

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU LUNDI 19 JANVIER 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU JEUDI 12 FEVRIER 2004**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du lundi 19 janvier 2004

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur le projet de gouvernance de l'hôpital élaboré par le ministère de la santé.
- 2- Information sur l'évolution des activités médicales de l'AP-HP.
- 3- Point sur la mise en oeuvre du plan stratégique pour la période 2005 – 2010.
- 4- Point sur les procédures contentieuses et judiciaires engagées avec l'AP-HP en raison d'infections nosocomiales.
- 5- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 6- Avis sur la désignation d'un représentant de la CME à la commission de l'organisation et de la permanence des soins.
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 8- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2004.
- 9- Avis sur la convention associant l'établissement public de santé Perray-Vaucluse à l'AP-HP et à l'UFR médicale Bichat-Beaujon.
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 16 décembre 2003.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Candidatures des internes aux stages interrégions pour le semestre de mai à novembre 2004.

Composition D

- Révision des effectifs CCA et AHU au titre de l'année 2004.

Composition C

- Avis sur la désignation, à titre provisoire, d'un chef de service.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de chefs de service hors CHU.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - M. le Pr LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

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

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. BOULANGER, secrétaire général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. GARNIER, directeur économique et financier,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - M. MORIN, directeur des affaires juridiques,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Dr BURONFOSSE, direction de la politique médicale,
 - Mme le Dr HOLSTEIN, direction de la politique médicale,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale ;

*

* *

Le président **M. de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de Mmes ABADIE et FRANCES et de MM. DEBRE, FRAU, VACHER et WEILL. Il engage ensuite l'examen des points notés à l'ordre du jour.

I - Information sur le projet de gouvernance de l'hôpital élaboré par le ministère de la santé.

Le **président** rappelle que cette présentation fait suite au vœu émis par les membres de l'instance lors de sa précédente séance. Puis, il passe la parole au secrétaire général, M. BOULANGER.

En préambule, **M. BOULANGER** rappelle que *le projet relatif à la gouvernance est un des quatre piliers du plan hôpital 2007* avec le volet sur l'investissement, l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 et la tarification à l'activité. Ce texte devrait être adopté au printemps pour entrer en vigueur à l'automne 2004.

Les objectifs poursuivis à travers le projet de gouvernance sont triples :

- associer les médecins à la direction de l'hôpital mais aussi à la responsabilité gestionnaire, en organisant la convergence des compétences médicales et gestionnaires dans la gouvernance de l'hôpital ;
- donner au conseil d'administration, sur saisine éventuelle des instances consultatives (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement) ou du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), les moyens de déclencher un processus de redressement en cas de dérive persistante de l'établissement par rapport aux objectifs fixés ;
- structurer l'hôpital en grands ensembles capables d'assurer une mobilisation des ressources au service de la mission de service public de l'hôpital (soins et, dans les centres hospitaliers universitaires, enseignement et recherche).

Puis, M. BOULANGER aborde *l'organisation interne en pôles* prévu par le texte.

L'article 6146-1 stipule que les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne en pôles d'activité. Ces derniers comprennent des structures internes de prise en charge des malades, comme les unités fonctionnelles et les services. Les pôles sont créés et dénommés par le conseil d'administration (CA). Ils devront être mis en place le 31 décembre 2006.

Les responsables de pôle (article 6146-3) sont nommés conjointement par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement après avis du conseil exécutif et de la CME. Pour les pôles cliniques et médico-techniques, les responsables de pôle sont nommés sur proposition des praticiens du pôle et selon des modalités à définir. La durée de leur mandat sera comprise entre trois et cinq ans et fixée par le CA.

Les objectifs du pôle font l'objet d'un contrat conclu entre d'une part le directeur général et le président de la CME, et d'autre part le responsable de pôle qui bénéficie d'une délégation de gestion. Le contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de résultats.

Le responsable du pôle est assisté d'un cadre administratif et d'un cadre soignant. Il met en oeuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle, organise le fonctionnement du pôle, a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et l'encadrement, élabore et met en oeuvre un projet de pôle, évalue son action au regard des objectifs qui lui sont donnés et organise l'évaluation des pratiques professionnelles. Chaque pôle dispose d'un conseil de pôle qui doit permettre notamment l'expression des personnels.

Les services (L 6146-1) sont composés d'équipes médicales et pharmaceutiques ; ils assurent la prise en charge médicale, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles, de l'enseignement et de la recherche. Le chef de service (L 6146-4) coordonne l'équipe médicale du service et est responsable de la mise en oeuvre des missions du service. Pour être nommé, il doit être inscrit sur une liste nationale d'aptitude et la nomination doit faire l'objet d'une décision conjointe du directeur général et du président de la CME, après avis du conseil exécutif et de la CME.

Le point clef réside ici dans le fait que les moyens sont dévolus au pôle d'activité, les arbitrages, les équilibres, les réallocations sont décidés dans ce cadre.

En troisième lieu, le secrétaire général présente *le conseil exécutif* (CE) (article L 6143-6-1).

Cet organe comprend douze à seize personnes et est composé à parité d'une part du président de la CME, de praticiens désignés par cette instance et du directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) ou du président du comité de coordination d'enseignement médical et d'autre part du directeur général et de membres de l'équipe de direction désignés par lui. Le CE est présidé par le directeur général.

Il exerce une responsabilité de pilotage stratégique et non de gestion en particulier. En effet, il est chargé de préparer le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à conclure avec l'ARH. Il en suit l'exécution notamment sur le plan du budget et propose des mesures correctrices. Il émet un avis sur la désignation des chefs de service et des responsables de pôle.

L'élément déterminant est ici d'organiser une réflexion commune sur une stratégie partagée autour du double objectif de projet médical dynamique répondant à l'évolution des besoins et de recherche constante d'un équilibre économique global.

Cette convergence, dans la définition des objectifs, comme dans le pilotage global (réalisation / objectifs), est déterminante pour réussir le passage de l'hôpital à la tarification à l'activité.

Enfin, M. BOULANGER décrit *les compétences des instances consultatives et délibératives et le droit d'alerte* dont elles sont investies.

Le CA arrête la stratégie, délibère sur le projet d'établissement, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et sur le budget. Il est tenu informé de la réalisation des différents objectifs.

Tous les avis et projets de délibération du CA sont soumis pour avis à la CME et au comité technique d'établissement (CTE).

Le projet de loi prévoit la possibilité d'instaurer, à titre expérimental, un comité d'établissement résultant de la fusion de la CME et du CTE. La décision relève du CA après avis conforme de la CME et du CTE.

Comme le CA, la CME et le CTE sont régulièrement informés de l'état des recettes et des dépenses de l'établissement, de la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement ou par le contrat d'objectifs et de moyens.

Les trois instances disposent d'un droit d'alerte en cas d'écart significatif entre les objectifs et les résultats ; son exercice revêt les modalités suivantes :

- Le CA peut décider la mise en place d'un comité d'audit. Selon les conclusions de l'audit, le CA peut demander au directeur général d'établir un plan de redressement avec le conseil exécutif.
- Le CA peut également mettre en oeuvre un comité d'audit à la demande de la tutelle ou ne pas donner suite à cette demande en motivant sa réponse. La tutelle peut alors placer l'établissement sous administration provisoire d'un conseiller général des hôpitaux (corps créé et placé auprès du ministre chargé de la santé). Cette procédure suspend la direction générale et le CA pour 12 mois.
- La CME et le CTE peuvent déclencher ce processus au terme d'une procédure conjointe précisément définie. La CME ou le CTE doit d'abord demander des explications au directeur général, charger deux de ses membres de faire un rapport et au regard des conclusions de ce rapport demander au CA de mettre en oeuvre la procédure d'audit. Pour mettre en oeuvre ces trois étapes, il faut un vote à la majorité qualifiée des deux tiers dans les deux instances (CTE et CME).
- Le projet conforte les instances dans leur double fonction au regard du projet stratégique et de l'équilibre économique de l'établissement. Ces dispositions visent à organiser un contrôle sur les résultats obtenus et la réalisation des objectifs stratégiques de l'établissement. Ce droit d'alerte doit constituer un moyen de prévenir des dérives.
- Il ne contient plus de disposition concernant la révocation du directeur général et l'élection du président du CA, lequel reste le maire de la ville concernée. Une élection est organisée uniquement si le maire refuse d'occuper la fonction de président ou de désigner un président suppléant.

Le **président** ouvre le débat en remerciant vivement M. BOULANGER de sa présentation synthétique et claire, et précise que ce texte est soumis aux signatures des différents syndicats et des organismes professionnels.

M. BAGLIN explique la position de rejet de la conférence nationale des directeurs d'UFR médicales sur ce texte en insistant sur la spécificité du CHU. Il rappelle que la triple mission de formation, de recherche et de soins y est assurée essentiellement par les médecins hospitalo-universitaires et est le fruit d'un partenariat entre l'UFR de médecine et l'hôpital.

Il ne lui paraît pas possible de dissocier ces partenaires dans l'élaboration de la politique et de l'organisation de l'hôpital et notamment dans l'organisation de ce dernier en pôles. Or, le projet de loi prévoit que l'hôpital organise seul ses pôles d'activité, y compris dans les CHU. Par ailleurs, le doyen de l'UFR n'interviendrait plus dans les nominations au sein des pôles d'activité sauf dans le cadre de sa participation au conseil exécutif qui sera consulté au même titre qu'un autre comité. De même, le conseil de faculté ne participerait pas à la nomination des responsables de pôle.

