

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 24 JUIN 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 8 JUILLET 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 24 juin 2003

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

1- Point sur le cancer.

- Introduction.
- Les grands chiffres de l'AP-HP.
- Le travail de la commission cancer à l'AP-HP.
- Le dispositif général du plan cancer et des cancéropôles.
- Le bilan de mission – propositions d'organisation de la recherche en cancérologie.
- La recherche clinique en cancérologie, l'intégration européenne.
- La politique en cancérologie des CHU.
- Conclusion.

2- Avis sur le projet du compte administratif de l'année 2002 et sur le projet de la décision modificative n° 1 pour l'année 2003.

3- Présentation du bilan social de l'année 2002.

4- Avis sur des fiches de missions et structure.

5- Avis sur des contrats d'activité libérale.

6- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.

7- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 mai 2003.

8- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur une demande de création d'emploi de chef de clinique assistant offert à la mobilité au titre de l'année universitaire 2003-2004 (additif).

Composition C

- Avis sur la procédure disciplinaire à l'encontre d'un praticien hospitalier, chef de service.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

Composition A

- Avis sur les premières demandes et les renouvellements de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2003.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - M. le Dr. BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
 - M. le Pr. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - Mme le Dr. DERAEDT, 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. DEROUBAIX, secrétaire général,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - M. le Pr. HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - M. TREGOAT, directeur de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - M. le Dr. BLACHER, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme DARRIEU, direction des finances,
 - M. le Pr. DEBRE, chef de service d'immunologie biologique au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,
 - M. le Pr. DEGOS, chef du service des maladies du sang à l'hôpital Saint Louis,
 - M. DUSART, direction des finances,
 - M. le Pr. SIGAUX, chef du service d'hématologie biologique à l'hôpital Saint Louis,
 - M. TOUZY, direction du personnel et des relations sociales,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

*

*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST**.

Il annonce que MM. BAGLIN et DESMONTS sont les doyens, invités permanents de la commission médicale d'établissement, désignés par la conférence des doyens d'Ile de France.

Il souligne la présence de deux autres doyens à la réunion tenue ce matin par le groupe université et remercie tous les doyens qui participent aux travaux de l'instance.

Après avoir présenté les excuses de Mme ANTIGNAC et de MM. CHAUSSADE et LE HEUZEY, il engage l'examen des points portés à l'ordre du jour.

*

* *

I - Point sur le cancer.

a) Introduction

Le **président** décrit brièvement le contexte actuel de ce dossier complexe. Il concerne de nombreux acteurs, a fait déjà l'objet de l'analyse de différents experts. Par ailleurs, le plan national sur le cancer lancé par le gouvernement s'accompagne de mesures ainsi que de possibilités de financement nouvelles.

Par conséquent, il paraît nécessaire que l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et la commission médicale d'établissement aient une réflexion qui permette d'aboutir à un cadre d'organisation et d'actions. M. de PROST propose que la CME constitue un groupe de travail dont une des premières tâches sera de rassembler les informations et travaux existants.

Avant de définir les missions de ce groupe de travail, il a paru nécessaire de faire un point des travaux déjà réalisés que vont donc exposer les intervenants experts de ce dossier.

Le **vice-président** revient tout d'abord sur le contexte pour en préciser certains éléments.

Il y a donc une volonté au niveau national avec le plan cancer de structurer la cancérologie afin de rendre plus transparente et plus efficace son action dans la lutte contre le cancer.

Dans ce cadre se profilent les appels d'offres relatifs à la constitution de cancéropoles (en cours) et les appels d'offres relatifs aux instituts régionaux de cancérologie (2004). Face à cela, les acteurs sont nombreux : centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers généraux, centres de lutte contre le cancer, centres privés. Il en est de même pour les disciplines qui interviennent dans la prise en charge des malades cancéreux : cancérologie, oncologie, radiothérapie et aussi disciplines d'organes, médecine interne, gériatrie, imagerie, biologie, anatomo-pathologie.

Les experts qui vont prendre la parole ont conduit ou ont participé à la réflexion cancérologique menée depuis plusieurs années par l'AP-HP. Ils vont en retracer les points importants.

b) Les grands chiffres de l'AP-HP

M. BLACHER fournit les données suivantes :

- L'activité régionale

On dénombre chaque année deux cent mille séjours hospitaliers codifiés cancer, soit 10 % du total des séjours hospitaliers. Ils engendrent deux millions de journées d'hospitalisation, soit 14 % du total des journées.

La part de chaque secteur dans les séjours est de 35 % pour l'AP-HP, 31 % pour les établissements publics de santé et les établissements du secteur privé associés au secteur public, 25 % pour le secteur privé, 9 % pour les centres de lutte contre le cancer.

