

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 21 SEPTEMBRE 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 19 OCTOBRE 2004**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**Compte-rendu de la séance  
du mardi 21 septembre 2004**

-----

### **ORDRE DU JOUR**

#### **SEANCE PLENIERE**

- 1- Avis sur l'appel d'offres sur les maladies rares.
- 2- Partenariat urgences – radiologie à l'AP-HP : consensus de pratiques et contrat.
- 3- Point sur le séminaire des 6 et 7 septembre du conseil stratégique relatif au plan stratégique.
- 4- Point sur la biologie : état d'avancement des réflexions et méthodologie de travail.
- 5- Avis sur le programme d'assurance qualité en stérilisation.
- 6- Présentation de la nouvelle organisation de la direction de la politique médicale.
- 7- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 10- Avis sur des demandes de transformation d'emplois de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers.
- 11- Approbation des comptes rendus des séances du 22 juin 2004 et du 6 juillet 2004.
- 12- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur la désignation de praticiens hospitaliers à titre provisoire.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur des changements d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à plein temps hors CHU à titre provisoire.

### **Composition B**

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un MCU-PH.

### **Composition A**

- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

## Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
  - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
  - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
  - M. 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'invité permanent :***
  - M. le Pr DESMONTS, doyen de faculté ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
  - Mme PANNIER, directrice de cabinet,
  
  - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
  - Mme BOURDIL, direction de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
  - Mme CHARPIOT, direction de la politique médicale,
  - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
  - Mme de CHAMBINE, direction de la politique médicale,
  - M. le Dr DENORMANDIE, hôpital Raymond Poincaré,
  - M. le Pr MARSAULT, hôpital Tenon,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

\*

\*                      \*

Le président **de PROST** ouvre la séance en souhaitant la bienvenue à M. MAMAN odontologue à l'hôpital Charles Foix et à M. SALES chirurgien à l'hôpital Bicêtre. Ils remplacent respectivement M. GOGLY promu PU-PH et M. FRAU placé en position de disponibilité.

Puis il présente les excuses de MM. LACAU ST GUILY, LE HEUZEY, NAZAC et TULLIEZ avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

## **I - Avis sur l'appel d'offres sur les maladies rares.**

**M. DENORMANDIE** introduit le sujet relatif à l'appel d'offres lancé par le ministère pour la reconnaissance de centres de référence sur les maladies rares (cf. document transmis aux membres de la commission médicale d'établissement).

Il évoque le calendrier de travail resserré en raison d'un financement prévu dès cette année dans le cadre de programmes pluriannuels et un cahier des charges source de confusion.

L'Assistance publique – hôpitaux de Paris couvre 30 % de l'offre nationale de prise en charge des maladies rares observe l'orateur. L'absence d'une cartographie du nombre de centres préconisés par le ministère au niveau national, a compliqué la réflexion menée au sein de l'institution.

Après avoir décrit la méthodologie, les missions du groupe d'experts nommés par la CME et précisé que cent cinquante équipes se sont portées candidates à l'appel d'offres, **Mme BOURDIL** explique que le travail du groupe a consisté notamment à solliciter des regroupements, des collaborations internes à l'AP-HP, fondés sur les critères ministériels et également à veiller à l'impact de la labellisation. En effet, une telle reconnaissance induira des conséquences dans le cadre de la tarification à l'activité, se traduira par l'attribution de moyens à la recherche, produira un effet clientèle et renforcera le caractère restructurant d'une organisation efficiente.

La transmission des cent cinquante lettres d'intention, intervient **M. DENORMANDIE**, permet de déposer soixante deux dossiers\* pour l'ensemble de l'AP-HP. Le ministère prévoit de labelliser et financer vingt cinq équipes et d'en labelliser d'autres sans leur accorder de moyen financier. L'enveloppe budgétaire nationale s'élève à dix millions d'euros.

Puis, il mentionne le document qui répertorie les dossiers (les maladies rares ou le groupe de maladies rares, les équipes concernées et les coordinateurs) avant de donner lecture de leur répartition par thématique.

L'AP-HP dispose désormais d'une cartographie de son offre de prise en charge des maladies rares. Ainsi, dans le cadre du plan stratégique, le travail réalisé permettra d'organiser l'offre de soins dans ce domaine au sein de l'AP-HP.

**M. DENORMANDIE** souligne l'absence de précision quant aux critères sur lesquels se fondera la sélection du jury. L'intégralité des soixante deux dossiers\* est présentée au ministère. Les indications qui résulteront des choix du jury serviront de cadre pour organiser la participation à l'appel d'offres des deux prochaines années. Il précise que les relations de l'institution avec le milieu associatif, lequel porte le débat relatif aux maladies rares, constitue un élément clé car les associations participent au jury.

Au terme de ces exposés, le **président** ouvre le débat.

\*Depuis la réunion de la CME cinq dossiers supplémentaires ont été déposés au ministère, portant leur nombre à soixante sept.

**M. BERNAUDIN** se félicite de la présence à la fois de cliniciens et de biologistes dans les équipes répertoriées. En effet, la prise en charge diagnostiquée d'une maladie neuromusculaire exige l'interprétation de la biopsie, des explorations fonctionnelles, de la génétique et de la biochimie. Cette démarche engendrera espère-t-il, une reconnaissance et un soutien financier de la part de l'AP-HP à des équipes clinico-biologiques.

A une question de **Mme DEGOS** relative au recensement des équipes financées par des associations ou des ministères, **M. DENORMANDIE** répond que les associations, bien qu'identifiées, n'ont pas fait l'objet d'une cartographie précise. Par ailleurs, il indique que les activités bénéficiant d'un financement récent au titre de « centre ressource » ne figurent pas dans la liste des projets soumis à l'appel d'offres.

Toutefois, la démarche engagée permet de tisser un canevas des maladies rares et d'y intégrer des activités fléchées dans le cadre des centres ressources.

**Mme BOILEAU** insiste sur les difficultés rencontrées pour bâtir les dossiers et salue le remarquable travail de synthèse accompli. L'appel d'offres, résultante d'une forte pression des associations, s'avère important pour l'AP-HP qui a développé la génétique clinique et biologique en France. Il convient d'agir pour que le ministère reconnaisse le poids de l'institution dans la prise en charge des maladies héréditaires et aussi de ne pas négliger ce volet tant historique qu'actuel au regard des nombreuses équipes disposant d'une reconnaissance nationale et internationale.

