en charges comme en produits.

VI - Avis sur le projet de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses modificatif.

L'EPRD modificatif intègre l'impact des mesures nouvelles notifiées dans le courant de l'été par la tutelle, indique **M. GUIN**, et porte sur deux séries de mesures nouvelles notifiées pour :

- 37,5 millions d'euros en dotation annuelle de financement (DAF) ou en missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- 2,3 millions d'euros au titre du fonds de modernisation des établissements de santé pour la promotion professionnelle.

Ces mesures nouvelles, décrites dans le détail dans les documents de séance, correspondent à un ensemble de mesures de diverses natures portant sur des dépenses notamment de personnel, de santé publique (plan cancer, maladies rares), du progrès médical.

Ces notifications complémentaires ont été intégrées dans l'EPRD modificatif pour des montants égaux en recettes et en dépenses.

L'EPRD initial se situe à 5,805 milliards d'euros en charges et en recettes, majoré en charges et en recettes de 44 millions d'euros soit un total d'EPRD modificatif porté à 5,849 milliards d'euros.

Il souligne enfin l'impact de l'évolution de la capacité d'auto-financement qui aboutit à un prélèvement sur le fonds de roulement de 29,3 millions d'euros.

Le **président** ouvre la discussion sur les deux points budgétaires exposés.

Il paraît difficile à **M. CHAUSSADE** d'établir un EPRD alors que l'évolution des tarifs et de l'activité restent deux inconnues.

Par ailleurs, il conviendrait de préciser les activités incluses dans l'hospitalisation de jour, car les données figurant dans le document de séance lui semblent discordantes.

En réponse à une question de **M. RYMER** relative à l'intéressement dont devraient bénéficier les hôpitaux expérimentateurs de la mise en place des pôles, **M. GUIN** indique que l'administration réfléchit activement à la confection d'un dispositif d'intéressement, lequel concernera à terme, l'ensemble des hôpitaux et qui devrait bénéficier dans un premier temps aux quatre hôpitaux préfigurant la nouvelle gouvernance. Les règles de ce dispositif seront définies dans le détail au début de l'année 2007 dans le cadre de la préparation de l'EPRD 2007, et non dans le cadre de l'exécution de l'EPRD 2006.

Quant aux inconnues évoquées par **M. CHAUSSADE**, celles-ci diminuent au fur et à mesure de l'exécution de l'EPRD informe **M. GUIN**. A ce jour, on connaît d'une part la baisse décidée pour les tarifs et l'impact pour l'AP-HP, soit une baisse globale de 1,4 % sur les recettes, d'autre part l'évolution de l'activité sur la base des résultats atteints à la fin du mois d'août. Cela amène à fonder les prévisions sur une activité très proche, en nombre de séjours, de l'activité envisagée initialement. L'évolution des séjours devrait atteindre 2,6 % avec une progression plus forte de l'hospitalisation partielle.

Au regard de ces éléments, on prévoit aujourd'hui une évolution quasi nulle des recettes d'activité entre 2005 et 2006 pour les séjours, mais des bonis d'exécution significatifs concernant l'hospitalisation à domicile.

M. GUIN fait état de la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) parue au mois de septembre dite circulaire « frontières ». Dans les prochains jours, une communication auprès des établissements devrait en faciliter l'interprétation.

M. NAVARRO confirme le flou des frontières. Il est même envisagé d'éditer un guide de bonnes pratiques qu'il propose d'adresser aux membres de l'instance.

Même si des règles sont définies, des points méritent d'être discutés aujourd'hui, selon M. GUILLEVIN car se posent des problèmes de tarification des médicaments en hôpital de jour. Il cite d'abord l'exemple de la cancérologie, des médicaments sont remboursés dans le cadre de la T2A alors qu'ils sont attribués lors d'hospitalisations de jour à des tarifs élevés. Puis il prend l'exemple des MIGAC en évoquant le traitement d'un patient atteint d'une maladie rare en hôpital de jour dans un centre de référence ; alors qu'une enveloppe lui a été théoriquement affectée dans le cadre des MIGAC, la consultation est néanmoins re facturée.