- L'AP-HP développe une activité de prise en charge du cancer qui peut être représentée ainsi :

60 000 séjours réalisés en court séjour et moyen séjour (13 % du total des séjours) ;

30 000 patients dont la moitié sont des nouveaux patients ;

900 000 journées d'hospitalisation réalisées en court séjour et moyen séjour (16,4 % du total des journées réalisées en court séjour et moyen séjour) ;

57 % des séjours sont médicaux, 43 % sont chirurgicaux.

- Le schéma d'organisation de santé relatif à la cancérologie d'Ile de France retient pour la période 1999 – 2004, comme priorités d'actions :

- la nécessité d'une coordination d'actions souvent pluridisciplinaires,
- une structuration conduisant à une offre de soins graduée. C'est pourquoi l'ARH-IF a engagé une identification des sites de cancérologie,
- une organisation en réseau,
- un renforcement de l'évaluation des soins.

L'intervenant conclut en rappelant que le plan cancer ainsi que les priorités régionales constituent des axes de restructuration importants concernant non seulement les disciplines cliniques mais aussi les disciplines du plateau technique.

Pour soutenir les réflexions pluridisciplinaires à conduire et les actions à mener, l'AP-HP s'est appuyée depuis plusieurs années sur les avis éclairés du groupe cancer présidé par le Pr. BERNAUDIN.

c) Le travail de la commission cancer de l'AP-HP

M. BERNAUDIN qui a animé la commission cancer de l'AP-HP rappelle que ce groupe de travail a été mis en place en 1996 à la demande de la CME. Il a été chargé de faire un état des lieux et des propositions de réorganisation. Les principales étapes des travaux réalisés ont été les suivantes :

En 1998, un premier rapport a été élaboré ; il faisait un état des lieux et recommandait notamment la reconnaissance de la spécialité cancérologie dans certains services de spécialité, une organisation distinguant sites référents et sites associés et soulignait l'importance des unités de concertations pluridisciplinaires.

En 2000, alors que le ministère élabore un programme national de lutte contre le cancer, la commission cancer de l'AP-HP se constitue en comité de suivi en cancérologie.

A ce titre, le comité a été amené à donner son avis sur les structures, sur la répartition des moyens budgétaires complémentaires accordés, sur le surcoût des chimiothérapies coûteuses, sur l'implantation des caméras à positons, et il a participé aux réflexions sur les thérapies innovantes et les répartitions de l'enveloppe budgétaire dédiée au progrès médical.

Par ailleurs, en vue du schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) en cancérologie, le comité de suivi a lancé une enquête auprès des hôpitaux déclarant prendre en charge des malades cancéreux. Cette enquête portait notamment sur l'activité des soins, les activités de recherche, les moyens déployés, l'état de mise en oeuvre des unités de concertations multidisciplinaires et sur certains critères révélant le dynamisme interne en faveur du traitement des cancers.

L'analyse des résultats a conduit l'AP-HP à proposer à l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) :

- *comme sites hautement spécialisés* : Saint Louis, cancer Est (Tenon – Saint Antoine – Trousseau), cancer Ouest (Georges Pompidou, Ambroise Paré, Hôtel Dieu, Necker), Henri Mondor – Albert Chenevier – centre hospitalier intercommunal de Créteil, Avicenne, institut Gustave Roussy – Paul Brousse – Bicêtre, et Pitié-Salpêtrière ;
- *comme sites spécialisés* : Cochin, Bichat-Claude Bernard – Beaujon ;
- *comme sites de proximité* : Antoine Bécclère, Louis Mourier, Jean Verdier, Lariboisière, Hospitalisation à domicile.

M. BERNAUDIN remercie tous ses collègues et les membres de la direction de la politique médicale qui ont travaillé dans cette commission et ensuite au sein du comité de suivi cancer.

d) Le dispositif général du plan cancer et des cancéropoles

M. SIGAUX présente le dispositif général du plan cancer qui compte soixante dix mesures réparties comme suit :

- prise en charge et suivi des cancers déjà existants :
 - dépistage (8 mesures),
 - soins (24 mesures),
 - accompagnement social (7 mesures),
- formation (20 mesures),
- prévention (20 mesures),
- recherche (5 mesures).

En termes de structures, il prévoit :

- pour les soins : les instituts régionaux en cancérologie et les réseaux,
- pour la recherche : les cancéropoles, des structures hors cancéropoles, les appels d'offre thématiques.

L'ensemble du dispositif sera piloté par un institut national du cancer qui sera mis en place en 2004.

Puis, l'intervenant insiste sur les cancéropoles. Il rappelle tout d'abord la nécessité d'une recherche pour améliorer l'efficacité des thérapeutiques et réduire la mortalité par cancer qui est globalement de 50 %. La recherche française est certes performante mais présente des défauts comme une insuffisante coordination, ou encore comme une masse critique souvent trop réduite. Ce constat a incité à définir de nouveaux outils.