En outre, il faut construire un outil administratif visant à identifier les structures labellisées, conçues sur la base de services et d'unités fonctionnelles alors que les centres de référence sont multidisciplinaires.

Du point de vue de **Mme ABADIE**, les autorités de tutelle devront clarifier leur position pour l'an prochain afin de prévenir les conflits observés entre les équipes. L'objectif consiste-t-il à produire pour les associations une brochure recensant les actions menées et décrivant la situation ou vise-t-il à distribuer les moyens.

Par ailleurs, les budgets alloués au cours des trois années devront également prendre en compte les dossiers qui n'ont pas encore été présentés, dans l'attente des premiers résultats.

La **directrice générale** manifeste sa déception quant à la part des dossiers produits par l'AP-HP, laquelle part représente seulement 30 % du total national alors que l'institution couvre 33 % de l'activité des CHU. Elle espère que la qualité compensera la faiblesse numérique.

Le **président** table sur le fait que l'AP-HP pèsera plus de 30 % du poids des dossiers retenus. Puis à l'adresse de Mme ABADIE, il indique que les services qui ont choisi d'attendre pour concourir ont eu tort.

S'agissant du taux de 30 %, **M. DENORMANDIE** rappelle que les centres de référence ne sont pas répartis exclusivement au sein d'unités universitaires. De plus, il est difficile d'accéder à une vision précise car les banques de données portent davantage sur les structures que sur l'activité de celles-ci. L'orateur a rappelé au ministère la nécessité de valoriser ces activités dans la classification commune des actes médicaux, notamment en prenant en compte la notion de pluridisciplinarité et aussi les dispositifs orphelins, oubliés pour l'heure dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Tant au niveau quantitatif que qualitatif, précise **Mme BOILEAU**, l'AP-HP occupe le premier rang au plan national en volume d'activité et en nombre de maladies rares prises en charge. La difficulté réside dans le repérage de ces activités au sein de l'institution.

La **directrice générale** rappelle que l'AP-HP est en compétition dans ce domaine avec les autres CHU ; la concurrence ne peut être interne entre les services ni collectivement nuisible sur ce genre de sujet.

La CME émet un avis favorable à l'appel d'offres sur les maladies rares à l'unanimité des 38 membres votants.

## **II - Partenariat urgences – radiologie à l'AP-HP : consensus de pratiques et contrat.**

Depuis 1998, la radiologie s'est engagée dans une démarche qualité tant pour l'information du patient que pour les projets de service, expose **M. MARSULT**. Constatant des dysfonctionnements dans les services d'urgence et dans les relations entre les services d'imagerie et ceux d'urgence, les deux collégiales, urgentistes et radiologues, et la direction de la politique médicale ont entrepris un travail en commun afin d'améliorer les pratiques professionnelles et d'optimiser l'organisation.

### 1- Le consensus.

Le consensus souscrit entre les services d'urgence et de radiologie traduit leur volonté de coopérer à la démarche qualité. Les objectifs consistent à répondre aux questions posées par l'état clinique du patient et à ne pas encombrer les services de radiologie d'examen inutiles ; les efforts portent sur un meilleur dialogue.

Le consensus et le livret rédigé en commun ne sont pas opposables au plan juridique par l'une ou l'autre des parties, ni ne doivent être source de conflit entre les services qui se trouveraient dans l'impossibilité de respecter les délais ou de réaliser le type d'examen prévus. Il n'établit pas une vérité éternelle.

Au contraire, le consensus constitue une démarche qualité, une remise en cause des pratiques pour mieux travailler ensemble et suppose une adaptation aux conditions locales.

Après avoir interprété les exemples présentés dans le document transmis aux membres de la CME, le rapporteur déclare que pour s'assurer la mise en oeuvre du consensus, il convient d'améliorer l'organisation entre les services d'urgence et de radiologie. Ainsi est introduite la notion d'urgence structure qui constitue un élément essentiel dans l'amélioration du fonctionnement car elle permet la sortie, en début de matinée, des patients pris en charge dans les plages horaires réservées à cet effet.

### 2- Le contrat.

La mise en oeuvre du consensus, qui nécessite une formation, se formalise par le contrat qui comprend la demande et l'indication des examens, le mode d'organisation de l'interface urgence-radiologie, la sécurisation et l'information du patient, la mise à disposition des résultats.

### 3- La conclusion.

Le radiologue s'approprie la démarche qualité pour mieux satisfaire les besoins des patients et la prise en charge clinique.

Pour l'urgentiste la démarche, raisonnée et raisonnable, répond à un réel besoin et offre l'intérêt de mener une réflexion partant d'un motif de recours ou d'une pathologie individualisée à l'accueil des urgences.

Pour l'heure, le projet s'adresse à la pathologie adulte ; la prise en charge pédiatrique interviendra prochainement. Le consensus a été envoyé à tous les médecins des services d'urgence et de radiologie, à tous les internes et chefs de clinique assistants concernés par les gardes adultes.

Les hôpitaux Pitié – Salpêtrière, Cochin, Tenon, Antoine Bécère ont conclu des contrats et les hôpitaux Jean Verdier, Bicêtre, Bichat, Beaujon sont en cours de contractualisation.

Pour sa part, **M. PATERON** espère que le travail de coopération qui animait le groupe se reproduira dans l'ensemble des hôpitaux et indique que les sociétés savantes s'intéressent à cette démarche initiée par l'AP-HP.

Selon **M. LAPANDRY**, ce travail s'adresse uniquement aux urgentistes intra-hospitaliers alors que le problème concerne également ceux extra-hospitaliers. En effet, le projet ignore l'obligation d'attente ou d'assistance des équipes de transport médicalisées, lors d'examen radiologiques d'un grand nombre de patients gravement atteints, en raison de l'absence de médecin disponible dans les services d'urgence ou de réanimation. Il conviendrait donc d'informer les urgentistes de la disponibilité potentielle des personnels de surveillance dans les salles de radiologie. En outre, il n'existe pas de répertoire des sites imagerie par résonance magnétique disposant d'un matériel de réanimation compatible avec la surveillance des patients.

Sur ce dernier point, **M. MARSAULT** indique qu'à sa connaissance seul un service de la Pitié-Salpêtrière assure cette double fonction de manière satisfaisante. Puis, il confirme la nécessité de réfléchir à la prise en charge extra-hospitalière. **M. PATERON** précise que les indications des examens radiologiques en situation d'urgence envisagées dans le document concernent l'ensemble des structures d'urgence et que les spécificités propres à la prise en charge pré-hospitalière entrent dans le volet organisationnel et renvoient aux contrats.