L'intervenant précise qu'à cela s'ajoute actuellement une question sur la représentation de l'université au sein des instances hospitalières. Certains pensent que cette représentation doit être assurée par les présidents des universités, et non plus par les directeurs des UFR médicales. Or, ces dernières ont un régime dérogatoire car les personnels des UFR de médecine sont choisis conjointement par les hôpitaux et les facultés de médecine. De plus la densité d'enseignants par étudiant en médecine est plus élevée que dans d'autres domaines de l'enseignement supérieur. Certains présidents d'université souhaitent donc redéployer des postes des UFR de médecine vers les enseignements déficitaires.

M. PIETTE fait part de la position de la coordination nationale des médecins hospitalo-universitaires. Afin de préserver la qualité et le dynamisme de la médecine hospitalo-universitaire, elle demande que les CHU bénéficient d'un statut dérogatoire en raison de leur mission supplémentaire et spécifique d'enseignement et de recherche.

Pour la coordination, les CHU devraient être organisés en pôles hospitalo-universitaires liés par des conventions à l'hôpital et à l'université. Ces pôles seraient constitués par des regroupements de services et de départements. Pour assurer leur triple mission en toute indépendance, les chefs de service devraient être choisis parmi les médecins hospitalo-universitaires dont la compétence est attestée par le conseil national des universités, sur proposition commune de l'hôpital et de l'UFR de médecine et nommés par les ministres concernés. Les responsables de pôle seraient choisis parmi les chefs de service.

La coordination nationale des médecins hospitalo-universitaires ouvre un chantier de réflexion sur l'harmonisation des filières médicales des CHU qui a un triple objectif :

- étudier les conditions qui permettront aux praticiens hospitaliers d'accéder aux fonctions d'enseignant - chercheur ;
- réduire les inégalités statutaires ;
- rechercher de nouvelles modalités de financement de postes de médecins hospitalo-universitaires.

M. DASSIER précise que pour la communauté des praticiens hospitaliers (PH) d'anesthésie-réanimation, le projet hôpital 2007 correspond à un rendez-vous manqué pour l'avenir de l'hôpital public. Cette réforme est peu audacieuse et ne va pas assez loin. Il n'y a eu aucune négociation, aucune concertation, puisque le ministère de la santé a rompu de façon unilatérale la réflexion engagée en octobre 2003.

Les pôles doivent devenir les piliers de la nouvelle architecture de l'hôpital, avec comme unités de proximité et de gestion les unités fonctionnelles (UF). Les candidatures de chefs de pôles, d'UF et les conseils de pôles doivent être ouverts à tous les praticiens hospitaliers.

Ce projet de gouvernance reste donc décevant et on ne sait s'il sera soumis à l'Assemblée Nationale ou s'il passera sous la forme d'une ordonnance.

M. SCHLEMMER ressent un certain malaise à l'égard de ce projet. Sa crainte est que le projet de loi revienne à instaurer un échelon supplémentaire dans l'organisation hospitalo-universitaire et que ce dernier consomme du temps de travail du personnel administratif et du personnel médical.

Il est cependant intéressé par l'idée d'un pilotage conjoint des activités de l'hôpital entre l'administration et la communauté médicale dans le cadre des pôles. Mais il regrette que la philosophie du projet n'apparaisse pas suffisamment clairement.

M. LEVERGE formule trois séries d'observations. Tout d'abord, il n'a pas trouvé dans ce projet de loi d'élément juridique sur le contour du groupement hospitalier universitaire (GHU). Par ailleurs, le projet réduit l'importance fonctionnelle du service. Enfin, il demande ce qui se passera lorsqu'un chef de pôle sera nommé alors qu'il n'a pas été proposé par les praticiens du service.

Le **vice-président** observe deux sortes de déséquilibre créés par le projet. Un premier déséquilibre existe dans le lieu de l'exercice médical au bénéfice du pôle et au détriment du service qui reste cependant à ses yeux, l'unité dans laquelle s'exprime l'organisation des soins de manière efficace et humaine. Le second déséquilibre concerne les rôles respectifs du CA et de la CME.

Le **président** convient qu'il y a un renforcement du rôle du CA mais précise que celui de la CME n'est pas affecté. En revanche, il considère qu'il faudra clarifier les objectifs poursuivis à travers la possibilité de rapprocher la CME et le CTE. A ses yeux, ces deux instances doivent conserver leur autonomie sous peine d'une diminution du poids de la représentation médicale. Enfin, il estime comme MM. BAGLIN et PIETTE que la place des universitaires au sein des CHU doit être précisée.

Mme PALAZZO regrette vivement que la nouvelle organisation prévue par le projet de loi ne prenne pas en compte le corps des PH, ce qui lui paraît grave pour l'avenir de l'hôpital et les soins aux malades.

La **directrice générale** fait tout d'abord observer que l'Assistance publique – hôpitaux de Paris a participé à la préparation du texte comme les autres CHU en avançant des propositions.

Elle souligne que, dans ce débat, le poids du juridique lui paraît excessif alors que c'est la pratique qui fera évoluer les modes de gestion.

Concernant les pôles, elle rappelle que le diagnostic qu'elle a fait en arrivant à l'AP-HP soulignait que l'émiettement des activités conduisait à une utilisation des moyens qui n'était pas optimale. En outre, dans un contexte de spécialisation accrue des soins résultant du mouvement de la science, émerge une demande croissante de prise en charge globale des patients. Ces deux éléments justifient l'intérêt d'un regroupement des moyens pour mieux soigner, mieux former et mieux chercher.

Par ailleurs, il faut distinguer la logique médicale qui correspond à celle des services, et la logique de gestion qui est celle du pôle. Elle invite la communauté médicale à s'investir dans ce dispositif avec un souci de créer une nouvelle dynamique dans le management des équipes.

Concernant le conseil exécutif, l'objectif est de faire participer médecins et doyens au pilotage de l'hôpital. C'est dans cette optique que la directrice générale a proposé au président de la CME de constituer, dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique, à titre expérimental, un conseil stratégique réunissant médecins et représentants de l'administration et anticipant le futur conseil exécutif. Ce conseil stratégique remplacera une fois par mois le comité de direction, ce qui marque bien qu'il ne s'agira pas pour cette nouvelle instance de donner un avis sur des projets approuvés par ailleurs, mais bien de contribuer à l'élaboration du plan stratégique.

Enfin, à l'intention de M. LEVERGE, elle précise que le GHU n'est pas un échelon administratif supplémentaire, mais un mode d'organisation différent et dynamique.

Le **président** remercie Mme VAN LERBERGHE de sa proposition qui permettra à la CME de participer à l'élaboration du plan stratégique 2005 – 2010.

Il indique aussi que des représentants de la CME siègeront dans chaque comité d'orientation de GHU. La liste de ces représentants et de leurs suppléants sera examinée lors de la prochaine CME.

II - Information sur l'évolution des activités médicales de l'AP-HP.

Le **président** introduit le sujet en rappelant que ce thème essentiel a déjà été évoqué dans le cadre des discussions relatives au Plan Equilibre.

Il est désormais nécessaire de mieux comprendre les causes de la baisse d'activité que connaît l'AP-HP et de comparer cette évolution avec celle des autres secteurs hospitaliers.

M. LEPAGE précise que le travail qui sera présenté par Mme BURONFOSSE sur l'activité de court séjour constitue une étape intermédiaire d'une démarche d'analyse qui se poursuivra avec l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) pour approfondir les mécanismes de transferts entre les secteurs de court séjour et de moyen séjour, ainsi que ceux observés entre établissements privés, établissements publics et l'AP-HP. Cet exposé sera suivi d'une présentation de Mme HOLSTEIN qui a pour but de montrer les pistes d'améliorations possibles pour accroître la fluidité entre le court, le moyen et le long séjour.

1- Evolution de l'activité de court séjour de l'AP-HP dans un cadre régional.

Mme BURONFOSSE analyse l'évolution de *l'activité hospitalière régionale* entre 1998 et 2002. L'activité médicale est décrite en retenant les indicateurs de la classification de l'outil d'analyse du programme médicalisé du système d'information (OAP) utilisée en région Ile de France (<http://dime-aphp.fr>) Elle se caractérise par :

Activités adultes (hors accouchement)

- une baisse de 10 % de l'activité de plus de vingt quatre heures en médecine,
- une augmentation de 4 % de l'activité de plus de vingt quatre heures en chirurgie avec cependant une progression jusqu'en 2000 suivie d'une diminution en 2001 et 2002,
- une augmentation de 27 % des séjours de moins de vingt quatre heures en médecine (incluant les endoscopies sous anesthésie générale) et de 49 % en chirurgie.

Pédiatrie (hors nouveau-nés)

- une diminution des séjours de plus de vingt quatre heures de 12 % en médecine et de 15 % en chirurgie,
- une progression des séjours de moins de vingt quatre heures de 11 % en médecine et une stabilité en chirurgie.

Pour la même période, *l'activité de plus de vingt quatre heures de l'AP-HP* évolue conformément aux tendances observées au niveau régional.

En revanche, l'AP-HP *accuse un retard en ce qui concerne l'évolution de l'activité de moins de vingt quatre heures entre 1998 et 2002* : en chirurgie adulte (progression de 23 % contre 49 % en Ile de France) et sur l'ensemble du champ pédiatrique (en médecine, baisse de 10 % contre une progression de 11 % en Ile de France ; en chirurgie, baisse de 13 % contre une stabilité régionale).