Les cancéropoles seront des dispositifs régionaux ou interrégionaux de *dimension européenne* associant la recherche académique fondamentale et clinique et la recherche industrielle au service du transfert des technologies médicales innovantes (tests diagnostiques, nouveaux médicaments, nouvelles procédures). Pour faciliter ces transferts, les cancéropoles seront adossées à des centres de recherche industrielle et des centres de référence en cancérologie. Des réseaux seront constitués à partir de sites intégrés incluant une recherche fondamentale et clinique, des tumorothèques annotées et des services pratiquant une clinique innovante. Cet ensemble de moyens ainsi organisé doit permettre de développer des programmes en biologie et génomique fonctionnelle du cancer, en épidémiologie - sciences humaines et sociales, en innovation diagnostique et thérapeutique.

La recherche d'une masse critique suffisante limite à sept le nombre de projets de cancéropoles qui sont prévus en France.

e) **Le bilan de mission – propositions d'organisation de la recherche en cancérologie**

M. Patrice DEBRE commence son exposé en donnant des informations sur la mission dont il avait été chargée en 2003 et sur le projet cancéropole de l'Ile de France.

A la fin de l'année 2002, il a animé un groupe de travail constitué pour mener une réflexion sur les actions à conduire par l'AP-HP dans le cadre du plan cancer notamment pour répondre aux appels d'offre sur les cancéropoles et sur les instituts régionaux de cancérologie.

Puis, il précise la réponse de l'AP-HP à l'appel d'offre sur les cancéropoles clos le 10 juin 2003.

Le projet de cancéropole Ile de France a pour membres fondateurs : l'AP-HP, l'Institut Curie, l'IGR, l'Institut Saint Louis et comme membres associés le centre Huguenin, l'Institut Cochin, l'Institut Pasteur. Il sera piloté par l'AP-HP.

Le projet propose d'associer les acteurs de la recherche et les pôles cliniques de référence de cancérologie, de conduire des programmes fédérateurs en s'appuyant sur des plates-formes technologiques performantes, de mettre en commun les ressources biologiques annotées et des plates-formes technologiques au service des programmes de recherche, de piloter le programme grâce à une organisation tournée vers la gestion de projet, de développer la formation, d'assurer l'animation, la communication interne et externe, de construire les interfaces indispensables à la conduite du programme.

Six programmes sont mis en oeuvre :

- la carte d'identité des tumeurs : des tumorothèques annotées aux nouveaux outils diagnostiques et à l'identification des réseaux de gènes critiques pour le développement des tumeurs (F. Sigaux) ;
- de la biologie des tumeurs aux thérapeutiques innovantes du cancer (H. Dethé) ;

- la relation hôte-tumeur (P. Debré) :
 - réponses immunitaires, immunogénétique, immunothérapie,
 - angiogénose et développement des métastases ;
- le poids des gènes en interaction avec l'environnement (G. Lenoir) ;
- l'imagerie fonctionnelle du cancer : de la molécule au cours entier dans une vision cognitive, clinique et d'innovations technologiques (D. Louvard) ;
- vers une nouvelle recherche clinique avec de nouveaux outils pour la définition de l'évaluation des essais thérapeutiques (P. Bey).

Il s'agira dans un premier temps de définir une identité Ile de France à la Cancéropole. Le pilotage du projet sera assuré par un chef de projet qui disposera d'un budget de fonctionnement et des assistances techniques nécessaires.

Des cahiers des charges détermineront les règles de fonctionnement entre les divers acteurs.

Des objectifs scientifiques, médicaux, technologiques industriels seront fixés.

Les interfaces de la Cancéropole avec des partenaires extérieurs seront nombreuses notamment avec les industriels, avec la région, avec l'université, avec les grands projets européens de recherche, avec la politique de santé.

f) La recherche clinique en cancérologie, l'intégration européenne

M. NORDLINGER se propose de mettre en évidence quelques idées-forces et aussi quelques contraintes actuelles de la recherche clinique à l'AP-HP.

Il préconise une implication forte de la CME pour faciliter l'accès aux processus de recherche.

La première voie d'action lui semble être de rassembler et de coordonner ce qui existe avant de créer de nouvelles structures. A côté d'un petit nombre de plates-formes technologiques importantes, les sites doivent s'organiser autour des pôles d'excellence clinique et créer ainsi les moyens de la recherche en collaboration avec l'INSERM, le CNRS, et éventuellement les centres anti-cancéreux. Ces sites pourraient ainsi disposer de tumorothèque par exemple, au sein de laboratoires de dimension européenne utiles pour répondre aux objectifs du plan cancer.

Puis, il souligne l'énorme potentiel d'investigation dont dispose l'AP-HP et regrette qu'il participe peu aux protocoles de recherche clinique sur le cancer. Il convient donc de modifier cette situation.