Ces deux points feront justement l'objet d'une clarification dans les prochains jours déclare M. GUIN qui signale par ailleurs que les travaux menés avec la DHOS sur la tarification en C2 et en C3 dans le cadre des consultations vont permettre à l'AP-HP, d'ici la fin de l'année, la tarification en C3 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il se dit prêt à réaliser une présentation sur ce sujet, car la modification fait peser sur l'AP-HP, comme sur les autres hôpitaux, des obligations nouvelles.

Mis aux voix par le **président** le projet d'EPRD modificatif est adopté à l'unanimité.

VII - Avis sur des créations de pôles d'activité et sur des modifications de structures internes aux pôles d'activité.

M. MADELENAT engage l'examen des dossiers relatifs aux pôles d'activité qui ont fait l'objet de débat en groupe des structures.

❖ GHU sud

Hôpital Paul Brousse

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 4 pôles :*
 - *Pôle A : Foie et cancer.*
 - *Pôle B : Vieillesse, réadaptation et accompagnement.*
 - *Pôle C : Biologie et activités médicales transversales.*
 - *Pôle D : Médecine.*

L'hôpital Paul Brousse fait partie des hôpitaux expérimentateurs pour lesquels le groupe des structures a souhaité revoir l'organisation au terme de l'exercice. La structuration du pôle B a suscité des discussions.

La proposition de l'hôpital consistait à transformer en trois unités fonctionnelles les trois services existants qui comportaient deux chefferies vacantes. Le CCM de Paul Brousse avait voté à l'unanimité moins une abstention ce projet de structuration l'argumentant par l'insuffisance de candidats pour reprendre ces services.

La structure en unités fonctionnelles s'avère intéressante au plan thématique (médecine gériatrique, soins de suite, soins de longue durée). Le président de la collégiale de gériatrie ayant émis un avis favorable, le groupe des structures a accepté la proposition bien que la disparition des services lui apparaisse discutable.

Le pôle C a fait l'objet de critiques par les représentants de la biologie au sein du groupe des structures, en raison notamment du sous-dimensionnement d'un certain nombre d'unités du pôle.

La suppression possible enfin de l'unité fonctionnelle de médecine du sport méritait en outre un éclaircissement.

Le groupe des structures, favorable à la structuration globale en pôles mais défavorable à l'organisation des structures internes de gérontologie, de biologie, de médecine du sport, a demandé sur ce dernier point à M. FAYE d'établir un rapport et sollicité l'avis du conseil exécutif lequel a accepté la proposition de l'hôpital Paul Brousse.

M. MADELENAT précise enfin que tous les points soulevés par le groupe des structures n'ont pas été totalement éclaircis.

Mme DEBRAY-MEIGNAN rappelle que l'hôpital Paul Brousse est un site expérimentateur de la nouvelle gouvernance. La décision a été prise de constituer un pôle unique de gériatrie ; il s'agit maintenant de déterminer si les trois services qui le composent sont maintenus ou supprimés.

L'intervenante fait savoir que contrairement à l'information qui circule depuis plusieurs années, il y a toujours eu des candidats à ces chefferies de services et cite en exemple plusieurs praticiens.

Du point de vue des gériatres, ce problème s'avère symptomatique de la volonté ou non de la CME de faire disparaître les services. Ce point mérite un vote clair qui aura valeur d'exemplarité pour d'autres sites, conclut-elle.

Le **président** tient à souligner le souhait local, du CCM, de la direction de l'hôpital et de l'ensemble du groupement hospitalier universitaire sud et de créer un pôle dont la composition se trouve modifiée. Il s'agit donc d'un changement de la composition structurelle du pôle.

Tandis que des services assuraient en même temps plusieurs fonctions, il a été décidé de diviser les fonctions en unités différenciées (gériatrie aiguë, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, consultations) dont les médecins gériatres seront responsables. Un responsable de pôle, de grande qualité fait l'unanimité précise M. de PROST qui rejette la critique portant sur l'idée d'une volonté de suppression des services. Les dispositions de la nouvelle gouvernance, reprises dans le règlement intérieur de l'AP-HP, confirment la conservation des services comme le prouve la lettre qu'il a co signée avec la directrice générale à l'adresse du ministère contestant la non-publication des vacances des chefferies de service. A ce propos, la situation progresse comme peut le confirmer le **secrétaire général** de l'AP-HP qui a rencontré la nouvelle responsable de la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS).