L'observation concomitante au niveau régional d'une baisse de l'activité de plus de vingt quatre heures et d'une progression du nombre de prise en charge de moins de vingt quatre heures suggère un transfert d'activité entre ces deux secteurs. Pour étudier plus avant cette hypothèse, une étude ciblée sur l'activité de la chirurgie de la main et du poignet, arthroscopie et biopsie et sur les patients de plus de 16 ans a été menée. Entre 2001 et 2002, on observe au niveau régional une diminution du nombre de prise en charge de plus de vingt quatre heures relative à ces pathologies (moins 2 500 séjours) associée à une augmentation du nombre de ces pathologies traitées en ambulatoire (plus 3 500 séjours) ; l'hypothèse d'un transfert d'activité est ainsi confortée. Cependant, seul le secteur privé a bénéficié de ce transfert car on constate pour ce secteur une diminution de 1 210 séjours de plus de vingt quatre heures associée à une augmentation de 2 897 séjours de moins de vingt quatre heures. Le secteur public hors AP-HP enregistre une perte de 690 séjours de plus de vingt quatre heures sans augmentation notable du nombre de séjour de moins de vingt quatre heures (plus 76). Pour sa part, l'AP-HP perd 327 séjours de plus de vingt quatre heures tout juste compensés par une augmentation du nombre de prise en charge de moins de vingt quatre heures (plus 282). Elle ne bénéficie donc pas, comme le secteur privé, d'un transfert d'activité venant d'autres secteurs hospitaliers.

Par ailleurs, le travail a porté sur les *conséquences prévisibles des évolutions démographiques prévues en 2015 par l'INSEE sur l'activité des hôpitaux de l'AP-HP*.

Il en résulte qu'en médecine comme en chirurgie l'activité relative aux patients âgés de moins de seize ans resterait stable. En revanche, l'activité relative aux patients âgés de plus de soixante quinze ans progresserait fortement ; ces derniers représenteraient en 2015 un adulte sur quatre soignés à l'AP-HP (hors obstétrique) dans le secteur médical de plus de vingt quatre heures.

La mesure des *séjours lourds* montre que l'AP-HP joue bien son rôle d'établissement hospitalier de recours. En effet, les résultats sont les suivants :

	AP-HP	Public	Privé
<u>adultes</u>			
Séjours lourds en médecine	31 %	26 %	22 %
Séjours lourds en chirurgie	43 %	34 %	24 %
<u>pédiatrie</u>			
Séjours lourds en médecine	12 %	5 %	4 %
Séjours lourds en chirurgie	33 %	16 %	6 %

Cependant entre 2001 et 2002, en médecine, les séjours lourds concernant les adultes ont diminué de 6 % et de 21 % pour les enfants. Pendant la même période, les établissements privés ont enregistré une progression d'activité de plus de 2 % dans le champ adulte pour ces activités de recours.

En conclusion, cette analyse met en exergue une diminution des séjours de plus de vingt quatre heures dans l'ensemble de la région, une progression très forte de la demande régionale pour une prise en charge de moins de vingt quatre heures qui profite au secteur privé et non à l'AP-HP.

Pour l'AP-HP les sujets à approfondir portent sur l'opportunité de développer les alternatives à l'hospitalisation, l'équilibre entre activités de recours et activités de proximité, les filières de soins à développer entre le court séjour, le secteur de soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée.

2- Les secteurs de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée à l'AP-HP.

A. Les soins de suite et de réadaptation (SSR)

Mme HOLSTEIN s'emploie tout d'abord à décrire le contexte régional.

Depuis 1997, 3 500 lits de soins de suite ont été créés dans la région Ile de France (plus 25 %). Malgré cet effort, un déficit de 1 500 lits persiste et il continue à exister une inégalité dans la répartition des lits au détriment des départements centraux et notamment de Paris (déficit de 600 lits). On constate également un écart de 2 000 lits entre les capacités autorisées et les lits installés, dont 270 lits restent à ouvrir à l'AP-HP.

L'AP-HP dispose de 3 800 lits de SSR en Ile de France, soit 26 % des capacités régionales. Ce sont des lits de soins de suite essentiellement gériatriques avec une prise en charge importante de personnes âgées en état de démence et à un moindre degré de lits de rééducation. Ces derniers sont orientés vers la neurologie alors que l'offre régionale hors AP-HP est celle de la rééducation orthopédique.

La co-morbidité lourde est plus importante dans le secteur de soins de suite de l'AP-HP que dans les autres établissements.

Les résultats montrent que les besoins de rééducation sont globalement couverts. En revanche, il existe un déficit en lits de soins de suite qui retentit sur la durée des courts séjours. Par ailleurs, les parisiens âgés sont souvent hospitalisés loin de leur domicile, en première ou en deuxième couronne, en raison de la pénurie de lits intra-muros.

Le recrutement de l'AP-HP en soins de suite intervient essentiellement à partir du court séjour : 63 % de ce recrutement provient du court séjour de l'AP-HP et 23 % du court séjour d'autres hôpitaux de la région.

Les pistes d'évolution de la capacité en lits de SSR de l'AP-HP portent sur :

- l'ouverture de 300 lits de SSR intra-muros ;
- un arrêt du recrutement de patients provenant d'hôpitaux ne relevant pas de l'AP-HP. Un arrêt total permettrait une augmentation de 50 % du parc disponible mais ne semble pas réaliste. Une limitation de ce recrutement à 10 % libérerait théoriquement 570 lits de SSR (plus 40 %). Ce changement dans les modes de recrutement poserait des problèmes aux hôpitaux de soins de suite situés hors Paris et qui ont tissé des liens privilégiés avec les hôpitaux locaux situés à proximité.

A la demande de la **directrice générale**, Mme HOLSTEIN précise que le nombre de patients hospitalisés en court séjour au sein de l'AP-HP et placés ensuite en secteur SSR ne relevant pas de l'AP-HP est limité et porte essentiellement sur la rééducation.

B. Les soins de longue durée (SLD)

L'AP-HP dispose de 4 600 lits de SLD soit la moitié du potentiel de la région. Cette dernière souffrira, compte-tenu des évolutions démographiques prévues, d'un déficit de 15 000 lits d'hébergement médicalisé pour patients déments.

La part des patients déments hospitalisés dans ce secteur qui était de 30 % à l'AP-HP au début des années 1980 est de près de 80 % aujourd'hui. La plupart des patients sont atteints d'une polypathologie. La charge en soins infirmiers s'est donc alourdie passant de 10 % en 1999 à 15 % en 2002.

Le déficit de la région en structures médico-sociales a des répercussions sur le secteur SLD de l'AP-HP qui héberge trois groupes de patients :

- 25 % des patients sont atteints d'une polypathologie lourde et demandent une charge en soins médicaux et infirmiers importante ;
- 53 % des patients correspondent à un profil classique des soins de longue durée : faible part des pathologies graves, dépendance physique et psychique forte engendrant une charge de soins importante ;
- 22 % des patients sont peu malade et peu dépendant et relèveraient de structures médico-sociales. Il convient de noter que le pourcentage de ce type de patients varie de 3 % à 66 % selon les hôpitaux alors que tous ces hôpitaux ont une densité en personnel non médical équivalente.

En conclusion, Mme HOLSTEIN propose que l'AP-HP se recentre sur les prises en charge sanitaires, ce qui libérerait de 530 à 930 lits de SLD.

Le débat ayant été ouvert, **M. LACAU ST GUILY** donne, comme médecin hospitalier, son sentiment sur la baisse d'activité constatée à l'AP-HP. Outre les causes structurelles lourdes, les explications lui semblent devoir être trouvées dans le fonctionnement quotidien. Si l'accent a été mis sur les urgences, il lui semble qu'un effort doit être fait maintenant en faveur de l'activité froide, programmée, notamment chirurgicale. Tout d'abord, il est difficile de joindre les hôpitaux par téléphone. En second lieu, on ne peut pas prendre de rendez-vous pour une consultation ou un acte technique à partir d'un simple appel téléphonique contrairement à ce qui se passe dans le privé. En troisième lieu, rien n'est fait pour faciliter l'accueil de la clientèle, en particulier de province ou de l'étranger : les procédures sont compliquées, peu souples. En quatrième lieu, le taux de déprogrammations pour raisons non chirurgicales, d'interventions programmées est très élevé, ce qui conduit les patients à choisir le secteur privé quand le choix est possible. De plus, les patients trouvent les hôpitaux sales ce qui nuit à leur image de marque dans le contexte actuel de recherche d'une maîtrise des infections nosocomiales. Enfin, la presse n'incite pas les personnes malades à se rendre dans les hôpitaux.

Pour combattre cet état de fait, le vice-président prône d'une part la mise en oeuvre d'une politique de l'accueil téléphonique notamment à travers une meilleure valorisation de la fonction de secrétariat et d'autre part la mise en oeuvre d'une communication positive portant sur les succès des équipes hospitalières de l'AP-HP.

M. GUILLEVIN, après avoir félicité l'équipe de M. LEPAGE sur le travail d'enquête et d'analyse réalisé, souhaite que l'AP-HP se dote d'unités de SSR et de SLD pour des patients ne relevant pas de la gériatrie. A défaut, ces patients alternent séjours à l'hôpital, séjours en maison de repos, sur plusieurs années.