Enfin, il évoque le modèle britannique. Une formule d'incitation à la participation à des programmes de recherche clinique est mise en oeuvre en Grande-Bretagne. Lorsque ces essais n'existent pas au Royaume-Uni, les britanniques les cherchent dans les programmes européens. Il est indispensable que l'AP-HP – CHU se dote, elle aussi, d'un système d'incitation à la participation aux essais cliniques.

Cependant, constatant les difficultés rencontrées par les cliniciens chercheurs lorsqu'ils constituent des dossiers pour souscrire efficacement aux appels d'offres qui sont lancés, l'intervenant souhaite la création, par exemple au sein de la délégation régionale à la recherche clinique (DRRC), d'une cellule d'aide à la réponse aux appels d'offres sur le cancer.

g) La politique en cancérologie des CHU

M. DEGOS commence son exposé en expliquant que la Fédération hospitalière de France a créé il y a cinq ans la Fédération nationale en cancérologie des centres hospitaliers régionaux et universitaires à laquelle il participe au nom de l'AP-HP depuis un an.

Cette fédération regroupe les directeurs et les présidents de CME des CHU et des coordonnateurs de soins en cancérologie dans les CHU.

Puis, il poursuit en donnant quelques informations sur *la place des CHU dans le traitement du cancer* au niveau national. Celle-ci est de l'ordre de 30 %, comme celle des CH et celle du secteur privé. Les centres anti-cancéreux représentent moins de 10 %.

La chirurgie des cancers est essentiellement pratiquée dans les hôpitaux publics et dans le secteur privé.

Dans le domaine de la recherche, on compte 110 unités INSERM dans les CHU et 17 dans les CLCC. Il note qu'en terme de points d'indice statistique d'activité (ISA), la chirurgie des cancers est mieux valorisée que la médecine cancéreuse pour laquelle une réévaluation semble nécessaire.

Les points forts des CHU sont :

- la représentation de toutes les spécialités pour assurer le diagnostic, le traitement, la reconstruction et la prise en charge du handicap,
- un niveau de recherche important,
- l'enseignement.

Leurs points faibles peuvent être illustrés par :

- une médiocre identification de l'activité de cancérologie,
- une faible coordination,
- des protocoles de soins peu diffusés,
- la faiblesse du nombre de patients inclus dans les essais (inférieur à 10 %).

Les CHU se sont fixés pour priorités de répondre à l'appel d'offre sur les cancéropoles, de mettre sur pied des projets communs associant les soins, l'enseignement et la recherche notamment les tumorothèques et d'étudier les modalités de fonctionnement des plateaux techniques partagés.

Les CHU sont les pivots pour la mise en place des instituts régionaux universitaires du cancer qui regroupent CHU, CH, privé et CLCC.

Enfin, l'orateur indique que la FHF réalise ou projette de réaliser :

- un bilan national de l'activité de cancérologie dans les CHU (septembre 2003),
- un annuaire des médecins CHU à orientation cancérologique (décembre 2003),
- un site internet sur le cancer.

Elle participera au comité scientifique chargé de l'élaboration de standards de traitement au niveau français ou au niveau européen. Elle sera représentée à l'Institut national de cancérologie ainsi que dans les institutions européennes de lutte contre le cancer.

M. DEGOS termine son exposé en rappelant que l'AP-HP a d'énormes atouts pour jouer un rôle important dans la lutte contre le cancer en partenariat, pour les soins, avec les autres CHU, les CHG le secteur privé et les centres de lutte contre le cancer.

A l'issue de ces exposés, **M. LACAU ST GUILY** conclut en estimant que le plan cancer est une opportunité pour améliorer les processus de prise en charge des cancers à l'AP-HP ; cela passe par le renforcement de la politique des sites qui peut permettre de faciliter les complémentarités entre disciplines, le fonctionnement des unités de concertation, le partage de l'information, l'utilisation de référentiels partagés, les relations avec d'autres structures cancérologiques. Ce dossier soulève aussi la problématique de l'architecture informatique qui devra faciliter le partage d'information et être adaptée à des concertations pluridisciplinaires.

Le **président** ouvre alors la discussion.

M. GUILLEVIN est parfaitement d'accord sur les efforts de coordination et de structuration à opérer.

Il souligne que la prise en charge des patients se fait dans des disciplines spécialisées ou des disciplines d'organes et aussi en médecine interne et en gériatrie. Or, l'aval en soins palliatifs ou en gériatrie ne dispose pas de moyens suffisants pour assurer cette prise en charge rappelle-t-il. Il souhaite donc que le plan cancer soit l'occasion d'y remédier.

Par ailleurs, il considère que l'établissement d'un annuaire des médecins prenant en charge les malades cancéreux est utile à condition qu'y soient répertoriés, outre les cancérologues, les spécialistes d'organes et aussi les médecins non cancérologues (internistes ou gériatres) prenant en charge les patients dans les services cliniques.