La contractualisation devrait aussi lier les SAMU et les services de radiologie afin de bénéficier d'une plus grande souplesse dans les pratiques, remarque **M. DRU**. Réaliser un scanner dans l'hôpital d'accueil éviterait des transports inutiles. De plus le transfert des images ne s'avère pas forcément optimal.

**M. AIGRAIN** souhaite que le projet soit étendu à la pédiatrie et espère que la réorganisation des urgences chirurgicales, mise en oeuvre prochainement, constituera une réponse satisfaisante à la requête de M. DRU.

**Mme BRESSAND** demande si les clichés de radiologie standard ont fait l'objet d'une réflexion en vue d'une contractualisation car c'est la plus grande activité de radiologie en urgences. **M. GOUTALLIER** souhaite connaître si en traumatologie, la scintigraphie relève de la radiologie et à qui appartient la responsabilité de la lecture des clichés entre le radiologue et le chirurgien.

En réponse à ces observations, **M. MARSAULT** apporte un certain nombre de précisions.

Depuis 1995, on s'emploie à réaliser le scanner dans l'hôpital d'accueil du patient. En matière de radiologie conventionnelle, une vision moderne de l'imagerie est privilégiée. Quant à l'interprétation des clichés tant sur le site qu'à distance, cela pose un réel problème ; la collégiale des radiologues y réfléchit mais n'a pas proposé de solution pour l'instant.

La scintigraphie n'a pas été prise en compte dans l'étude, toutefois la médecine nucléaire s'avère rarement accessible en urgence.

La **directrice générale** souligne le caractère remarquable du travail accompli qui s'inscrit dans l'objectif de la meilleure utilisation possible des moyens, à l'image de la juste prescription. Dans le projet, l'importance accordée à l'organisation signifie qu'elle doit se déclinier dans chaque hôpital siège d'un service d'accueil des urgences (SAU).

Au plan juridique, elle pense qu'il importe d'examiner en quels points la démarche offre une protection. A cet égard, la tendance consiste à multiplier les examens pour se couvrir, mais elle est convaincue que la juste prescription contribue à cette protection. Les recommandations formulées, à considérer comme des moyens de protection des professionnels, estime Mme VAN LERBERGHE, peuvent parfois ne pas être respectées notamment en matière de délai, il convient néanmoins d'éviter les écarts source de réclamations potentielles.

Pour conclure, le **président** évoque la nécessité de diffuser cette information en particulier vers les internes. Il propose que le livret figure sur le futur site Internet propre à la CME, opérationnel dans deux mois.

**Mme de CHAMBINE** signale que le document, consultable sur le site de la DPM à la rubrique « nouvelles », fait l'objet de pourparler pour une diffusion générale à l'ensemble des professionnels de l'institution par courrier électronique.

### **III - Point sur le séminaire des 6 et 7 septembre du conseil stratégique relatif au plan stratégique.**

Le **président** s'attache à informer l'instance de la progression des travaux relatifs à l'élaboration du plan stratégique pour la période de 2005 à 2009. A cet effet, il donne la parole à M. HOUSSIN pour exposer les avancées réalisées dans le cadre du récent séminaire qui a réuni le conseil stratégique et des médecins représentants la CME.

**M. HOUSSIN** développe en premier lieu la méthode utilisée puis détaille les résultats préliminaires et enfin décline les perspectives.

#### **1- La méthode.**

La phase préparatoire a fourni l'occasion de dresser un bilan du plan stratégique précédent, d'engager une réflexion prospective et de concevoir un mode d'élaboration du prochain plan. Ce mode consiste à bâtir un projet pour l'AP-HP dans lequel s'inscriront les projets des hôpitaux.

La phase d'élaboration s'est centrée d'une part sur l'identification de thèmes prioritaires (le vieillissement de la population, la précarité en Ile de France, la prise en charge des malades cancéreux, le lien avec les universités...) d'autre part, sur les problématiques dégagées dans le cadre des thèmes prioritaires et d'autres propres à chaque GHU ; ce volet a été conduit par une dizaine de groupes de travail sous l'égide des directeurs de GHU.

Afin de déterminer le cadrage financier global, un chiffrage des projets a été réalisé. La construction du projet social et professionnel s'adosse aux résultats de l'écoute des personnels qui a été menée au printemps.

Par ailleurs, un processus d'appropriation du projet (information aux instances représentatives, rencontres avec les directeurs et les présidents de CCM, échanges avec les organisations syndicales...) a été enclenché.

## 2- Les perspectives.

Un premier axe vise à la mobilisation de l'AP-HP qui doit se montrer active et réactive face à l'évolution des besoins en soins de la population (l'augmentation des malades âgés...) en procédant à des réorganisations et en prenant des mesures d'information et de communication.

Un second axe porte sur le renforcement de l'attractivité et de la cohésion de l'AP-HP : attirer les malades, les étudiants, les personnels.

Enfin, l'institution doit produire un effort d'adaptation à son environnement en matière notamment de sécurité, de qualité, de modernisation des installations, d'efficacité des activités et d'ouverture sur l'extérieur.

## 3- Le calendrier.

A la fin du mois de septembre, le bureau de la CME se réunira avec les directeurs d'hôpitaux et les présidents de CCM. Le 19 octobre, les lignes directrices du projet seront présentées à la CME.

En parallèle, se dérouleront une restitution aux personnels du travail relatif à leur écoute, des échanges avec le CTE, un séminaire avec le CA, des réunions dans chaque GHU.

La phase d'élaboration des projets de chaque hôpital débutera en fin d'année et par la suite, une procédure de suivi du plan stratégique sera mise en oeuvre.

L'objectif consiste, conclut la **directrice générale**, à partager entre un maximum de personnes l'élaboration du plan stratégique car le processus de sa construction lui semble compter autant que le résultat. C'est pourquoi, la première étape des travaux s'attache à dessiner des lignes directrices qui guident l'action de chacun au sein de l'AP-HP et qui s'enrichiront et se corrigeront au fil des débats.

## **IV - Point sur la biologie : état d'avancement des réflexions et méthodologie de travail.**

Préalablement à l'intervention de M. SUDREAU sur la méthodologie de travail retenue pour la mise en oeuvre du schéma cadre relatif à la biologie, **Mme CHARPIOT** présente quelques chiffres clés relatifs à la biologie et synthétise les travaux qui ont permis d'aboutir au schéma cadre (document transmis aux membres de la CME).