Si le vote du CCM a été quasi unanime intervient **Mme DEBRAY-MEIGNAN**, c'est qu'il ne reste pratiquement plus de praticiens hospitaliers dans les services de gériatrie, soit trois praticiens hospitaliers dont le chef de pôle sur les dix de gériatrie de l'ancienne équipe ; leur force d'opposition est donc faible en CCM.

❖ **GHU nord**

Hôpital René Muret

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 1 pôle :*

- *Pôle : Gériatrie.*

Un premier projet, précise **M. MADELENAT** proposait une structuration en deux pôles au dimensionnement disproportionné, l'un regroupant toutes les activités classiques et l'autre les activités ambulatoires.

Le projet suivant de l'hôpital contenait les mêmes faiblesses, aussi le groupe des structures a proposé la structuration en un pôle unique qui regroupe l'ensemble des activités de l'hôpital mais permettant au final une organisation plus satisfaisante. Désormais l'hôpital est organisé en un pôle unique, comportant des unités fonctionnelles pour la cohérence des activités.

❖ **GHU ouest**

Hôpital Européen Georges Pompidou

- *Présentation du projet d'organisation de l'activité de cardiologie.*

L'hôpital propose, indique M. MADELENAT, la transformation des trois services de cardiologie, dont la chefferie est vacante, pour la création de quatre unités cliniques.

Après avoir expliqué par le détail le cheminement du projet de l'hôpital Européen Georges Pompidou de transformer les structures internes du pôle cardio-vasculaire, M. MADELENAT déclare que le groupe des structures est favorable à l'expérimentation d'une organisation de pôle en unités cliniques.

Après avoir indiqué que sur table se trouve une proposition de délibération qui sera présentée au conseil d'administration le 20 octobre et qui complète le règlement intérieur de l'AP-HP que la CME a examiné au mois de juin, **Mme FERY-LEMONNIER** précise que cette délibération propose l'expérimentation pour une période de quatre ans, d'un nouveau type de structure interne des pôles d'activité, l'unité clinique. L'expérimentation sera conduite par des hôpitaux volontaires et sera soumise à une évaluation. Si l'expérimentation s'avère intéressante au terme du bilan qui en sera réalisé, l'unité clinique constituera une structure au même titre que le service et le département. Dans le cas contraire, les conséquences de l'expérimentation seront tirées.

M. BERNAUDIN demande d'une part, pourquoi ne pas envisager un département de cardiologie avec des unités fonctionnelles distinctes, d'autre part si ces unités cliniques seront flottantes ou réorganisées sous la bannière de la cardiologie. Il comprend mal leur apport par comparaison à d'autres structures tout autant envisageables.

La proposition de création de départements, précise **M. NAVARRO** a essuyé un refus.

Pour **M. LEVERGE** la question est de savoir si, au sein d'un pôle, l'unité clinique se situe au même niveau qu'une unité fonctionnelle. Il rappelle qu'une unité clinique est dirigée par un responsable désigné par le chef de pôle, impactant la nature des liens hiérarchiques. A son sens, la procédure de désignation du responsable fait davantage débat que la structure elle-même.

M. LACAU ST GUILY souligne le problème majeur que représente la non publication des chefferies de services, les structures alternatives semblant destinées à prendre la place des services. Il se dit préoccupé par cette évolution qui place le service parmi d'autres structures et s'interroge sur le processus conduisant une communauté médicale vers ce choix.

Pour **M. AIGRAIN** ce schéma montre l'intérêt de la mise en commun de structures et l'organisation en parallèle de l'activité médicale. L'AP-HP peut faire preuve de liberté dans la définition du choix des structures internes de ses pôles, mais le problème de la désignation des responsables de structures internes au pôle reste entier.

Le choix de **M. LE HEUZEY** concernant l'hôpital Européen Georges Pompidou, se portait sur la création d'un département mais le consensus n'a pas été obtenu.