M. PIETTE confirme les propos de M. GUILLEVIN sur l'insuffisance de moyens de la gériatrie pour prendre en charge les personnes âgées cancéreuses. Il en résulte un mauvais dépistage, une insuffisante prise en charge des malades, des protocoles adaptés sans avis de cancérologues. Il souhaite donc qu'une politique volontariste dans le domaine du dépistage, du traitement et du suivi des personnes âgées cancéreuses soit élaborée et mise en oeuvre.

M. Bernard DEBRE revient sur une idée répandue qui consiste à penser que les vrais cancérologues sont dans les centres de lutte contre le cancer. Les données exposées montrent qu'il n'en est rien et que l'AP-HP a une place prédominante dans la lutte contre le cancer.

Il lui semble par ailleurs que les cancéropoles devraient tenir compte des groupements hospitaliers et universitaires récemment créés.

M. Patrice DEBRE répond que cette structuration a été envisagée par la commission d'orientation du cancer. Par conséquent, il pense que les propositions en matière de recherche menée par les cancéropoles peuvent être adaptées aux GHU.

M. FAYE souhaite savoir quelle est la position de la directrice générale sur le transfert de blocs de compétences et quels moyens l'AP-HP envisage d'affecter à ces activités. Par ailleurs, dans le cadre des appels d'offres européens de recherche sur le cancer mais également des missions de soins et d'enseignement d'une façon générale, il lui semblerait utile de faire valoir les spécificités régionales de l'AP-HP et d'intervenir auprès de la commission européenne et du parlement européen pour faciliter l'intégration européenne des actions de l'AP-HP. C'est une tâche que pourrait prendre en charge la commission des relations extérieures de la CME.

M. de PROST précise qu'il convient d'individualiser des blocs de compétences avant leur transfert. En outre, il soutient la proposition de M. Bernard DEBRE de réfléchir en tenant compte des GHU avant de recourir à des transferts de blocs de compétences.

M. LEPAGE revient sur l'observation de M. DEGOS relative aux points ISA en cancérologie médicale pour souligner qu'il faut aussi tenir compte, dans le point ISA considéré, des chimiothérapies qui font l'objet d'une revalorisation.

Par ailleurs, concernant le dossier médical en cancérologie, il est nécessaire comme pour les dossiers de patients atteints de multiples pathologies de s'insérer dans une réflexion générale.

M. BERNAUDIN observe que l'importance de la région Ile de France justifierait la création de quatre cancéropoles.

M. Bernard DEBRE confirme sa position sur ce point en indiquant qu'avec quatre structures, l'émulation serait favorisée.

M. Patrice DEBRE indique qu'il est prévu l'installation de plusieurs cancéropoles en France, mais une seule en Ile de France. Chaque cancéropole est responsable de programmes pour lesquels il sera utile d'imaginer une structuration logistique permettant au programme d'exister.

M. SIGAUX considère pour sa part qu'il n'est pas possible de morceler ces structures car il faut que la cancéropole et les programmes conduits réunissent une masse critique suffisante pour atteindre une dimension internationale.

M. WEILL estime que le rapport entre la recherche clinique et l'industrie doit être également privilégié. Il souhaite donc que l'AP-HP favorise les dépôts de brevets et la création de « start-up » capables de promouvoir des essais de phases 1 et 2. Par ailleurs, il rappelle que l'établissement de contrats de recherche entre l'AP-HP et les « start-up » permet d'injecter des fonds dans les structures de recherche.

Mme BRESSAND considère qu'il faudra expliquer la structuration à venir aux personnels para-médicaux, qu'il est nécessaire aussi de prendre en considération la situation des effectifs de la gériatrie pour l'améliorer, qu'il sera nécessaire de parfaire la formation des personnels des services non identifiés cancérologie et qui reçoivent des patients cancéreux. Par ailleurs, elle voudrait savoir si les associations intervenant dans la lutte contre le cancer, comme la Ligue contre le cancer qui représente les usagers au conseil d'administration, ont été associées au travail de réorganisation envisagée.

La **directrice générale** souhaite répondre aux propos de M. Bernard DEBRE. Elle pense que le GHU est important pour l'organisation des soins. Dans le domaine de la recherche, c'est plutôt la recherche d'une masse critique suffisante, pour être efficace dans la compétition internationale, qui doit être la priorité.

Le **président** remercie les intervenants et les membres de la CME des exposés et du débat.

La CME considère comme prioritaire cette action cancérologique et le rôle de référence que peut jouer l'AP-HP en Ile de France. Un effort de l'institution visant à faciliter les réponses à apporter aux appels d'offre, en particulier de recherche, est souhaité. Un groupe animé par M. Lacau St Guily et M. Bernaudin accompagnera la mise en œuvre du plan cancer à l'AP-HP et la préparation de l'appel d'offre sur les instituts régionaux. Un point régulier en sera fait en CME.

II - Avis sur le projet de compte administratif pour l'année 2002 et sur le projet de décision modificative n°1 pour l'année 2003.

a- Projet de compte administratif pour 2002.