Ce travail avait pour double objectif de susciter d'une part une participation importante des plateaux techniques au plan de retour à l'équilibre et d'autre part, des projets de restructurations dans le cadre du plan stratégique 2005 – 2009.

La DPM a travaillé avec le groupe d'appui et de facilitation des restructurations de la biologie composé en majorité des représentants des collégiales de biologie ainsi qu'avec les directeurs de GHU qui ont décliné au sein de leurs structures leur propres groupes de travail.

Mme CHARPIOT présente quelques données chiffrées relatives à l'AP-HP en précisant qu'il n'existe pas nécessairement d'éléments de comparaison discipline par discipline et que l'un des seuls indicateurs disponibles est le prix moyen du B pour mesurer le poids de cette activité.

En 2003, l'AP-HP a produit 1,788 milliard d'équivalent B, soit + 7,7 % par rapport à 2001. Les dépenses, au cours de la même période, ont progressé dans une moindre mesure et au final en 2003, le prix moyen du B à l'AP-HP a rejoint celui enregistré dans les autres CHU, en 2001, en raison de l'effet « volume d'activité ».

Une comparaison entre l'AP-HP et les CHU – CHR réalisée en 2001 a notamment mis en évidence un pourcentage d'admissions à l'AP-HP à hauteur de 21,8 % des admissions de l'ensemble des CHU – CHR pour une production de B représentant 28,9 % de la production totale de ces établissements. L'AP-HP représentait 42,2 % du total de l'ensemble des personnels médicaux affectés dans les services de biologie et un volume de garde à même hauteur. La production de B étant par ailleurs de 1,35 milliard par le personnel médical pour une moyenne à 2,4 sur l'ensemble des CHU. Le taux d'encadrement non-médical à l'AP-HP est également supérieur à la moyenne des CHU. Une comparaison menée entre l'AP-HP et les établissements constitutifs de l'échelle nationale des coûts confirme ces résultats.

Bien qu'il s'agisse de données brutes, ces données ont néanmoins été analysées avec les biologistes.

L'AP-HP se caractérise par ailleurs par de très nombreux sites, services et unités porteuses d'activités et de dépenses. Dans le cadre du travail accompli avec le groupe d'appui et les biologistes, cette grande dispersion des sites a été relevée de même que les lacunes du système d'information qui ne permet pas de bénéficier des actes en nature mais en millions de B.

Il est par conséquent apparu important d'améliorer la lisibilité et la cohérence entre les sites et au sein des laboratoires afin d'optimiser les moyens, permettre de répondre aux évolutions technologiques et soutenir la recherche et labelliser des centres de référence dans un contexte budgétaire contraint. Ceci se traduit par des objectifs quantitatifs de recherche d'économie en biologie par une réduction des volumes d'activité grâce à une juste prescription et une réduction des coûts de structures, et des objectifs qualitatifs visant à une utilisation optimisée des moyens.

Insistant sur le travail important mené au sein des collégiales et des GHU, Mme CHARPIOT décrit ensuite les pistes de travail aujourd'hui validées en termes d'organisation, de flux financiers et d'accompagnement.

A son tour **M. SUDREAU** présente la méthode de travail proposée afin de réaliser concrètement les opérations recensées dans la phase de travail précédente. Celle-ci repose essentiellement sur la mise en place d'un comité de pilotage consacré à la biologie qui se voit attribuer trois missions : concrétiser les pistes de travail recensées, faciliter le déroulement des opérations et accompagner la mise en oeuvre de la juste prescription.

Quant à la composition de ce comité, afin de maintenir la dynamique engagée avec le groupe d'appui, il est proposé d'y intégrer les binômes GHU ayant déjà travaillé sur le sujet et trois membres de la CME, les directeurs exécutifs de GHU, le président du syndicat des biologistes, M. PETIT, le président du comité de la juste prescription, M. NAVARRO, et un représentant des directions fonctionnelles du siège.

Ce groupe aura à travailler selon M. SUDREAU dans un calendrier de travail serré avec une première réunion dès le mois d'octobre, l'intervenant proposant des *reportings* réguliers auprès de la CME.

Au terme de ces présentations, la discussion est ouverte.

**M. BERNAUDIN** revenant sur la première partie des interventions, regrette que la biologie soit présentée comme un ensemble et note avec intérêt la présentation retenue dans le GHU ouest distinguant quatre niveaux de la biologie : biologie de haut débit, biologie spécialisée, biologie de référence et biologie de recherche. Estimant que la biologie ne peut être considérée comme un ensemble homogène, il fait la demande d'un suivi de la réorganisation selon ces différents types de biologie.

**Mme SCHLEGEL** souscrit aux propos de M. BERNAUDIN et insiste sur la nécessité de reconnaissance des spécificités induites par la pédiatrie.

A propos du regroupement des services de biologie des hôpitaux de soins de suite et de réadaptation avec les hôpitaux de court séjour, **M. PIETTE** s'inquiète des conséquences d'un schéma exclusif consistant à déplacer des biologistes travaillant au sein des hôpitaux de gériatrie vers des sites SAU sans maintenir une masse critique de biologistes ayant une vision de la recherche vis-à-vis des grandes pathologies touchant les personnes très âgées. Il craint dans ces conditions l'absence de développement de la recherche clinique et bio-clinique sur ce thème à l'AP-HP, premier CHU de France.

**M. NORDLINGER** partage ce point de vue et insiste sur la nécessité de conserver le caractère hopitalo-universitaire à l'ensemble des établissements de l'AP-HP. Conserver une telle qualification et pratiquer une activité de recherche revient à disposer d'un volet de biologie spécialisée et à ne pas regrouper l'ensemble de cette activité sur quelques sites afin d'éviter la perte de qualité universitaire aux sites qui en seraient dépourvus.

**M. GOËAU-BRISSONNIERE** rejoint cette opinion et considère nécessaire de cadrer l'activité de recherche dans le projet médical des établissements, un objectif non toujours atteint.

**M. DUSSAULE** souligne le lien entre recherche universitaire, INSERM et CNRS et l'impact en région Ile-de-France de celui-ci sur la densité de personnel médico-biologique. Il évoque également l'interface entre activités clinique et biologique et l'absence de frontière en réalité dans ces deux domaines notamment dans certaines disciplines telles que l'histologie ou l'exploration fonctionnelle.