Selon **M. FAYE** en l'absence de précision sur le mode de recrutement du responsable de l'unité clinique, une délibération en conseil d'administration serait sans valeur.

Le **secrétaire général** se propose d'explicitier le principe de la réforme qui consiste à organiser des pôles d'activité composés de structures internes notamment les services et les unités fonctionnelles, mais également les départements.

La possibilité d'une structure nouvelle *a priori* intéressante demande à être testée. L'idée consiste à inscrire l'expérimentation des unités cliniques non dans la délibération sur le règlement intérieur de l'AP-HP à vocation stable, mais dans une délibération complémentaire, car il s'avère nécessaire de nommer et de définir une chose pour pouvoir l'instituer. La différence entre l'unité clinique et les autres structures réside dans le fait qu'elle permet une prise en charge des patients organisée en plates-formes partagées. En principe, dans un service, les plates-formes de prise en charge fonctionnelle restent directement liées aux structures médicales même si les moyens sont mutualisables.

Si, à la suite de l'avis de la CME, le conseil d'administration adopte d'une part le règlement intérieur et d'autre part la délibération complémentaire sur l'expérimentation, le principe de l'organisation intérieure des pôles sera demain celui de services, d'unités fonctionnelles, de départements, et exceptionnellement celui d'unités cliniques, autorisées pour quatre ans, à titre dérogatoire et expérimental, uniquement pour les hôpitaux volontaires.

Faute d'adaptation du règlement intérieur, les services d'aujourd'hui seraient figés et disparaîtraient au fur et à mesure de l'évolution des structures médicales.

Si le système de nomination actuel des chefs de service s'applique aux services pré existants, il cessera en revanche de s'appliquer en cas de modification des services antérieurs. S'appliquera dès lors la nouvelle règle définie par la loi pour la nomination du responsable des structures internes et, plus particulièrement, pour la nomination des chefs des services ayant évolués ou ayant été créés à partir du 31 décembre de l'an prochain.

Le projet de règlement intérieur prévoit que les nominations se fassent après avis du comité consultatif médical de l'hôpital.

Il ne semble pas à **M. AIGRAIN** que le projet de règlement intérieur mentionne des modalités de régulation ou de validation par le CCM, et à plus forte raison par la CME. Il pourrait être utile de différencier le mode de validation par les CCM pour les unités fonctionnelles ou les autres structures internes et pour les services, par la CME en plus de l'avis local.

M. CHAUSSADE souhaite savoir si ce qui différencie les services dits « ancien régime » des nouveaux services, est lié à leur structure ou au renouvellement des chefs de service.

Le **secrétaire général** indique que la différence repose sur l'existence du service dans sa composition et dans sa structure. Les services qui existaient déjà, mais la date à prendre en compte reste à préciser, celle de la parution de l'ordonnance le 2 mai 2005 ou celle du 31 décembre 2007, seront considérés comme des services « ancien régime ». Jusqu'à la publication du texte organisant la liste d'aptitude, les responsables de ces services continueront à être nommés directement par le ministre. Une fois la liste d'aptitude parue, la nomination se fera par le directeur général, le président de la CME et le doyen sur la base d'une liste d'habilitation à diriger un service établie par le ministre.

Puis **M. CHAUSSADE** signalant que dans le texte remis sur table ne figure pas la procédure de validation par le CCM, **M. BOULANGER** ajoute que la règle générale pour les structures internes est définie par la loi. Le règlement intérieur prévoit l'avis du CCM pour toutes les structures internes. Si le conseil d'administration adopte la création d'unités cliniques à titre expérimental, une structure particulière sera créée à titre dérogatoire mais le processus de nomination des responsables s'adaptera au processus général de nomination. Le règlement intérieur définit donc le processus de nomination des responsables de toutes les structures qu'elles soient classiques ou dérogatoires.

Des votes distincts s'effectuent, dont les deux premiers à bulletin secret :

- le premier vote, concernant le principe d'unités cliniques à l'hôpital Européen Georges Pompidou, recueille 22 voix favorables, 9 voix défavorables et 2 absentions pour 33 votants ;
- le deuxième vote, concernant le projet de l'hôpital Paul Brousse, recueille 18 voix favorables, 14 voix défavorables et 2 abstentions.