Mme DARRIEU explique que le compte administratif pour 2002 traduit l'exécution des moyens budgétaires accordés.

Elle relève dans les résultats du compte relatif au budget général, un paradoxe entre le report de charges constaté à la section des hôpitaux (140 millions d'euros reportés sur l'exercice 2003) et le résultat comptable général du compte qui est en excédent de 10 millions d'euros. Ceci s'explique par le fait que le budget des hôpitaux est encadré par l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), alors que les budgets des autres sections comme les services industriels et commerciaux, l'agence générale des équipements et des produits de santé, n'ont pas cette contrainte.

Les recettes de groupe 2 (produits de tarifications) sont en excédent de 10,8 millions d'euros.

Le résultat relatif au domaine privé fait apparaître un excédent de 31,7 millions d'euros qui sera affecté en couverture des charges d'exploitation pour réduire le report de charges supporté par la section des hôpitaux.

La situation de la section des hôpitaux reste très préoccupante car dans le même temps :

- l'activité en hospitalisation complète a diminué de 2 % ; cependant on constate une augmentation de 5,2 % des séjours en hospitalisation incomplète ;
- le nombre de points ISA a chuté de 3 %.

Globalement entre 2003 et 2002, le budget a cru de 5,8 % alors que la valeur des consommations a augmenté de 7 %.

Par nature de dépenses, on note les évolutions suivantes :

dépenses de personnel : + 3,8 %

dépenses médicales : + 19,12 % dont les dépenses liées à des rétrocessions de médicaments qui ont cru de 40 % ; les dépenses liées à l'hospitalisation n'ont cependant augmenté que de 6 %

dépenses hôtelières : + 11,9 %

En investissement on observe un excédent de 60 millions d'euros.

La **directrice générale** complète cet exposé pour revenir sur la situation préoccupante de l'AP-HP en matière budgétaire.

Le déficit structurel de la section des hôpitaux était de 40 millions d'euros en 2001, de 100 millions d'euros en 2002, induisant un report de charges de 140 millions d'euros. Il atteindra, à la fin de l'année 2003, 200 millions d'euros.

La tendance est d'autant plus inquiétante que l'activité est en baisse.

L'AP-HP est donc confrontée à deux problèmes.

- Il lui faut sortir de ce déficit. Les négociations avec les tutelles s'annoncent difficiles dans la mesure où l'AP-HP est considérée comme mieux dotée que les autres CHU. En tout état de cause, une aide ne pourra être accordée à l'AP-HP que si elle s'engage sur des mesures susceptibles de la faire revenir à un équilibre budgétaire.
- Il lui faut prendre des mesures pour créer les conditions d'une rupture avec cette tendance déficitaire.

Au vu des résultats de 2002, Mme VAN LERBERGHE, à titre exceptionnel, a demandé aux tutelles de pouvoir utiliser l'excédent de la section DNA (dotation non affectée) pour diminuer la contrainte. Il conviendra de continuer à étudier parallèlement les manières de parvenir à un retour à l'équilibre.

Le **président** ayant ouvert le débat, **M. SCHLEMMER** intervient pour indiquer qu'il faut distinguer ce qui est structurel et ce qui est conjoncturel pour avancer dans les solutions.

Par ailleurs, il remarque qu'en termes d'activité, il y a bien une augmentation sensible de l'activité en hospitalisation incomplète qui est sous-valorisée en points ISA. Il se demande donc si cette évolution n'est pas une cause du dérapage.

La **directrice générale** estime qu'il faut certes valoriser à son bon niveau l'activité des hôpitaux de jour, mais elle souligne qu'une augmentation de 5 % de celle-ci n'a absolument pas la même incidence que les mouvements touchant l'hospitalisation complète. La situation décrite ne peut donc expliquer le report de charges très défavorable observé.

M. LEVERGE revient sur les recettes à obtenir de la sécurité sociale au titre de la marge sur les dépenses de rétrocession de médicaments aux malades de ville qui pourraient atteindre 40 millions d'euros à la fin de l'année 2003. Il indique que des CHU comme Marseille, Toulouse, Rouen, demandent le paiement de ces frais pour les trois années écoulées.

La **directrice générale** indique que le ministre a reçu un rapport sur les médicaments qui l'incite à changer les règles du jeu en matière de rétrocession des médicaments. Ce changement ne devrait pas permettre d'espérer une rémunération des frais, à hauteur de ce qui avait été envisagé.

M. FAYE livre son inquiétude quant à une utilisation de la section d'investissement pour financer un déficit d'exploitation, alors qu'il y a de nombreuses opérations d'investissements à mener ne serait-ce que pour mettre les hôpitaux en conformité avec les normes et pour répondre aux demandes de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) après les visites d'accréditation.