Quant à la composition du comité de pilotage, afin que celui-ci dispose de l'expertise nécessaire, M. DUSSAULE voit un intérêt à y intégrer un représentant de chacun des domaines de la biologie.

**Mme CHARPIOT** confirme à **M. DECQ** les données quant à la production de B à l'AP-HP, qui nécessitent selon lui, une révision des pratiques de prescription et précise à M. BERNAUDIN que les quatre types de biologie ont bien été pris en compte dans le schéma cadre.

Selon **M. DUSSAULE** les données présentées quant à la production de B évoquées par M. DECQ (consommation de + 30 % de l'AP-HP comparée à la base CHU nationale) doivent être relativisées par l'inclusion des BHN qui sont le produit de l'innovation des laboratoires.

Après une mise en garde sur les risques qui pourraient exister à diffuser des éléments trop abrupts, **M. SCHLEMMER** voit la nécessité de poursuivre la réflexion et d'y associer le groupe évaluation et finances afin d'améliorer la qualité des messages diffusés. Parmi ceux-ci M. SCHLEMMER évoque l'idée d'un rationnement dans ce secteur ou d'une entrave à la recherche qui pourrait émerger. Il rappelle à ce propos l'existence de financements affectés à la recherche, qu'il convient de différencier des activités de soins.

**M. HOUSSIN** qualifie ce projet d'important, en particulier dans ses modalités de mise en oeuvre et, tout en insistant sur l'importance de le mener à bien, il revient sur l'intervention de **M. SCHLEMMER** et considère comme une préparation utile l'évaluation précise du différentiel entre les établissements et de l'impact des mesures envisagées.

Le **président** se dit partisan de la proposition de **M. SCHLEMMER** en vue d'une discussion sur le travail réalisé avant la transmission d'un document final à la CME préalablement à sa diffusion.

#### **V - Avis sur le programme d'assurance qualité en stérilisation.**

En propos liminaire, **Mme CHARPIOT** dresse le cadre réglementaire. Elle indique que le décret du 23 avril 2002 oblige tout établissement de santé à organiser au sein de sa pharmacie à usage intérieur un système d'assurance qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. Le texte prévoit la nomination par le directeur d'un responsable (non nécessairement pharmacien) et l'élaboration d'un manuel d'assurance qualité qui regroupe l'organisation, les procédures et les moyens. Dans le cas d'une concession de ces activités de stérilisation à un autre hôpital, une convention définit l'organisation et le système d'assurance qualité.

Puis elle décrit la démarche menée d'avril à juillet 2004 par la direction de la politique médicale et la collégiale des pharmaciens auprès des hôpitaux de l'AP-HP. Ces derniers ont transmis les éléments de preuve du dispositif mis en place : le sommaire du manuel, l'engagement du directeur sur le respect des dispositions prévues, le nom du responsable d'assurance qualité et l'organigramme hiérarchique et fonctionnel de la stérilisation.

Enfin, elle informe que la plupart des sites de long séjour ont conclu une convention avec des hôpitaux de court séjour.

Depuis la mise en examen de certains de ses collègues pour homicide involontaire dans le cadre d'une affaire alliant assurance qualité de stérilisation et infection nosocomiale, **M. LEVERGE** considère que le sujet de la stérilisation mérite une attention particulière de la part de l'instance.

Si la sous-traitance de la stérilisation du matériel entre les hôpitaux de l'AP-HP se déroule bien grâce à une coopération exemplaire entre pharmaciens et directeurs et des conventions identifiant parfaitement les responsabilités, l'intervenant doute de la fiabilité de certains prestataires privés. Pour illustrer son propos, il cite le type de sous-traitance éventuellement prévue à l'hôpital Charles Foix qui engage la responsabilité du pharmacien et du directeur. Il appelle donc la CME à se défier des sous-traitances mal raisonnées, mal conseillées, non évaluées. Il lui demande son soutien afin de poursuivre les échanges de prestations techniques entre les hôpitaux et accompagner ces derniers pour porter les procédures d'assurance qualité.

Mis aux voix, le programme d'assurance qualité est approuvé par 32 voix pour et 1 abstention.

## **VI - Présentation de la nouvelle organisation de la direction de la politique médicale.**

M. HOUSSIN et son adjoint, M. SUDREAU, réalisent une présentation conjointe de cette nouvelle organisation. M. HOUSSIN intervient en premier lieu pour rappeler les objectifs ayant présidé à cette réorganisation. Le premier d'entre eux est la recherche d'une simplification et d'une clarification de l'interface de la direction avec la CME, le second objectif vise au développement des capacités d'expertise dans un grand nombre de domaines tels que le personnel médical, les activités, la recherche, l'information médicale, etc... En troisième lieu, la logique de transversalité est recherchée tant pour l'analyse de l'activité que pour le renouvellement des structures ou les relations avec la région. Le quatrième objectif enfin est la participation au plan équilibre avec une réduction des effectifs de trente emplois.

M. SUDREAU tout d'abord, puis M. HOUSSIN présentent ensuite le nouvel organigramme général de la direction (se conférer aux organigrammes installés sur le site intranet de la DPM) en détaillant par secteur les missions dévolues à chacun d'eux ainsi que les interfaces établies avec la CME et ses différents groupes de travail.

Le **président** remercie M. HOUSSIN pour cette clarification et l'identification des interfaces avec la CME et annonce que cette présentation est disponible sur le site de la DPM.

## **VII - Avis sur des fiches de missions et structure.**

La parole est donnée à M. MADELENAT pour présenter les fiches de missions et structure avalisées par le groupe des structures (cf. document transmis aux membres de la CME).

### **A) Fiches de missions et structure avec débat.**

#### ***GHU nord***

##### ***Beaujon – Bichat :***

- *Création d'un service inter - hospitalier de cancérologie (SIHC) sur le site de Beaujon et création d'une unité fonctionnelle de consultation d'oncologie médicale sur le site de Bichat.*

L'opération consiste à conférer aux deux hôpitaux l'appellation de site spécialisé. La discussion a porté sur le niveau d'activité des deux structures, sur leur capacité d'accueil en terme de consultations et sur les lieux d'accueil des chimiothérapies devant se dérouler essentiellement à l'hôpital Beaujon.