Le troisième vote, concernant le projet de l'hôpital René Muret, est adopté à l'unanimité moins une abstention.

VIII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Mme PORTENGUEN présente le dossier relatif au renouvellement de six contrats d'activité libérale qui sont adoptés avec 21 voix favorables, 3 voix défavorables et 9 abstentions.

IX - Information sur la revalorisation des allocations du fonds de solidarité.

Les allocations du fonds de solidarité ont été légèrement revalorisées informe **Mme PORTENGUEN**. La liste des personnes bénéficiaires close depuis 1998 est en voie d'extinction.

Le montant brut de l'allocation trimestrielle s'élève aujourd'hui à 8 500 euros pour un médecin honoraire et 4 200 euros pour la veuve d'un médecin.

X - Révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2007.

Mme PORTENGUEN donne lecture du dossier portant sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires en soulignant plus particulièrement les divergences entre les propositions émises par les unités de formation de recherche (UFR) et celles de l'AP-HP.

GHU ouest

UFR Paris V

PU-PH

A la suite des remarques exprimées sur les différences observées dans les propositions, le **président** suggère des votes distincts portant sur les propositions de l'AP-HP :

- la proposition relative à l'UFR Paris V – René Descartes est adoptée par la majorité des votants ; on enregistre 3 voix défavorables et 5 abstentions ;
- la proposition relative à l'UFR Paris Ile-de-France ouest est adoptée par 25 voix pour et 1 contre.

Les autres propositions inscrites dans le dossier de la révision des effectifs sont approuvées à l'unanimité.

L'annexe numéro un jointe au compte-rendu regroupe l'ensemble des propositions.

XI - Révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2007.

Le dossier de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie est adopté à l'unanimité.

L'annexe numéro deux du compte-rendu reprend les diverses propositions.

XII - Approbation du compte-rendu de la séance du 19 septembre 2006.

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité.

XIII - Questions diverses.

1- Modifications au statut des praticiens hospitaliers.

Suite à la parution récente de deux décrets relatifs au statut des praticiens hospitaliers, **M. DRU** souligne quatre nouvelles mesures notables :

- une simplification du concours de praticiens hospitaliers qui n'est plus anonyme puisqu'il ne reste plus au mieux qu'un oral, donc à la tête du client ;
- une nomination ministérielle mais une affectation dans un pôle ou un transfert d'un pôle à un autre par le directeur (même si c'est sur proposition du responsable de pôle et du président de la CME -et non de l'ensemble de la CME-);

- une nouvelle position : la recherche d'affectation, selon les nécessités de service pendant deux ans au maximum. Le praticien qui refuse trois postes au moment de sa réintégration est rayé des cadres. Une façon élégante de licencier les praticiens hospitaliers ;
- une part complémentaire variable, introduite dans le second décret, uniquement pour certains praticiens, basée sur des critères d'objectifs de qualité de soins (ce que fait chaque médecin dans sa pratique !) et de productivité.

Une information et une discussion seraient souhaitables à la prochaine réunion de la CME.

2- Le recrutement des cadres infirmiers.

Seule une proportion des postes disponibles de cadres infirmiers a été ouverte au recrutement selon **M. RICHARD** qui s'en inquiète, craignant qu'il ne s'agisse d'un stratagème contributif au plan d'économies.

Le **président** suggère à l'intervenant d'adresser la question par écrit au directeur du personnel et des relations sociales, à la directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'une copie pour information au directeur de la politique médicale.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 30.

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

Mardi 14 novembre 2006 à 8h30.