M. SCHLEMMER salue également la qualité du travail présenté.

Il remarque que les résultats concernant l'activité de l'AP-HP sont le fruit de décisions stratégiques prises par le passé. Ces dernières ont conduit les médecins de l'AP-HP manquant de place d'hospitalisation à se tourner vers le secteur privé pour prendre en charge par exemple une urgence orthopédique.

C'est pourquoi, il faut maintenant bien définir si, stratégiquement, l'AP-HP doit tenter de récupérer les activités transférées vers le secteur libéral ou si au contraire, elle doit se concentrer sur les secteurs délaissés par le secteur privé et relevant de séjours lourds. Cependant, si ce dernier axe est retenu, il sera difficile d'augmenter l'activité comme le souhaite la direction générale. En effet, les décisions stratégiques à prendre doivent tenir compte des moyens correspondants à mettre en oeuvre.

M. GOËAU-BRISSONNIERE se joint aux félicitations adressées aux auteurs de l'étude. Puis, il formule deux remarques techniques concernant l'activité de sa discipline, le vasculaire périphérique, afin d'alimenter la réflexion stratégique.

- Tout d'abord il constate que l'activité vasculaire périphérique n'apparaît que pour le secteur privé, ce qui ne permet pas les comparaisons avec le secteur public.
- Par ailleurs, la part d'activité du secteur privé en vasculaire périphérique prend en compte, pour moitié, des malades souffrant de varices. Au contraire, 60 % des malades artériels sont opérés au sein des établissements hospitaliers publics et principalement à l'AP-HP pour les cas les plus lourds.

Mme PALAZZO souhaite savoir à quelle date seront prises les décisions concernant les créations de lits de SLD dans Paris et les filières de recrutement.

A partir de cette très intéressante information, **M. RICHARD** formule trois remarques.

- Tout d'abord, au quotidien, les équipes soignantes ont le sentiment que la diminution de l'offre de soins est liée en grande partie à la mise en oeuvre des mesures récentes destinées à améliorer les conditions de travail des personnels.
- Par ailleurs, les données présentées ne mesurent pas l'impact des charges de service public assurées par l'hôpital en particulier dans le domaine de la prise en charge de l'urgence. Ainsi, certains médecins exerçant en service de spécialité constatent un impact de l'activité d'urgence sur l'activité programmée. M. RICHARD souhaiterait donc que cet impact soit évalué.
- Enfin, il estime que la réduction d'activité observée est souvent la conséquence de décision ou à l'inverse de l'absence de décision de l'administration. Ainsi, il y a quelques années le développement de la chirurgie ambulatoire était déjà apparu nécessaire à beaucoup et notamment à la communauté médicale non chirurgicale. Les chirurgiens quant à eux s'étaient montrés plus réticents estimant que la chirurgie qui devait s'y pratiquer ne relevait pas vraiment de l'AP-HP. C'est pourquoi, l'analyse des résultats présentés doit tenir compte de cette option stratégique passée.

Par ailleurs, des situations caricaturales de sous-activité perdurent sans qu'aucune décision sur le sujet ne soit prise ni par l'administration, ni par les médecins. Elles sont cependant consommatrices de moyens en personnels. Pour résoudre ces situations, il lui paraît préférable de faire appel à une démarche basée sur une organisation par grandes disciplines médico-chirurgicales adulte ou pédiatrique plutôt qu'à un raisonnement fondé sur la simple définition de grands pôles (médecine, chirurgie ou biologie, par exemple).

M. PIETTE, après avoir félicité les orateurs, évoque des réalités dont il faut tenir compte avant d'imaginer des solutions simples à partir des pistes de réflexion ouvertes par Mme HOLSTEIN.

Les recrutements en SSR de patients provenant d'établissements hors AP-HP et la présence de « malades légers » en SLD sont les fruits d'une évolution progressive et, à son avis, ne peuvent disparaître radicalement et sans impact sur les coûts.

En effet, les services d'urgences ont tissé des liens de partenariat avec des structures non AP-HP où ils transfèrent des malades qui, faute de place, ne peuvent être pris en charge à l'AP-HP. Quand ces établissements demandent à leur tour aux secteurs de SSR et de SLD de l'AP-HP d'accueillir des patients que l'AP-HP leur a adressé, ils ne peuvent refuser. Une remise en cause des conventions passées risquerait donc de mettre en difficulté l'AP-HP en ce qui concerne la prise en charge des urgences.

De la même manière, les hôpitaux gériatriques de l'AP-HP ont souvent recours au secteur privé pour faire des examens d'imagerie lourde ou des interventions chirurgicales faute de place à l'AP-HP. Cette situation s'accompagne souvent d'une contrepartie partenariale visant à une prise en charge par l'hôpital gériatrique de l'AP-HP de malades de SSR venant de la structure privée.

En ce qui concerne les malades légers pris en charge par l'AP-HP en SLD, M. PIETTE indique que bien souvent leur état a été jugé trop lourd par les maisons de retraite qui ont refusé de les accueillir.

Par ailleurs, les structures gériatriques en SSR ou en SLD ne parviennent pas à recruter suffisamment de personnel. Alourdir leur charge en remplaçant 20 % de « malades légers » par 20 % de malades plus lourds rendrait encore moins attractifs qu'actuellement les postes d'infirmiers et d'aides-soignants. Ceci impliquerait donc une réflexion préalable sur la densité des personnels des secteurs SSR et SLD de l'AP-HP.

Enfin, la communauté gériatrique est consciente que la proposition de SLD prise en charge par l'AP-HP est très importante, comparée à celle prise en charge par les CHU dans d'autres régions. Cependant si l'AP-HP supprime des lits sans que d'autres secteurs compensent simultanément cette réduction de l'offre d'accueil en SLD, elle ne pourra plus transférer de patients de SSR vers le SLD et donc plus non plus de patients du court séjour vers les secteurs de SSR ou le SLD.

Mme DEBRAY-MEIGNAN complète l'intervention de M. PIETTE en insistant tout d'abord sur la fonction recours exercée par le secteur SSR de l'AP-HP pour des patients lourds non pris en charge par d'autres structures. Elle estime aussi qu'il faut, pour les patients, continuer à privilégier des filières courtes et admettre un circuit d'admissions directes en SSR à partir du domicile du patient, dès lors que le malade est connu des services de SSR.

Concernant le secteur SLD, la situation lui semble comme à M. PIETTE, très inquiétante. En effet, la ville de Paris vient de fermer 300 lits dans ses établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour les humaniser en créant des chambres individuelles. L'AP-HP est engagée dans ce même processus. Elle souhaite que l'AP-HP demande un moratoire sur l'aménagement des chambres à un lit et qu'il en soit tenu compte lors des autorisations de fonctionnement des soins de longue durée.

Elle confirme qu'un accroissement des malades lourds en SLD entraînera la nécessité d'un renfort en moyens.

En revanche, elle considère que les « malades légers » pourraient être pris en charge en dehors de l'AP-HP, tout en soulignant l'insuffisance de capacité d'accueil dans les maisons de retraite ; une personne admise à l'AP-HP en SLD n'a pratiquement aucune chance d'être acceptée ultérieurement en EHPAD, même si elle ne pose pas de problèmes médicaux ou de dépendance. La priorité est donnée par les EHPAD aux personnes âgées venant de leur domicile.

M. LEPAGE prend alors la parole pour répondre aux questions ou observations qui viennent d'être formulées.

Tout d'abord, il souligne que ce travail n'avait pas pour objectif de s'engager dans une analyse par spécialité ; celle-ci devra être faite dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique.

Puis, il revient sur la baisse des séjours de plus de vingt quatre heures tant en médecine qu'en chirurgie qui devrait se poursuivre en raison des évolutions technologiques et médicales. Cette évolution s'accompagnera d'un transfert vers les séjours de moins de vingt quatre heures et ne sera que faiblement compensée par l'augmentation de 1 % des séjours de plus de vingt quatre heures concernant la population vieillissante.

Or, si l'AP-HP a développé une activité de moins de vingt quatre heures en médecine, elle est en retrait par rapport aux autres secteurs hospitaliers en chirurgie. Avec la mission pour les nouvelles organisations de la direction de la politique médicale (DPM), le service de **M. LEPAGE** réalise une étude permettant de voir l'importance des séjours de plus de vingt quatre heures qui pourraient relever d'une hospitalisation de moins de vingt quatre heures. Cette étude pourra alimenter la réflexion stratégique.

En troisième lieu, il reconnaît que l'activité d'urgence a un impact sur l'activité programmée. C'est pourquoi il lui paraît nécessaire de faire reconnaître l'activité d'urgence non seulement dans le cadre de l'enveloppe de la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) incluse dans la nouvelle tarification à l'activité, mais aussi dans le cadre des groupes homogènes de séjour. En effet, les patients arrivant par les urgences engendrent des durées de séjour plus élevées et nécessitent des moyens en personnels plus étoffés.

Concernant le secteur SSR, il lui paraît indispensable d'engager une réflexion pour limiter, et non pour supprimer, les recrutements en SSR à partir d'hôpitaux ne relevant pas de l'AP-HP.

Enfin, une autre réflexion lui semble tout aussi indispensable à mener sur la prise en charge des « patients légers » par des structures autres que le secteur SLD de l'AP-HP.

Concernant la localisation de 300 lits de SSR intra-muros, **M. HOUSSIN** précise que ce sujet sera examiné lors de l'élaboration du plan stratégique.

La **directrice générale** remercie vivement l'équipe de **M. LEPAGE** de ce travail préparatoire, important pour la réflexion stratégique.