##### ***Bichat :***

- *Révision du service de physiologie - explorations fonctionnelles multidisciplinaires, suite à la mutation du Pr Friedlander à l'hôpital européen Georges Pompidou.*

La fiche ne définit pas clairement l'objectif du CHU en matière d'explorations fonctionnelles ni en terme d'intégration au sein du GHU dans le cadre du fonctionnement associatif entre les hôpitaux Bichat, Beaujon et Louis Mourier. Ce caractère évasif trouve sa justification dans le fait que deux candidats sont en lice sur la succession. Dès sa nomination, le groupe des structures incitera le nouveau chef de service à ajuster le dossier à la réalité.

**M. GOUTALLIER** demandant lequel entre le GHU, l'hôpital ou le futur candidat définit les structures, **M. CHAUSSADE** répond que seuls les besoins en soins déterminent les structures. Le **président** abonde dans le sens que seuls les besoins doivent guider la décision.

La compétence du groupe des structures, précise **M. MADELENAT** se limite à recueillir les fiches émanant du comité consultatif médical et d'en débattre avec ce dernier. Il conviendrait de délimiter les structures avant de nommer les responsables or, l'inverse se produit souvent. Au regard de son expérience à la présidence du groupe des structures **M. de PROST** confirme que le poids des hommes s'avère prépondérant. Toutefois, le groupe des structures doit veiller comme pour le cas présent, à juger les dossiers en fonction des besoins.

Depuis dix huit mois, le groupe a avalisé certaines fiches sous réserve d'amendements, relate **M. MADELENAT**. Il a chargé Mme FERY-LEMONNIER de lister ces amendements afin de vérifier leur traduction concrète. Les résultats feront l'objet d'une présentation devant l'instance.

## B) Fiches de missions et structure sans débat.

### **GHU nord**

#### **Avicenne – Bichat :**

- *Modification du service de parasitologie hors CHU à orientation coprologique du site Bichat, par fusion avec le service de parasitologie d'Avicenne en service de parasitologie – mycologie et*
- *création simultanée d'une unité fonctionnelle de parasitologie sur le site d'Avicenne rattachée au service de Bichat.*

#### **Louis Mourier :**

- *Révision du service d'hépto-gastro-entérologie, suite à la mutation du Pr Soule à l'hôpital Bichat.*

### **GHU sud**

#### **Bicêtre :**

- *Révision du service de pédiatrie générale : policlinique - hôpital de jour- urgences - rééducation fonctionnelle en service de pédiatrie générale / urgences pédiatriques avec création de trois unités fonctionnelles au sein du service :*
  - *UF unité d'hospitalisation de pédiatrie générale.*
  - *UF unité d'hospitalisation de jour.*
  - *UF rééducation fonctionnelle pédiatrique.*
  - *Et modification de l'UF d'urgences pédiatriques déjà existante.*

**San Salvador :**

- Révision du service de pharmacie.

**GHU est**

**Pitié – Salpêtrière :**

- Modification du service de PUI, vacant au départ à la retraite du Pr Thuillier et création de cinq unités fonctionnelles (pour mémoire la sixième a été créée par le CA du 28 mars 2003).
  - UF approvisionnement, gestion, dispensation des médicaments destinés aux patients hospitalisés.
  - UF approvisionnement, gestion, dispensation des médicaments destinés aux patients externes, des médicaments à statut particulier ou en essais cliniques et gestion des risques.
  - UF analyse des médicaments.
  - UF radiopharmacie.
  - UF stérilisation (créée par le CA du 28 mars 2003).
  - UF unité de dispositifs médicaux stériles.

**GHU ouest**

**Georges Pompidou :**

- Révision du service de pharmacie avec création de 6 unités fonctionnelles. (Organigramme PUI de l'hôpital européen Georges Pompidou).
  - UF circuit médicament.
  - UF dispositifs médicaux.
  - UF stérilisation.
  - UF assurance et contrôle qualité.
  - UF radiopharmacie.
  - UF fabrication des médicaments et reconstitution des cytotoxiques.
  - UF pharmaco-toxicologie (créée par le CA du 25 octobre 2002)

La CME approuve les fiches proposées par 26 voix pour ; on note 5 abstentions.

**VIII - Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Les renouvellements, l'avenant et les nouveaux contrats d'activité libérale sont adoptés par 15 voix pour, 2 voix contre ; on enregistre 14 abstentions.

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

Les désignations n'ont soulevé aucune observation particulière en groupe du personnel médical, indique **M. ANTONINI**.

## **X - Avis sur des demandes de transformation d'emplois de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers.**

**M. ANTONINI** rappelle brièvement le contexte de ces demandes.

Le financement de la transformation de vingt cinq emplois de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers avait été obtenu dans le cadre du budget primitif pour l'année 2004. La répartition d'une partie de ces postes a été différée en raison de la situation d'attente des résultats de concours dans laquelle se trouvait un grand nombre de ces praticiens adjoints contractuels. Aujourd'hui est examinée la dernière phase du processus de la révision des effectifs pour l'année 2004. La DPM ayant anticipé sur la création des emplois correspondant à des praticiens adjoints contractuels inscrits sur la liste d'aptitude, les praticiens recevant un avis favorable de la CME et du CA pourront bénéficier d'une nomination à titre provisoire dans l'attente d'une nomination définitive.

Parmi les trente demandes enregistrées, le groupe du personnel médical en a sélectionné dix conformément au nombre de postes disponibles et après la consultation des disciplines.

A son tour, **M. AIGRAIN** explique qu'outre le classement opéré par les CCM et les collégiales, le groupe du personnel médical a pris en compte le dossier des candidats, l'activité des services concernés et le personnel déjà affecté.

Après avoir décliné la répartition des dix postes par discipline, soit 4,5 en médecine, 1 en anesthésie réanimation, 2 en biologie, 1,5 en radiologie et 1 en chirurgie, le rapporteur commente le document remis aux membres de la CME.

Le syndicat des biologistes et la collégiale de biochimie avaient classé en première position, signale **Mme BOILEAU**, la demande de poste émanant du service de biochimie de l'hôpital Tenon et concernant un candidat au profil conforme aux recommandations de la commission université. Aussi s'interroge-t-elle sur le rejet de cette demande.

Tout en reconnaissant l'excellence du dossier de ce candidat, **M. AIGRAIN** souligne la qualité de celui des deux candidats retenus en biologie. Il ajoute que le choix du groupe du personnel médical a été guidé par un ratio trois fois plus élevé des emplois en équivalent à temps plein au sein du service de l'hôpital Tenon.