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

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

ANNEXES

**COMPTE RENDU DE LA
COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT
DU 17 OCTOBRE 2006**

**REVISION DES EFFECTIFS
HOSPITALO-UNIVERSITAIRES
DES PERSONNELS MEDICAUX
ANNEE 2007**

A – GHU OUEST

1) UFR PARIS V

PU-PH : 15 emplois vacants

- **Chirurgie infantile**, service chirurgie infantile au GH NECKER-ENFANTS MALADES (mutation)
- **Cytologie et histologie**, service histo-embryo-cytogénétique à orientation BDR au GH COCHIN-SAINT-VINCENT-DE-PAUL (site COCHIN) (mutation)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service d'anatomo-pathologie à l'HEGP
- **Physiologie**, service de physiologie au GH COCHIN-SAINT-VINCENT-DE-PAUL (site COCHIN) (type 1)
- **Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**, service de chirurgie cardiaque pédiatrique au GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Radiothérapie**, service radiothérapie à l'HEGP (type 1)
- **Oto-rhino-laryngologie**, service d'ORL au GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Gastro-entérologie**, service hépato-gastro-entérologie au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale**, service anesthésie réanimation HOTEL DIEU (mutation)
- **Chirurgie orthopédique et traumatologique**, service orthopédie A au GH COCHIN-SVP (type 1)
- **Gastro-entérologie**, service hépato-gastro-entérologie, à l'HEGP (type 1)
- **Pédiatrie**, service néphrologie pédiatrique GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Pédopsychiatrie**, service pédopsychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris (type 1)
- **Radiologie et imagerie médicale**, service de neuro radiologie au CH de Sainte Anne.
- **Immunologie**, service immunologie GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 2)

Demandes de création :

- **Génétique médicale clinique**, service de génétique oncologique de l'INSTITUT CURIE (type 2)
- **Médecine et santé au travail**, service de pathologie professionnelle au GH COCHIN-SVP (type 1)
- **Physiologie clinique**, service de radiologie à l'HOTEL DIEU (type 1)
- **Urologie**, service d'urologie au GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)

MCU-PH : 11 emplois vacants

- **Pédiatrie**, service cardiologie pédiatrique GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Cardiologie**, service de cardiologie C à l'HEGP (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service d'anatomie et cytologie pathologiques au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Pneumologie**, service de pneumologie à l'HEGP (type 1)
- **Pédiatrie**, service endocrinologie pédiatrique GH NECKER-ENFANTS MALADES (type 1)
- **Hépatologie**, service hépatologie adulte au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Thérapeutique**, service de médecine interne à l'HOTEL DIEU (type 1)
- **Pharmacologie clinique**, service pharmacologie clinique au GH COCHIN-SVP (site COCHIN) (type 1)
- **Physiologie clinique**, service de physiologie-explorations fonctionnelles au GH COCHIN-SVP
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service d'anatomo-pathologie au CH de Sainte Anne
- **Réanimation médicale**, service réanimation polyvalente à l'hôpital SAINT-JOSEPH

2) UFR PARIS ILE-DE-FRANCE OUEST

PU-PH : 4 emplois vacants

- **Chirurgie générale**, service chirurgie générale et digestive à AMBROISE PARE (type 1)
- **Gastro-entérologie**, service hépato-gastro-entérologie à AMBROISE PARE (type 1)
- **Epidémiologie, économie de la santé et prévention**, service des maladies infectieuses à RAYMOND POINCARE (type 2)
- **Réanimation médicale**, service réanimation médicale à RAYMOND POINCARE,
- **Psychiatrie d'adultes**, service de psychiatrie d'adultes au CH VERSAILLES

MCU-PH : 4 emplois vacants

- **Cardiologie**, service de cardiologie et maladies vasculaires à AMBROISE PARE (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service anatomie et cytologie pathologiques à AMBROISE PARE (type 2)
- **Bactériologie-virologie**, service de bactériologie virologie à AMBROISE PARE (type 1)

- **Immunologie biologie**, service central d'hématologie et immunologie à AMBROISE PARE (type 1)

B – GHU EST

1) UFR PARIS VI – PIERRE ET MARIE CURIE

PU-PH : 10 emplois vacants

- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service anatomie et cytologie pathologiques, à A. TROUSSEAU (type 3)
- **Réanimation médicale**, service réanimation médicale au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Réanimation médicale**, service réanimation médicale, à SAINT-ANTOINE (type 1)
- **Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**, service chirurgie cardio-vasculaire au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Pédiatrie**, service neuropédiatrie-pathologie du développement à A. TROUSSEAU (type 1)
- **Neurochirurgie**, service de neurochirurgie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Neurologie**, fédération de neurologie à SAINT-ANTOINE (type 1)
- **Endocrinologie diabète**, service de médecine nucléaire au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Immunologie biologique**, service immunologie biologique A au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Urologie**, service urologie A à TENON (type 1)