La **directrice générale** précise qu'il n'est pas question de freiner la nécessaire modernisation du patrimoine. Mais, actuellement les autorisations de programme ne sont pas rapidement utilisées. Ainsi en 2002 sur 2 100 millions de francs d'autorisations de programme ouvertes, seulement 1 850 millions de francs ont été dépensés.

De plus, l'AP-HP se mobilise pour obtenir des moyens d'investissement supplémentaires dans le cadre du plan hôpital 2007.

A l'issue de ce débat, **le président** met aux voix le projet de compte administratif pour 2002, qui reçoit un avis favorable de tous les membres présents de la CME, à l'exception d'une abstention.

b- Décision modificative n°1 pour 2003.

L'économie de la DM1 présentée par **Mme DARRIEU** est la suivante :

	Montant du budget (M€)	Evolution (M€)	Taux dans l'ONDAM
BP 2003	4 992,7	+ 174,5	4,04 %
DM1 2003	5 109,7	+ 117	4,55 %

Les moyens alloués en DM1 s'élèvent à 117 millions d'euros et correspondent à :

- des moyens nouveaux		+ 32,5 M €
dont :		
• ARTT médical et permanence des soins :		
	8,5 M €	
• prime de service public exclusif :	6,21 M €	
• urgences (amélioration de la situation statutaire des urgentistes) :	2,2 M €	
• périnatalité :	1,8 M €	
• conséquence des décisions de restructuration de l'EFS :	0,4 M €	
• court séjour gériatrique :	0,3 M €	
• innovations thérapeutiques et fabrazyme :	4,5 M €	
• tranche 2003 des PHRC :	8,1 M €	
• divers :	0,5 M €	
- l'évolution de la masse salariale		- 10,6 M €
- la promotion professionnelle		+ 3,1 M €
- les rétrocessions de médicaments		+ 50,0 M €
- l'apurement partiel du report de charges		+ 40,0 M €

Le **président** ayant ouvert la discussion, **M. RYMER** remarque que les moyens nouveaux accordés ne semblent pas concerner la prise en charge des gardes des hospitalo-universitaires qui intervient au 1^{er} juillet, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2003.

La directrice générale indique que ces moyens sont accordés au titre des 8,5 millions d'euros alloués dans le cadre de l'ARTT. Un bilan sera fait à la fin de l'année de l'utilisation de cette enveloppe et permettra de voir si elle est suffisante pour couvrir les dépenses liées à l'ARTT et aux gardes. Elle rappelle que la tutelle demande à l'AP-HP de réduire le nombre des gardes exercées, à l'image de ce que font d'autres CHU.

Mme SCHLEGEL demande des précisions sur les moyens accordés à l'AP-HP pour intégrer le centre d'hémobiologie périnatale et réorganiser les dépôts de sang fermés par l'établissement français du sang.

Mme DARRIEU et la **directrice générale** confirment que le dossier du CHP a fait l'objet d'un financement au BP2003, celui des réorganisations des dépôts de sang fermés par l'EFS étant financé en DM1.

La CME émet à l'unanimité des membres présents sauf 4 abstentions, un avis favorable sur le projet de DM1 pour 2003.

III – Présentation du bilan social de l'année 2002.

A) Bilan social relatif au personnel non médical

M. TOUZY expose à l'assemblée quelques éléments marquants du bilan social pour 2002.

Les effectifs

Les effectifs physiques sont passés de 71 862 en 2000 à 72 437 en 2001 et à 73 555 en 2002, soit une augmentation de 2,36 % entre 2000 et 2002.

La progression de l'effectif total rémunéré en équivalent temps plein est de 2,87 % par rapport à 2000 et s'établit à 71 375 ETP au 31 décembre 2002.

La structure des effectifs s'est modifiée au profit des personnels de catégorie A dont l'effectif passe de 3 480 à 7 694 unités physiques, suite à l'application des mesures du protocole du 14 mars 2001 en faveur des cadres de santé et des infirmiers spécialisés.

Le ratio agent-lit s'est amélioré. Il est de 2,57 contre 2,46 en 2000. Il varie dans une fourchette de 3,67 pour les hôpitaux de court séjour pédiatrique, 3,18 pour les hôpitaux de court séjour adultes et 1,44 pour les établissements de moyen et long séjours.

Le personnel féminin reste majoritaire : 73 % du personnel.

L'âge moyen du personnel reste de 40 ans sous l'effet de deux évolutions contrastées. Les tranches d'âges supérieures à 40 ans représentent en 2002, 48,2 % des effectifs contre 46,7 % en 2000. Cependant, la tranche des 18-25 ans progresse de 6,7 % en 2000 à 8,14 % en 2002 sous l'impact des recrutements liés aux protocoles de 2000 et 2001.

Les départs à la retraite ont concerné 1 560 agents en 2002, en progression de 40 % par rapport à l'année 2000. En 2003, ce chiffre pourrait être de 2 000.