Elle relève tout d'abord que l'analyse effectuée met en évidence la présence insuffisante de l'AP-HP sur des segments d'activité qui se développent. Elle fait état sur la médecine ambulatoire d'une étude comparative effectuée par la caisse nationale d'assurance maladie qu'il lui paraîtrait intéressante de présenter à la CME. Cette étude montre que la France en général et l'AP-HP en particulier sont en retard en matière de prise en charge ambulatoire. Elle souligne également l'importance de l'organisation notamment s'agissant de la circulation du patient dans l'hôpital. C'est aussi en partant des patients qu'il faut penser à la mise en place et à l'organisation des pôles.

S'agissant des secteurs SSR et SLD et sans remettre en cause les liens privilégiés tissés en la matière entre l'AP-HP et les hôpitaux locaux ou les structures privées, Mme VAN LERBERGHE pense possible d'améliorer la prise en charge des patients en recentrant l'AP-HP sur les cas les plus lourds et en améliorant la fluidité de la filière de soins.

Concernant l'évolution de l'activité de l'AP-HP, la directrice générale annonce un redressement pour le deuxième semestre 2003, après une baisse de 3 % en 2002 et de 2,5 % au cours du premier semestre 2003. Sur le total de l'année 2003, la baisse d'activité fait apparaître, selon les premières estimations, une réduction limitée à moins 0,7 %.

Concernant la communication qu'elle considère, à l'instar de certains intervenants, comme trop centrée sur des réponses apportées à des sollicitations externes, la directrice générale précise tout d'abord qu'un plan offensif de communication sera mis en place. Elle estime notamment indispensable de mettre en oeuvre une communication s'apparentant à une démarche de pédagogie et de formation des citoyens. Il s'agit dans ce cadre de faire comprendre que la mort fait partie de la vie et que l'activité hospitalière ne peut s'exercer sans entraîner de risques. Elle signale pour conclure, qu'à cette fin, elle anime avec M. de PROST un comité de pilotage de la communication chargé de mettre en oeuvre cette orientation.

III - Point sur la mise en oeuvre du plan stratégique 2005 – 2010.

En préambule, M. HOUSSIN explique que, s'inspirant de l'art militaire, les organismes de grande taille, dont l'AP-HP, élaborent des plans stratégiques pour déterminer le cadre de leurs actions, compte-tenu des moyens disponibles et des contraintes présentes et pressenties.

Afin d'améliorer l'accès à des soins de meilleure qualité, plus sûrs, plus efficaces, l'AP-HP doit définir des stratégies tenant compte d'un grand nombre de contraintes connues, comme :

- l'évolution de la demande de soins tant au niveau qualitatif qu'au niveau quantitatif. (sur ce point, l'information qui vient d'être donnée, sur l'évolution des activités médicales fournit un premier élément de réflexion). Par ailleurs, il faut prendre en compte l'âge des malades, l'évolution des maladies, le niveau socio-économique des malades et leur répartition dans la région, les attentes des patients ;
- les moyens disponibles, tels les ressources humaines, les équipements, les ressources financières ;
- les évolutions scientifiques, techniques et organisationnelles ;
- les partenaires (collectivités territoriales, universités, UFR, établissements publics à caractère scientifique et technique, associations, industriels) ;
- les autres établissements de santé.

1- Le calendrier.

Le plan stratégique « pour 2004 » se terminera le 31 décembre 2004. Un premier bilan en a été dressé en septembre 2003. Il reste donc moins d'un an pour élaborer le nouveau plan stratégique. Un calendrier prévisionnel serré a été établi.

De janvier à mai 2004, un premier projet sera ébauché ; entre juillet et la fin de l'automne, l'avis des instances locales et centrales sera recueilli ; en décembre 2004, le projet sera soumis à la délibération du conseil d'administration. Ainsi, l'AP-HP pourra être dotée d'un nouveau plan stratégique au 1^{er} janvier 2005.

2- La méthode.

La préparation du plan a débuté par une réflexion prospective qui s'est traduite par des notes portant notamment sur les évolutions prévisibles de l'environnement de l'AP-HP d'ici à 2015 et permettant de mieux cerner les enjeux nouveaux auxquels elle sera confrontée. Ces notes ont été adressées pour observations, notamment aux membres de la CME. Par ailleurs, un séminaire a été organisé par le président du CA et un avis a été demandé à des personnalités extérieures. En mars 2004, une synthèse de cette réflexion prospective sera faite.

La préparation proprement dite du plan revêt trois aspects.

Il doit s'agir d'une méthode rapide et ciblée car des choix et des orientations prioritaires doivent être dégagés en cinq mois. Compte-tenu de la situation actuelle de l'AP-HP et des évolutions qui s'annoncent, six thèmes prioritaires ont été retenus (approche par thématique prioritaire) : la prise en charge des malades âgés ; la prise en charge des malades atteints de cancer ; la prise en charge des malades en situation de vulnérabilité particulière (santé mentale, handicap, précarité...) ; l'amélioration de la fluidité dans la prise en charge des patients depuis leur arrivée à l'hôpital jusqu'à leur sortie ; la refondation du lien entre l'hôpital et l'université (aspects patrimoniaux, valorisation économique, organisation de la formation et de la recherche, attractivité sur la scène internationale) ; les nouvelles organisations de travail pour mieux soigner, mieux chercher, mieux former et leur impact sur le système d'information, l'organisation de l'hôpital, les conditions de travail et le projet social.

Parallèlement, au niveau de chaque GHU (approche territoriale), seront échafaudés les projets de réorganisation touchant notamment les sites, les disciplines ou les groupes de disciplines, dans le but d'adapter et d'améliorer l'offre de soins et de renforcer les capacités de recherche et de formation.

Il doit s'agir d'une méthode réaliste.

En particulier, la préparation du plan stratégique doit s'inscrire dans la nécessité du retour à l'équilibre financier de l'AP-HP et doit affronter les réalités relatives au travail médical, à la démographie, à l'attractivité et à la fidélisation des personnels.

La préparation du plan conduira à proposer des scénarios et des arguments de choix.

La méthode doit, enfin, être la plus partagée possible.

Il s'agit notamment de tenir compte des attentes du personnel selon deux axes :

- les incidences des orientations envisagées à propos des thèmes prioritaires et des réorganisations sur la vie professionnelle au quotidien ;
- la contribution que chacun peut apporter dans sa vie professionnelle en vue des orientations prévues.

3- L'organisation du travail.

a) Les groupes de travail

Dans l'approche territoriale, pour la première fois, l'AP-HP peut s'appuyer sur le GHU, nouvel espace au sein duquel il est possible d'adapter les moyens offerts aux malades et de conduire des réorganisations. Une grande partie du travail sera donc menée au sein de chaque GHU, sous le pilotage du directeur exécutif en liaison avec le comité de coordination.

Dans quelques domaines, comme la pédiatrie, un groupe de travail inter-GHU sera d'emblée constitué. Au niveau de chaque site, le travail préparatoire pourra se centrer sur l'émergence des pôles, sur les nouvelles organisations des activités et sur la participation aux travaux conduits au sein de chaque GHU.

Les groupes de travail consacrés aux thèmes prioritaires auront pour tâche de dégager de grandes orientations valables pour l'ensemble de l'AP-HP et susceptibles d'être déclinées ensuite au sein de chaque GHU.

Un groupe de coordination stratégique se réunira régulièrement pour la bonne articulation entre l'approche territoriale et l'approche thématique prioritaire.

Des membres de la CME seront présents à chaque niveau de la préparation du plan. Le conseil stratégique, qui associera la direction générale et la CME, aura pour objet d'examiner les questions les plus lourdes et notamment les grandes options relatives aux sites. Il permettra de dégager les grandes lignes du projet médical.

Les partenaires de l'AP-HP et notamment les représentants de l'agence régionale de l'hospitalisation seront associés aussi bien au niveau de l'approche par thématique prioritaire qu'au niveau du groupe de coordination stratégique.

b) Le lien avec les instances

La participation la plus large des instances est recherchée. Suite à cet exposé relatif au lancement de la démarche, des exposés de point d'étape seront faits, des avis intermédiaires et un avis final seront demandés aux instances consultatives ou délibératives.

A l'issue de cet exposé, la discussion est ouverte.

M. CHAUSSADE pense qu'il serait préférable de définir l'avenir de certains établissements ou de certains pôles avant de demander aux hôpitaux d'élaborer des projets médicaux. Il s'agit en effet d'éviter de faire travailler inutilement certaines communautés ce qui pourrait provoquer résistances et déceptions.

M. CORIAT estime qu'il est nécessaire d'identifier au préalable les structures qui sont en difficulté avant de déterminer les solutions appropriées.

Par ailleurs, il lui paraît important de bien mesurer les difficultés de recrutement de certains professionnels comme les infirmiers de bloc opératoire et les manipulateurs de radiologie, sous peine de ne pouvoir faire fonctionner certains éléments du plateau technique.

La **directrice générale** estime comme M. CHAUSSADE qu'il sera nécessaire de trancher assez rapidement certaines options essentielles. La difficulté vient de ce que ces décisions doivent être prises au regard de réflexions en cours dans le cadre de la préparation du plan stratégique. Il faudra cependant que des indications soient données avant l'achèvement des travaux. C'est à cette fin qu'elle a constitué le conseil stratégique.