Demande de création :

- **Cancérologie**, service cancérologie A à TENON (type 2)

MCU-PH : 15 emplois vacants

- **Cardiologie**, service cardiologie médicale au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Hématologie biologique**, service hématologie biologique à TENON (type 1)
- **Dermatologie vénéréologie**, service de dermatologie allergologie à TENON (type 1)
- **Bactériologie-virologie**, service de virologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Radiologie et imagerie médicale**, service radiologie à SAINT-ANTOINE (type 1)
- **Hématologie biologique**, service central d'hématologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service anatomie pathologique à TENON (type 1)
- **Parasitologie et micologie**, service parasitologie au GH PITIE-SALPETRIERE (type 2)
- **Bactériologie-virologie**, service bactériologie et hygiène hospitalière au GH PITIE-SALPETRIERE (type 1)

- **Pharmacologie clinique**, service pharmacologie clinique au GH PITIE-SALPETIERE (type 1)
- **Anatomie et cytologie pathologiques**, service anatomie pathologique à SAINT-ANTOINE (type 1)
- **Cytologie et histologie**, service histo-embryologie cytogénétique orienté en histologie biologie tumorale et génétique moléculaire à TENON (type 1)
- **Pédopsychiatrie**, service de l'enfant et de l'adolescent au GH PITIE-SALPETIERE (type 2)
- **Néphrologie**, service néphrologie et dialyse à TENON (type 1)
- **Maladies infectieuses**, service maladies infectieuses et tropicales à SAINT-ANTOINE (type 1)

C – GHU NORD

1) UFR PARIS VII – DENIS DIDEROT

PU-PH : 5 emplois vacants + 1 (échange avec Paris V contre 1 MCU-PH)

- **Pédiatrie**, service pédiatrie P3 orienté en endocrino-métabolisme à ROBERT DEBRE (mutation)
- **Gynécologie obstétrique**, service gynécologie obstétrique à LARIBOISIERE (type 1)
- **Néphrologie**, service néphrologie à BICHAT (type 1)
- **Hématologie biologique**, service hématologie biologique à SAINT-LOUIS (type 1)
- **Gastroentérologie**, hépato-gastro à LARIBOISIERE (mutation)
- **Néphrologie**, service néphrologie à SAINT-LOUIS (mutation)

Demande de création à titre de la recherche :

- **Physiologie**, service physiologie et explorations fonctionnelles multidisciplinaires à LARIBOISIERE (type 2)
- **Biologie cellulaire clinique**, service de rhumatologie B à LARIBOISIERE (type 1)

Demande de création plan cancer :

- **Cancérologie**, service inter-hospitalier de cancérologie à BEAUJON (type 1)
- **Gynécologie médicale**, service gynécologie obstétrique à BICHAT (type 3)

MCU-PH : 7 emplois vacants

- **Radiologie et imagerie médicale**, service radiologie à orientation ostéo-articulaire à LARIBOISIERE (type 1)
- **Bactériologie-virologie**, service bactériologie virologie à SAINT-LOUIS (type 1)
- **Pédiatrie**, service pédiatrie générale à ROBERT DEBRE (type 1)
- **Biochimie et biologie moléculaire**, service hormonologie A hors CHU à ROBERT DEBRE (mutation)

- **Pneumologie**, service pneumologie à BICHAT (type 1)
- **Hématologie clinique**, service hématologie oncologie adultes à SAINT-LOUIS (mutation)
- **Anatomie**, service d'anatomie et cytologie pathologiques à LARIBOISIERE (type 1)

Demande de création :

- **Gériatrie, biologie du vieillissement**, service gériatrie à BICHAT (mutation)