**M. CORIAT** propose qu'il soit permis au chef de service d'anesthésie de l'hôpital Tenon, dont la candidature du praticien adjoint contractuel a été rejetée pour les motifs invoqués, d'autofinancer le poste concerné. **M. ANTONINI** annonce que cette demande peut être intégrée à la révision des effectifs pour l'année 2005 et **M. AIGRAIN** ajoute que le poste de biochimie peut faire l'objet d'une opération identique.

Outre le degré d'encadrement, **Mme BOILEAU** suggère que la pyramide des âges soit aussi prise en compte lors des choix car les services de biologie, dont celui de l'hôpital Tenon, connaissent des difficultés pour recruter de jeunes médecins.

Inclure ce critère paraît acceptable à **M. ANTONINI**. Quant au service de biochimie de l'hôpital, si la demande vise le recrutement d'un jeune médecin et qu'elle comporte la restitution à la communauté du poste de praticien hospitalier qui se libérera dans deux ans, l'approche peut s'envisager.

Pour **M. BERNAUDIN** la titularisation d'un praticien adjoint contractuel, lequel produit déjà le travail d'un praticien hospitalier, ne compense pas le non-remplacement de ce dernier.

La remarque de Mme BOILEAU, intervient **M. de PROST**, s'inscrit sur un plan général. Il convient par ailleurs de développer cette idée devant les CCM, ajoute-t-il.

Faut-il privilégier le curriculum vitae ou le service, c'est-à-dire les soins, s'interroge **M. NORDLINGER** partagé entre le choix d'une part, des candidats sans activité de publication mais en poste dans des services déficients en praticiens titulaires, d'autre part, des candidats titularisables comme praticiens hospitaliers en raison de la qualité de leur curriculum vitae.

Pour sa part, **M. CARLI** souhaite connaître les possibilités de transformations d'emplois pour les années à venir car le petit nombre de celles réalisées cette année ne permet pas de régler certaines situations individuelles, notamment en anesthésie réanimation. En conséquence, des collaborateurs anciens, pour des impératifs financiers et familiaux, quittent le CHU qui les a formés pour des postes en province, alors qu'ils exercent efficacement même sans titres ni travaux.

En premier lieu, **M. ANTONINI** rappelle qu'en deux ans la transformation a porté sur l'équivalent de soixante quinze emplois. Il ne reste aujourd'hui que trente personnes, moins celles proposées présentement, qui remplissent les conditions pour accéder au grade de praticien hospitalier au sein de l'AP-HP. En deuxième lieu, il ignore pour l'heure si les financements seront reconduits. De plus, les autorités de tutelle considéreront peut-être qu'un grand effort a été accompli et que le départ de praticiens vers des structures en difficulté constitue un phénomène à ne pas contrecarrer. Enfin, les praticiens adjoints contractuels inscrits sur la liste d'aptitude peuvent présenter leur candidature à des postes de praticiens hospitaliers vacants ou bénéficiant d'une transformation auto-financée.

Eu égard à la teneur de la présente discussion **M. BERNAUDIN**, rejoint par le **président**, note pour s'en féliciter une évolution fondamentale dans le positionnement des membres de la CME vis-à-vis des médecins à diplôme étranger. En effet, mettre en exergue la qualité professionnelle et celle des titres et travaux des praticiens adjoints contractuels n'était pas, par le passé, dans les pratiques de l'instance.

Soumis à l'assentiment de l'instance, le dossier (annexe n° 1 du compte rendu) est entériné par 30 voix pour et 3 abstentions.

## **XI - Approbation des comptes rendus des séances du 22 juin 2004 et du 6 juillet 2004.**

Les comptes rendus du 22 juin 2004 et 6 juillet 2004 sont adoptés à l'unanimité.

## **XII - Questions diverses.**

- *La répartition des postes d'internes.*

Le **président** donne la parole à M. CHAUSSADE, représentant de la CME à la commission de subdivision de l'internat et du résidanat en médecine, pour communiquer à l'assemblée les conditions inacceptables dans lesquelles s'est déroulée la réunion de répartition des postes d'internes en Ile de France pour le semestre prochain.

**M. CHAUSSADE** regrette l'absence aujourd'hui du représentant des internes. Il informe que le ministère a transmis des instructions le jour même de la réunion, à la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) d'Ile de France, pour relever à 10 % le taux d'inadéquation des postes d'internes alors qu'un travail mené depuis deux mois avait permis d'obtenir un taux d'inadéquation de 6 %. Désormais, les internes en médecine disposent d'un libre choix d'affectation. Il procède ensuite à la lecture d'une motion (annexe n° 2 du compte rendu).

Avant de soumettre le texte à l'avis de l'instance, le **président** ouvre le débat.

**M. SCHLEMMER** demandant des précisions sur les engagements conclus entre l'AP-HP, la DRASS et le syndicat des internes, **M. CHAUSSADE** déclare que les discussions en cours depuis deux mois s'attachaient à examiner la manière d'augmenter le nombre de postes offerts dans certaines filières, notamment en cancérologie et en rééducation fonctionnelle, la densité à l'AP-HP des rééducateurs fonctionnels étant inférieure à la moyenne d'Ile de France. Le nombre de postes offerts en hématologie, cancérologie, radiothérapie et médecine nucléaire a donc été augmenté. Par ailleurs, les internes n'acceptant pas les diminutions de postes dans certaines spécialités (dermatologie, radiologie, cardiologie...) ils ont mené une action auprès du ministère quelques jours avant la réunion de détermination des postes, et ce dernier a consenti à augmenter leur nombre.

Il ne semble pas anormal à **M. NORDLINGER** que les étudiants désirent choisir leur spécialité. De plus, la communauté médicale s'emploie à attribuer les postes d'internes non pourvus, à des médecins à diplôme étranger motivés, présélectionnés et compétents. Cette solution lui paraît préférable plutôt que contraindre les internes à occuper des postes dans une spécialité totalement différente de leur choix.

Bien qu'il adhère à cette remarque, le **président** déclare qu'il s'agit en l'occurrence de la répartition des postes et de la décision inopinée du ministère.

Au regard de l'involution préoccupante de la démographie chirurgicale en Ile de France, **M. FAYE** indique que l'augmentation du nombre d'internes en chirurgie a paru pertinente au syndicat des chirurgiens. Le nombre de postes a augmenté mais non celui des internes, rectifie **M. CHAUSSADE**.