Pour aboutir à la prise de décision, la méthode de travail fondée sur les scénarios est très utile car elle permet de chiffrer les hypothèses et de peser les avantages et inconvénients de chaque scénario. Des éléments de chiffrage seront ainsi apportés au conseil stratégique pour évaluer le type de décisions à mettre en œuvre aux fins de réaliser le Plan Equilibre et de permettre le développement de nouvelles activités.

IV - Point sur les procédures contentieuses et judiciaires engagées avec l'AP-HP en raison d'infections nosocomiales.

Après avoir rappelé que trois affaires relatives à des infections nosocomiales à la Pitié-Salpêtrière, à Cochin et à Henri Mondor ont été médiatisées, et que les médecins mis en cause vivent mal cette situation, **M. MORIN** précise que la directrice générale lui a demandé, pour les affaires actuelles et celles à venir, d'élaborer des stratégies de défense des personnels mis en cause et que l'AP-HP aidera ces derniers tout au long de la procédure, au niveau personnel et professionnel.

Par ailleurs, comme l'a indiqué la directrice générale, l'AP-HP mettra en oeuvre une communication à visée éducative pour montrer au grand public que les infections nosocomiales sont liées à l'activité hospitalière et qu'elles ne pourront jamais être totalement éradiquées.

Puis, il donne quelques chiffres sur l'activité judiciaire et contentieuse intéressant l'AP-HP. En 2002, sur 1 152 demandes d'indemnisation présentées devant le juge administratif ou dans un cadre amiable, 256 indemnisations ont été versées dont 44 pour des cas d'infections nosocomiales reconnues. Ce chiffre est à rapporter aux neuf millions d'actes médicaux réalisés en 2002. Quant au nombre de réclamations, il a progressé de 10 % en dix ans.

Enfin, trente et une affaires pénales sont en cours. En 2002, entre 10 % et 15 % des vingt six affaires pénales jugées ont fait l'objet de condamnations pour des fautes (oubli de compresse dans une plaie, etc...).

M. MORIN précise que les médecins, comme tout autre citoyen, doivent rendre des comptes au pénal, si des fautes ont été commises, mais que dans les affaires en cours à la Pitié-Salpêtrière le juge d'instruction a décidé des mises en examen à la suite d'une expertise non contradictoire. Il s'agit donc maintenant de bâtir une défense offensive pour démontrer qu'il n'y pas eu de faute commise. A cette fin, et avec l'aide des médecins, il s'emploie à cumuler un certain nombre d'éléments allant dans ce sens.

Ce n'est qu'après cette phase qu'il sera décidé avec les médecins en cause et la directrice générale les méthodes et modes de communication qui seront utilisés. Il faut en effet éviter des déclarations ponctuelles qui pourraient se retourner contre les personnes en cause.

Puis, M. MORIN décrit les grandes lignes d'une procédure pénale. Celles-ci dépendent de la manière dont la victime saisit la justice pénale.

Elle peut tout d'abord saisir le procureur de la République en déposant une plainte au commissariat de police ou directement auprès du procureur sur des faits qu'elle estime délictuels. A la lecture de la plainte, le procureur peut alors :

- *classer sans suite* s'il estime que rien ne peut être reproché à quiconque. Dans ce cas, il avise la victime qu'il n'y aura pas de suite judiciaire ;
- *lancer une enquête préliminaire* lorsque les éléments de la plainte lui font penser qu'un fait qui pourrait être délictueux a pu être commis. Il demande alors à la police de réaliser une enquête. Cette dernière procède à des auditions et éventuellement à certaines saisies dans des conditions définies par les textes. L'enquête terminée, le dossier est transmis au procureur de la République qui peut classer sans suite, ou renvoyer devant le tribunal correctionnel s'il estime que les faits sont avérés et qu'il n'est pas besoin de mener une enquête complémentaire ;

- *saisir un juge d'instruction chargé de poursuivre l'enquête avec les moyens importants dont il dispose (perquisitions, garde à vue...).*

La victime peut aussi saisir le doyen des juges d'instruction et déposer une plainte avec constitution de partie civile. Dans 99 % des affaires médicales, les victimes ont choisi ce mode de saisine. Si le juge d'instruction estime qu'une infraction a été commise, il est obligé d'instruire. A cette fin, il délivre des commissions rogatoires aux policiers qui agissent en son nom. S'il estime ensuite que les faits ne sont pas avérés, il prend une ordonnance de non-lieu. Mais s'il considère que les éléments recueillis méritent d'être jugés, il rédige une ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel. Dans ce cas de figure, le tribunal correctionnel refait l'instruction et peut prendre en compte tout fait nouveau. S'il estime qu'il n'est pas possible de poursuivre, il prononce la relaxe. Dans le cas contraire, il prononce une condamnation.

La victime peut enfin déposer plainte avec constitution de partie civile devant le tribunal correctionnel. Dans ce cas, la victime estime disposer d'un nombre suffisant d'éléments et demande à la personne qu'elle met en cause de venir s'expliquer directement, en l'absence d'enquête préliminaire ou d'instruction.

Pour conclure son exposé, M. MORIN rappelle que les juges appliquent la loi votée par le législateur et qu'il faut dans certains cas agir en amont pour démontrer au législateur les difficultés d'application de certains textes.

Par ailleurs, il fait part de son inquiétude face aux réclamations adressées à la direction des affaires juridiques car les demandes d'indemnisation reçues s'accompagnent maintenant souvent de demandes de sanction. Or, explique-t-il, l'absence de sanction prononcée à l'encontre de certains personnels peut conduire la victime à s'orienter vers la procédure pénale. Il faut donc examiner attentivement l'opportunité de mettre en place des procédures disciplinaires afin d'empêcher des procédures pénales.

Le **président** remercie vivement l'intervenant de son intervention très claire sur un sujet complexe. Puis, il ouvre la discussion.

M. FAGON qui a été chargé de répondre à la presse concernant l'affaire de la Pitié-Salpêtrière, plaide pour qu'un travail de communication soit mené afin de lutter contre l'assimilation entre infection nosocomiale et faute. De plus cette communication importante doit s'exercer de façon réfléchie et coordonnée.

Par ailleurs, les événements récents relatifs aux infections nosocomiales sont ressentis par les médecins concernés comme une dégradation de la relation de confiance entre les médecins et les familles de malades. Les médecins doivent donc chercher à rétablir cette relation, et pas uniquement par des actions de communication.

Enfin, en prenant connaissance des plaintes de patients adressées aux hôpitaux, on peut relever trois types de problèmes : défaut supposé de compétences, manque de communication et d'information des patients, problèmes engendrés par des caractères difficiles dans les équipes. Les patients demandent alors que des sanctions soient prises contre certains personnels avant, en cas d'échec, de s'adresser à la justice. Il faut donc réfléchir sur les procédures disciplinaires à mettre en oeuvre à l'AP-HP, quelle que soit la catégorie de personnel concernée. Ce type d'action contribuera à restaurer le lien de confiance avec les patients.

M. CORIAT témoigne en premier lieu de la grande attention qu'ont portée aux sept médecins mis en examen à la Pitié-Salpêtrière, la direction générale et la direction des affaires juridiques.

Il fait part de l'émoi causé au sein de la communauté médicale de l'hôpital par ces mises en examen. Cette situation pénalise le fonctionnement de l'hôpital ; il ne faut pas en effet sous-estimer l'impact psychologique qu'ont eu les mises en examen sur les équipes concernées.

Puis, il confirme que l'objectif des médecins de la Pitié-Salpêtrière est de démontrer la qualité de la prise en charge apportée au malade décédé. L'AP-HP ayant diligenté une enquête confiée aux Prs VACHON et COFIGNON, ces derniers ont indiqué qu'aucun défaut de prise en charge n'a été constaté. L'enquête menée par la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) n'a mis en évidence aucun dysfonctionnement. Ces deux enquêtes n'ont pas empêché la plaignante de porter l'affaire devant le tribunal correctionnel et devant le tribunal administratif car elle est persuadée que le germe qui a tué son mari a été inoculé en per-opératoire.

Enfin, il considère que le dossier d'expertise que détient le juge d'instruction n'est pas de bonne qualité. Les médecins concernés rédigent un argumentaire qui démontrera sans ambiguïté l'absence de faute dans la prise en charge du malade.

A ce stade, le **président** salue le courage des médecins incriminés de la Pitié-Salpêtrière et de M. CORIAT qui s'est joint à eux alors que rien ne l'y obligeait.

M. RICHARD rend à son tour hommage à la direction des affaires juridiques de l'AP-HP qui l'a aidé dans une affaire médico-légale, il y a quelques années.

Par ailleurs, la coordination d'actions de communication en période de crise lui paraît nécessaire.

Concernant les infections nosocomiales, il estime souhaitable de prendre mieux en compte ce risque dans l'élaboration des plans de travaux.

Il convient aussi d'être attentif à l'adéquation entre l'activité et les dotations en personnels car de nombreuses publications scientifiques ont démontré le lien existant entre le ratio soignants / malades et la diffusion des infections nosocomiales. Par ailleurs, des dispositions réglementaires régissent désormais certaines activités comme la réanimation.

Il évoque ensuite la responsabilité des doyens et des universitaires en matière d'enseignement de l'hygiène et des maladies nosocomiales qui lui semble perfectible. Il pense aussi que les facultés devraient mieux enseigner aux jeunes médecins comment communiquer avec leurs patients.

Il regrette, en outre, une certaine frilosité de ses confrères pour une communication de fond relative aux maladies nosocomiales. Pour lui, il faut impérativement agir en dehors de la tourmente judiciaire actuelle.