2) UFR PARIS XIII - BOBIGNY

PU-PH : 4 emplois vacants

- **Anesthésiologie et réanimation chirurgicale**, département d'anesthésiologie à AVICENNE (mutation)
- **Neurologie**, service neurologie et rééducation neurologique à AVICENNE (type 1)
- **Biologie et médecine du développement et de la reproduction**, service histologie embryologie cytogénétique et BDR à JEAN VERDIER (type 1)
- **Cancérologie**, service cancérologie médicale à AVICENNE (type 1)
- **Gynécologie obstétrique**, service gynécologie obstétrique à JEAN VERDIER (type 1)

Demande de création au titre de la recherche :

- **Pharmacologie fondamentale**, service pharmacologie toxicologie à AVICENNE (type 3)

MCU-PH : 2 emplois vacants

- **Physiologie**, service physiologie et explorations fonctionnelles et médecine du sport à AVICENNE (mutation)
- **Biophysique et médecine nucléaire**, service biophysique à AVICENNE (type 1)

D – GHU SUD

1) UFR CRETEIL

PU-PH : 7 emplois vacants

- **Médecine physique et réadaptation**, service rééducation fonctionnelle à HENRI MONDOR (type 2)
- **Neurochirurgie**, service de neurochirurgie à HENRI MONDOR (type 1)
- **Neurologie**, service de neurologie à HENRI MONDOR (type 1)
- **Cancérologie**, service anatomie pathologique à HENRI MONDOR (type 1)
- **Médecine interne**, service médecine interne 1 à HENRI MONDOR (type 1)

- **Psychiatrie adultes**, service HU de psychiatrie du CHU Créteil à ALBERT CHENEVIER (type 1)
- **Radiologie et imagerie médicale**, service imagerie médicale à HENRI MONDOR (type 3)

Demandes de création à titre de la recherche :

- **Neurologie**, service de neurologie à HENRI MONDOR (type 1)

MCU-PH : 5 emplois vacants

- **Cytologie et histologie**, service histologie embryologie cytogénétique, à HENRI MONDOR (type 2)
- **Thérapeutique**, C.I.C. à HENRI MONDOR (type 2)
- **Oto-rhino-laryngologie**, service consultations ORL à l'antenne du CHI de CRETEIL (type 1)
- **Hématologie biologique**, service hématologie biologique à HENRI MONDOR (type 1)
- **Cardiologie**, service cardiologie 1 à HENRI MONDOR (type 1)

2) UFR KREMLIN-BICETRE

PU-PH : 2 emplois vacants

- **Gynécologie obstétrique**, service gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction à ANTOINE BECLERE (type 1)
- **Neurologie**, service de neurologie à BICETRE (type 1)

Demandes de création :

- **Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**, service chirurgie thoracique, vasculaire et transplantation à MARIE LANNELONGUE (type 1)

Demandes de création plan cancer:

- **Gynécologie obstétrique**, département de chirurgie générale à l'IGR (type 1)

Demandes de création à titre de la recherche :

- **Biologie cellulaire**, service de cytopathologie moléculaire à l'IGR (type 2)

Demandes de création plan addictologie :

- **Psychiatrie adultes**, service psychiatrie et addictologie – pôle médecine à PAUL BROUSSE (type 3)

MCU-PH : 2 emplois vacants

- **Physiologie**, service de physiologie explorations fonctionnelles à ANTOINE BECLERE (type 1)
- **Physiologie**, service de physiologie à BICETRE (type 2)

**COMPTE RENDU DE LA
COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT
DU 17 OCTOBRE 2006**

REVISION DES EFFECTIFS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DES PERSONNELS MEDICAUX DES CSERD ANNEE 2007

A – Université PARIS V

1) PU-PH : 0 emploi vacant

Demande de création :

Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale, discipline hospitalière odontologie pédiatrique à LOUIS MOURIER.

2) MCU-PH : 0 emplois vacants

- **Prothèses**, à CHARLES FOIX

B – Université PARIS VII

1) PU-PH : 0 emploi vacant

Pas de demande.

2) MCU-PH : 1 emploi vacant

Demande de gel pour 2008

3) Transformation d'un emploi de MCU-PH Temps partiel en Temps Plein :

- **Sciences biologiques, fonction hospitalière en chirurgie buccale**, pour le service GARANCIERE