Le nombre de postes d'internes, intervient **M. RYMER**, doit dépendre non du besoin hospitalier en Ile de France mais du besoin de chaque spécialité au niveau national.

Les difficultés actuelles découlent du numerus clausus appliqué voici six ou sept ans, signale **M. CHAUSSADE**. La situation ne se corrigera que progressivement, aussi lui paraît-il déraisonnable d'augmenter le nombre de postes jusqu'à permettre un libre choix des internes alors qu'un taux d'inéquation de 6 % leur laisse néanmoins une possibilité de choix.

A une question de **M. CORIAT**, **M. ANTONINI** indique que des postes, sans support budgétaire, ont été en effet proposés au choix alors qu'une dizaine de postes budgétés s'avèrent vacants dans la même discipline. Dans ces conditions le financement par le siège de ce poste apparaît peu légitime, il revient à l'hôpital ou au service concernés de puiser dans ses ressources propres pour honorer son offre.

S'agissant d'une discipline qui compte des postes vacants, il semble cohérent à **Mme DEAL**, de proposer les postes retirés du choix au cours des années précédentes.

Pour **M. DEBRE**, l'éventail des contraintes rend la situation difficilement gérable. Augmenter le taux d'inéquation se traduira par l'appel à des médecins à diplôme étranger, lesquels sont pour certains confrontés à la barrière de la langue. En outre, il note pour le déplorer, qu'ils perçoivent une rémunération inférieure à celle de leurs collègues. Aussi pour la recherche d'un équilibre, il convient d'éviter de faire appel à ces médecins.

**M. BERNAUDIN** et le **président** requièrent une meilleure assiduité des représentants des internes et des chefs de clinique assistants, aux réunions de la CME.

Mise aux voix la motion recueille 32 voix pour et 1 abstention.

- *Le repos de sécurité.*

En préambule, **M. de PROST** rappelle que le repos de sécurité, objet de nombreuses interrogations, s'adresse à l'ensemble des praticiens.

S'agissant de l'interne qui ne souhaite pas observer le repos de sécurité (dans le cas où il n'a pas été dérangé au cours de la nuit par exemple), il convient de savoir d'une part, s'il peut travailler au lendemain de sa garde d'autre part, quelles dispositions juridiques encadrent une telle décision. Le syndicat des internes estime que l'interne travaillant pendant son repos de sécurité ne doit pas prescrire en raison des risques qu'il encourt au plan juridique s'il survenait un problème dans ce cas de figure.

**M. HOUSSIN** précise que le repos de sécurité émane d'une directive européenne relative à la santé des travailleurs et non à la sécurité sanitaire des patients. Ce repos constitue un droit que le travailleur peut exercer et que le responsable ne peut contrecarrer.

Il importe donc d'examiner la responsabilité de l'interne et du chef de service lorsque le premier indique avoir dormi toute la nuit et s'estime apte à continuer à travailler.

Puis **M. HOUSSIN** livre quelques éléments issus de l'analyse juridique réalisée par la direction des affaires juridiques concernant la responsabilité civile dans le cas de dommage consécutif à une activité médicale pendant le repos de sécurité.

- L'AP-HP a toujours pris en charge les risques et les fautes liés à l'exécution du service public hospitalier.
- La responsabilité des praticiens hospitaliers et des internes ne saurait être recherchée dans le cas de dommage consécutif à des activités de prévention, de diagnostic et de soins durant le repos de sécurité où seule la responsabilité de l'AP-HP serait engagée.
- Seule une faute personnelle d'une extrême gravité et détachable du service serait susceptible d'engager la responsabilité personnelle de l'agent. La réparation de cette faute incomberait alors à l'agent et non à l'administration.

Eu égard à l'importance du sujet, le **président** déclare qu'il l'inscrira à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la CME. Pour **M. CARLI**, le thème portant sur l'organisation des services fortement impactée par le respect ou non du repos de sécurité, il estime à ce titre pertinent de lui accorder un temps de débat conséquent.

- *Les produits de santé dans le cadre de la T2A.*

**M. LEVERGE** évoque la complexité avérée dans la préparation de la mise en oeuvre de la saisie des données relatives aux produits de santé dans le cadre de la T2A. Un projet de décret détaille des paramètres médicaux, cliniques, pharmaceutiques relatifs au bon usage des produits de santé. Le non-respect de ces critères risque de faire perdre à l'AP-HP chaque année quarante millions d'euros correspondant au différentiel d'un remboursement à 100 % ou à 70 %. Peu de personnes maîtrisant ce sujet, il souhaite qu'une note simple et précise soit transmise aux directeurs d'hôpitaux et aux présidents de CCM, ces derniers en charge de diffuser l'information. Seule la motivation de l'ensemble des communautés médicales permettra d'atteindre l'objectif de la mise en oeuvre du dispositif pour la date prévue.

- *Les implications du plan équilibre.*

Après avoir relaté les efforts entrepris par les hôpitaux, notamment les mesures restructurantes concernant les services supports et les plateaux techniques, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre financier de l'AP-HP, **M. AIGRAIN** fait observer la place qu'accorde le plan stratégique à la recherche et souligne les implications du maintien d'un plateau médico-technique d'imagerie, de biologie et d'explorations fonctionnelles au sein de cette recherche.

Il s'interroge sur la logique qui a prévalu pour définir les critères de répartition des efforts et insiste sur la spécificité d'une partie des activités biologiques et d'imagerie des hôpitaux pédiatriques. Il cite des exemples pour illustrer son propos et considère urgent d'associer le groupe de la CME « évaluation et finances » pour déterminer la répartition des efforts demandés aux services supports et médico-techniques.

**M. HOUSSIN** reconnaît qu'un maximum de discernement doit s'exercer pour cibler les efforts à réaliser. A cet effet, il indique que les spécificités seront évoquées dans le cadre des conférences budgétaires qui débiteront le 18 octobre prochain.

Les propos de M. AIGRAIN pouvant concerner d'autres disciplines, **M. SCHLEMMER**, président du groupe évaluation et finances, invite les médecins qui le souhaitent à se joindre au groupe qui éprouve des difficultés à mobiliser. Le **président** déplore la désaffection et soutient la requête.

\*

\*

\*

La séance est levée à 11 heures 40.

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

**Mardi 19 octobre 2004 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 6 octobre 2004 à 18h00.**

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.