Enfin, sur le comportement de chaque professionnel et les sanctions possibles, il rejoint M. FAGON. Mais, il insiste aussi pour que le conciliateur médical ait toute sa place dans les hôpitaux. Cela passe par une définition précise de sa fonction. Il faut notamment qu'il joue un rôle important en cas de conflit avec les malades, sans que son rôle ne soit occulté par une place prépondérante donnée à une gestion par trop administrative des conflits.

M. CARLI souscrit à une protection juridique fondée sur l'action, comme la préconise M. MORIN. Il confirme que les médecins connaissent mal les procédures judiciaires. En effet, ils estiment souvent que lorsqu'ils font bien leur travail, ils ne peuvent avoir d'ennui avec la justice, ce qui est désormais faux. Il est certainement nécessaire de parfaire leur connaissance sur ce point, à travers notamment des actions de formation.

Par ailleurs, il souhaiterait que l'assistance apportée par la direction de l'AP-HP à ses médecins et à ses personnels soit mieux connue de la communauté médicale.

Enfin, il envisage l'hypothèse d'utilisation dans l'avenir par la justice de moyens contraignants comme les gardes à vue et souligne que ce type de procédure pourrait susciter des réactions très négatives de la part de la communauté médicale.

Mme BRESSAND estime nécessaire, vis-à-vis des patients et de leurs familles, et aussi vis-à-vis des autres membres de l'équipe de sanctionner les personnels en cas de manquement grave. L'absence de sanction contre un personnel fautif peut conduire en effet à une érosion de la motivation des autres personnels de l'équipe et à un sentiment d'injustice. Si l'institution est capable de juger du comportement de ses agents, la justice interviendra moins.

M. SCHLEMMER est d'accord pour une communication à froid, à condition que l'AP-HP renforce celle-ci pour faire état des résultats positifs obtenus par les hospitaliers. De nombreux malades font confiance aux médecins et la presse ne parle que de cas posant problème.

Concernant les maladies nosocomiales, l'AP-HP a obtenu des résultats dont a récemment fait l'état le Pr JARLIER devant la CME. La Pitié-Salpêtrière a des indicateurs parmi les meilleurs illustrant une lutte efficace contre les infections nosocomiales notamment en ce qui concerne les infections liées aux staphylocoques résistants aux antibiotiques.

Par ailleurs, l'AP-HP doit rechercher les éléments positifs qui lui permettront de communiquer. Il en est ainsi des résultats qu'elle obtient au bénéfice de malades lourds atteints de pathologies à risques : transplantations, réanimations, etc... Par exemple, l'AP-HP dispose de données montrant que les malades de réanimation sont plus lourds qu'il y a dix ou vingt ans et que malgré cela la mortalité reste stable.

M. LEVERGE indique que l'ensemble du collège des pharmaciens est ému car un de leur collègue est mis en examen à la Pitié-Salpêtrière. Il rappelle que la profession de pharmacien est tenue à une obligation de résultats, alors que la justice accepte souvent une obligation de moyens concernant les médecins.

La mise en examen du pharmacien de la Pitié-Salpêtrière évoque trois chefs d'accusations : négligence, imprudence et non respect des règlements. Ce dernier point l'a amené à rechercher les interventions qu'il a pu faire au sujet des infections nosocomiales et de la stérilisation : six interventions en CME, une intervention télévisée, une lettre du précédent directeur général reconnaissant des non-conformités en matière de stérilisation.

Il sera certainement nécessaire de clarifier les responsabilités. Sur ce point le débat interne qui va avoir lieu l'inquiète.

Mme PALAZZO demande si le fait pour un médecin de pratiquer un acte, alors qu'il ne s'estime pas compétent, constitue une faute.

M. PATERON pense que la communication à mettre en œuvre devra bien préciser que le risque zéro n'est pas la même chose qu'un risque injustifié ou majoré et qu'il est nécessaire de mettre en balance les bénéfices et les risques dans les choix médicaux même si ces derniers doivent être réduits au maximum.

M. FAYE pose deux questions au sujet des infections nosocomiales.

L'AP-HP par l'intermédiaire du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) central et des CLIN locaux a-t-elle le droit, en tant qu'employeur, d'édicter des normes et des procédures, de vérifier leur mise en oeuvre et de les faire respecter ? Dans l'affirmative, il faut que l'AP-HP s'apprête à indemniser les dommages qui résulteraient de l'application de ces normes qui, en matière médicale, ne peuvent être fiables à 100 %.

Par ailleurs, quand le praticien qui dispose d'une dépendance professionnelle ne partage pas l'avis de la commission qui a édicté la norme, qui décide ?

M. DASSIER insiste sur la nécessité de rappeler l'application des règles de bonne pratique, sur la qualité de la relation et du dialogue avec les familles, sur le renforcement au niveau local des comités de conciliation susceptibles de désamorcer certains conflits.

M. MORIN intervient pour répondre aux principales observations ou questions formulées par les membres de la CME.

Les médecins conciliateurs

La direction des affaires juridiques qui a intégré depuis peu de temps les droits des patients s'emploie à mettre en place une politique globale relative aux malades. Dans ce cadre, le Pr ROCHANT travaille au sein de la direction pour mettre en oeuvre une politique relative aux médecins conciliateurs. D'ores et déjà, il apparaît que neuf réclamations sur dix traitées par les médecins conciliateurs sont résolues après explication. Cet élément prouve qu'une grande partie des réclamations n'existeraient pas ou n'aboutiraient pas à un contentieux si une véritable politique d'information aux patients existait.

L'absence de risque zéro

L'AP-HP doit mettre en place une communication claire sur la réalité de l'hôpital. C'est un endroit où on soigne mais on y meurt aussi.

Les actes réalisés par un médecin qui se sait incompétent

Le médecin qui les réalise en se sachant incompétent commet une faute selon les règles déontologiques ou ordinaires de la profession médicale.

Les édifications de normes par le CLIN

Le CLIN peut édicter des normes. Cependant, dans l'affaire de la Pitié-Salpêtrière les procédures ont été respectées. C'est sur cet élément que l'AP-HP va s'appuyer pour défendre les médecins.

Puis, M. MORIN conclut en évoquant deux risques potentiels suscités par les affaires en cours.

Le premier consisterait en la mise en place d'un système de surprotection par les médecins.

Le deuxième viendrait des cliniques ou d'autres hôpitaux qui pourraient renvoyer vers l'AP-HP des patients à risque pour éviter toutes poursuites pénales.

Le **président** clôt le débat en demandant à M. MORIN d'intervenir à nouveau dans quelques mois pour informer la CME de la suite des dossiers.

V - Avis sur des fiches de missions et structure.

Le **président** déclare qu'en raison de la densité des débats de ce matin, il reporte à la réunion du 12 février le dossier relatif à la délégation de compétences de la CME en matière de structures en faveur des comités consultatifs médicaux. Il souhaite que l'instance prenne le temps de discuter de ces sujets de manière approfondie.

Puis, il donne la parole à **M. MADELENAT** qui confirme la proposition du président de repousser à une prochaine séance l'examen du nouveau modèle de fiche de missions et structure. Il procède ensuite à la présentation des fiches étudiées en groupe des structures.

A) Fiches de missions et structure sans débat majeur.

Armand Trousseau – GHU est :

- *Modification du service de neuropédiatrie pathologie du développement par :*
 - *Création d'une unité fonctionnelle de neuropathologie du développement rattachée au service de neuropédiatrie-pathologie du développement.*

Un redéploiement interne a conduit à la création de cette unité.

Mme SCHLEGEL précise qu'il s'agit en réalité d'une unité fonctionnelle d'anatomopathologie fœtale et pédiatrique. A son sens, cette unité au sein d'un service clinique devrait être rattachée à un service d'anatomopathologie, au sein du GHU est par exemple.

En outre, elle considère que la neuropédiatrie entre dans le cadre de la réflexion stratégique inter-GHU qui sera menée sur la pédiatrie.

De plus, elle déplore l'absence dans le document des fiches relatives à l'unité fonctionnelle médico-judiciaire et de génétique clinique qui sont indispensables pour avoir une approche d'ensemble du service.

Enfin, les secteurs d'activité relatifs à la neuropédiatrie génétique et au diagnostic prénatal mériteraient, selon elle, des éclaircissements.

M. HOUSSIN fait connaître qu'à l'occasion de la demande de fusion des services de neuropédiatrie des hôpitaux Saint Vincent de Paul et Armand Trousseau sur le site de Trousseau, a été engagée une analyse des enjeux stratégiques aboutissant à une orientation favorable à la fusion. Les responsables des hôpitaux pédiatriques et des neuropédiatres ont participé à cette réflexion mais il appartiendra au groupe des structures puis à la CME de rendre son avis.

Concernant la pédiatrie, l'orateur signale que l'ensemble des présidents de CCM et des directeurs des hôpitaux pédiatriques ont saisi la DPM pour étudier l'avenir de cette discipline. Le groupe de travail constitué sur le sujet, associant M. de PROST et lui-même, contribuera à la préparation du plan stratégique relatif à la pédiatrie à l'AP-HP.

Bichat – GHU nord :

- *Création d'une fédération de gestion commune de surveillance continue médico-chirurgicale.*

M. MADELENAT indique que la fiche officialise la fédération d'un secteur de surveillance continue de médecine et d'un secteur de surveillance continue de chirurgie qui d'ores et déjà mutualisent les moyens en personnel.

Jean Verdier – GHU nord :

- *Modification du service de médecine interne au départ à la retraite du Pr THOMAS le 1^{er} septembre 2004.*

Pour cette fiche, il s'agira de savoir si les dix lits d'aval actuellement rattachés aux urgences et qui rejoindront la médecine interne donneront lieu à la création d'une unité fonctionnelle.

B) Fiches de missions et structure avec débat.

Armand Trousseau – GHU est :

- *Création d'un département de gastro-entérologie, pneumologie et allergologie pédiatriques par :*
 - *suppression du service de gastro-entérologie nutrition pédiatriques ;*
 - *suppression du service de pédiatrie à orientation pneumologie ;*
 - *création de quatre unités fonctionnelles :*
 - *UF de gastro-entérologie,*
 - *UF de pneumologie,*
 - *UF de nutrition clinique,*
 - *UF d'insuffisance respiratoire chronique et de mucoviscidose ;*
 - *suppression de la FGC de pneumologie et allergologie pédiatriques ;*
 - *création de la FGC de gastro-entérologie, pneumologie allergologie pédiatriques.*

Evoquée à plusieurs reprises en groupe des structures, cette fiche, bien qu'elle ne comporte pas la configuration souhaitée par les membres du groupe, s'en rapproche néanmoins et leur paraît acceptable au regard de la situation initialement envisagée. En effet, la première proposition du CCM de rassembler les activités de gastro-entérologie et de l'un des deux services de pneumologie du site, a été rejetée.

La solution transitoire décrite présentement est appelée à évoluer. En 2006, à la suite d'un nouveau départ à la retraite, la FGC ci-dessus constituée sera supprimée et seront créées une unité fonctionnelle d'asthme et d'allergologie et une unité fonctionnelle santé et environnement. Ces unités fonctionnelles seront regroupées dans le département qui comprendra alors six unités fonctionnelles et réunira l'ensemble des activités de pneumologie et de gastro-entérologie de l'hôpital. La fiche prévoit explicitement les évolutions programmées.

Selon **M. BERNAUDIN**, cette fiche présente plusieurs défauts. D'une part, elle ne prend pas en compte les souhaits de deux pneumologues de l'hôpital, défavorables à la séparation de l'unité fonctionnelle de pneumologie avec l'unité fonctionnelle de l'insuffisance respiratoire chronique et de mucoviscidose. D'autre part, elle ne détaille pas les modalités de désignation du chef de département.

La pneumologie infantile constitue un point fort de l'hôpital Trousseau, aussi convient-il de veiller à préserver cette caractéristique, insiste l'intervenant.

M. AIGRAIN remarque que la fiche de structure proposée représente un progrès par rapport à l'existant et qu'elle a été rédigée en association avec les personnes concernées. Cependant il souscrit aux observations de M. BERNAUDIN et ajoute que la nouvelle fiche risque d'engendrer des difficultés de fonctionnement au lieu de conduire à une rationalisation des activités.

M. CORIAT fait part de sa solidarité avec la décision prise par le groupe des structures dont il est membre. Il rappelle que des textes régissent la désignation du chef de département. Ce dernier est nommé par le ministre sur proposition du CCM et de la CME.

M. LE HEUZEY complète ce propos en ajoutant que la désignation d'un chef de département se fait aussi après avis du conseil d'administration. Il ajoute que ce mode de désignation n'interdit pas l'élaboration de règlements intérieurs prévoyant une rotation de ceux qui sont appelés à devenir chefs de département.

M. de PROST explique que les difficultés de ce dossier, qui en réalité se fondent sur un problème d'hommes, trouvent leur origine dans la décision prise voici une dizaine d'années, de séparer l'activité de pneumologie en deux services. La situation s'est compliquée à la suite de l'accident tragique survenu dans l'un des deux services lors de la précédente formation de la CME.

Malgré quelques défauts corrigibles, la fiche répond à une certaine logique et s'inscrit dans l'intérêt du pôle pédiatrique de l'hôpital. Dans ce contexte, il invite l'instance à approuver le dossier car une décision contraire pénaliserait l'hôpital. Le président accepte la proposition de **M. BERNAUDIN** d'inclure dans la fiche la formule « sous réserve de modifications des UF présentées ».

Bicêtre – GHU sud :

- *Création d'une fédération de gestion commune de radiologie.*

Le projet, remarque **M. MADELENAT**, tend à regrouper au sein d'une FGC, trois services de radiologie dispersés dans l'établissement. L'éclatement géographique des structures rend impossible leur réunion architecturale ; néanmoins, il a été demandé au CCM de mettre en oeuvre une mutualisation plus optimale des moyens humains affectés aux services.

Necker – Enfants Malades – GHU ouest :

- *Modification du service de néphrologie A1 en service de néphrologie-transplantation adulte au départ à la retraite du Pr KREIS le 1^{er} septembre 2004.*

Il est prévu de réunir à terme les deux services de néphrologie du site, un chef de service partant à la retraite en 2004 et l'autre en 2005. Le débat en groupe des structures a porté d'abord sur le besoin ou non d'attendre le deuxième départ, puis sur l'absence de réflexion au sujet de la mutualisation de l'activité de transplantation rénale de Georges Pompidou et de Necker – Enfants Malades ainsi que sur l'évolution prévisible du volume d'activité de ce service.

M. FAGON constate pour le déplorer le maintien d'un doublon. Par ailleurs, à travers cette fiche c'est l'organisation de la greffe rénale au sein du GHU ouest et plus globalement au sein de l'AP-HP qui est en cause et qui le préoccupe. Le transfert pressenti d'un néphrologue de qualité provenant du GHU nord vers Necker – Enfants Malades induira le doublement ou le triplement de l'activité de transplantation rénale de cet hôpital. Or, la fiche s'avère pauvre en explications en matière notamment de la prise en charge chirurgicale, de la période post-opératoire, de la possible mutualisation avec Georges Pompidou lequel continue de réaliser des greffes rénales sans savoir si cette activité se concentrera à terme sur son site ou ailleurs. Aussi, dans ce contexte d'interrogations multiples, le caractère d'urgence de l'examen de cette fiche lui semble contestable.

A l'issue de cette discussion, le **président** soumet à l'appréciation des quarante membres votants de l'instance les fiches de missions et structure.

- Sont adoptées à l'unanimité les fiches relatives à :
 - Armand Trousseau, l'unité fonctionnelle de neuropédiatrie pathologie du développement ;
 - Bichat, la FGC de surveillance continue médico-chirurgicale ;
 - Jean Verdier, le service de médecine interne.
- La fiche relative à Necker – Enfants Malades, service de néphrologie-transplantation adulte est adoptée par 16 voix pour, 3 voix contre, 21 abstentions.
- La fiche relative à Bicêtre, FGC de radiologie, est adoptée à l'unanimité moins 1 abstention.
- La fiche relative à Armand Trousseau, département de gastro-entérologie, pneumologie et allergologie pédiatriques, est adoptée par 27 voix pour, 13 abstentions.

VI - Avis sur la désignation d'un représentant de la CME à la commission de l'organisation et de la permanence des soins.

La proposition exposée par **M. AIGRAIN** de désigner Mme VEINBERG en qualité de représentante de la CME à la commission de l'organisation et de la permanence des soins est entérinée à l'unanimité des trente trois membres votants.

Le président quitte la séance ; le vice-président le remplace.

VII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Le renouvellement des contrats d'activité libérale, les nouveaux contrats et les avenants reçoivent l'aval des membres votants de l'instance par 16 voix pour, 3 voix contre et 16 abstentions.

VIII - Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2004.

M. ANTONINI fait connaître que la liste des emplois susceptibles d'être pourvus cette année dans le cadre de la révision des effectifs hospitalo-universitaires est parue au Journal officiel en date du 1^{er} janvier 2004.

Pour l'essentiel, les propositions se révèlent conformes aux vœux exprimés par la CME (cf. documents remis aux membres de la CME). Il précise que deux modifications concernant des emplois de MCU-PH ont fait l'objet d'un additif au Journal officiel :

- un emploi initialement publié à l'unité de formation et de recherche Broussais – Hôtel Dieu a finalement été publié à l'UFR Saint Antoine ;
- un emploi supplémentaire a été publié à l'UFR Broussais – Hôtel Dieu et situé à l'hôpital Georges Pompidou.

IX - Avis sur la convention associant l'établissement public de santé Perray-Vaucluse à l'AP-HP et à l'UFR médicale Bichat-Beaujon.

Cette convention hospitalo-universitaire, explique M. ANTONINI, s'inscrit dans le cadre d'un partenariat général. Elle permettra la nomination d'un PU-PH sur l'un des secteurs de soins de l'établissement public de santé Perray-Vaucluse, lequel secteur intégrera physiquement le groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard.

Cette convention contribuera au renforcement des liens entre la psychiatrie de secteur et la psychiatrie hospitalo-universitaire du groupe hospitalier.

Pour M. HARDY, cette convention entre dans le schéma du rapatriement des secteurs hors les murs dans les hôpitaux généraux.

La convention reçoit l'aval des vingt neuf membres votants.

X - Approbation du compte-rendu de la séance du 16 décembre 2003.

Ce compte-rendu est adopté sans remarque à l'unanimité des trente membres votants.

En l'absence de question diverse la séance a été levée à 12 h 30.

*

* *

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

Jeudi 12 février 2004 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 4 février 2004 à 16h30.

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

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