L'analyse des mouvements de personnel montre à la fois que l'importance des flux de sorties et d'entrées sont en augmentation et que l'AP-HP reste attractive. En effet, le bilan des entrées (6 994) et des sorties (6 077) se traduit par un solde de plus 897. La situation reste cependant difficile pour le personnel infirmier.

L'absentéisme et l'organisation du travail

Du point de vue de l'absentéisme, l'année 2002 est atypique puisque l'absentéisme pour raisons médicales diminue. Ce même phénomène est observé dans les autres CHU et est directement lié à la mise en oeuvre de la RTT.

S'agissant de l'organisation du travail, le temps partiel concerne 11,53 % du total des agents de l'AP-HP contre 13,29 % en 2000. Cette diminution est également liée à la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail.

Les éléments de politique sociale et budgétaire

Le nombre de lits en crèches évolue de 4387 en 2001 à 4406 en 2002, mais la population d'enfants accueillis en moyenne chaque jour est stable.

La masse salariale a progressé de 4,8 % de 2001 à 2002 et de 7,4 % depuis 2000. Le coût annuel moyen d'un agent s'établit à 39043 euros contre 37436 en 2000.

Les crédits affectés à la formation ont fortement augmenté : 116,9 millions d'euros en 2002 contre 100,9 millions d'euros en 2000 (plus de 16 %).

Le coût total des avantages sociaux passe de 154 millions d'euros en 2000 à 158,9 millions d'euros en 2002.

En résumé, conclut l'orateur, dans une période difficile, l'AP-HP s'efforce de mettre en place des mesures attractives pour limiter les départs des personnels et attirer de nouveaux agents.

B) Bilan social relatif au personnel médical

Les faits saillants du bilan social de l'année 2002 peuvent être illustrés comme suit indique **M. ANTONINI**.

L'évolution globale des effectifs

Les effectifs physiques diminuent de 0,6 % entre 2000 et 2002. En revanche, exprimés en équivalent temps plein, les effectifs progressent de 1,2 % pendant la période.

L'évolution par catégorie

On observe entre 2000 et 2002 une diminution de 182 internes (moins 10,34 %) qui est largement compensée par une progression de 234 faisant fonction d'interne. Globalement, les effectifs d'internes résidents et FFI ont cru de 1,45 %.

Les attachés continuent à représenter la composante la plus importante des effectifs mesurés en ETP (35,3 %) mais leur part tend à décroître au profit des praticiens hospitaliers ou des contractuels.

Au sein de ce groupe de personnels médicaux, les attachés associés ont vu leur nombre décroître de 20,8 % depuis 2000. Cette baisse résulte de la politique menée par l'AP-HP pour renforcer la proportion des personnels titulaires et contractuels.

Les attachés effectuent en moyenne 4 vacations hebdomadaires et 15 % d'entre eux réalisent 9 vacations ou plus.

Les personnels médicaux titulaires et contractuels connaissent les évolutions décrites ci-après entre 2000 et 2002 :

- les effectifs de praticiens hospitaliers ont augmenté de 7,2 % (133 temps plein et 23 temps partiel),
- les effectifs de praticiens adjoints contractuels ont diminué de 19. Cette tendance devrait se poursuivre en 2003,
- le nombre des praticiens contractuels est passé de 152 à 233.

Les personnels hospitalo-universitaires représentent 16 % des effectifs de l'AP-HP (1 772 titulaires, 1 204 temporaires) en diminution de 0,8 % depuis 2000. Cette évolution est la conséquence du plan national de redéploiement mis en place par le ministère et d'une réduction du nombre des consultants (56 en 2002 contre 64 en 2000).

L'analyse par sexe et par âge fait apparaître :

- la persistance d'une majorité du personnel masculin (51,06 %), mais la proportion des femmes progresse dans toutes les catégories. Les hommes restent plus nombreux parmi les personnels hospitalo-universitaires et notamment parmi les PU-PH (86,99 %) ;
- un vieillissement de la population médicale.

La masse salariale s'établit à 655 millions d'euros, soit une progression de 4 % par rapport à 2001, du fait des reclassements liés au protocole national du 13 mars 2000 et de la reconstitution de carrière des PH.

En ouvrant la discussion, le **président** observe que la diminution du nombre d'internes, notamment dans certaines spécialités, est très préoccupante et que la CME devra examiner ce problème afin de trouver des solutions pour l'avenir.

M. DEBRE formule trois remarques.

- Il est normal pour un chef de service d'assurer la carrière de ses collaborateurs. Or, estime-t-il, les rendus budgétaires pour créer des postes de PH sont prohibitifs (29 vacations par poste) et conduisent bien souvent à une déstabilisation des services.
- Alors que les attachés sont des personnels essentiels permettant l'ouverture sur l'extérieur, les transformations d'emplois conduisent à rendre des vacations et par conséquent à réduire leur nombre.
- Il juge indispensable de faire venir des internes de l'étranger car cela est important pour le renom de la médecine française à l'étranger, mais cette mesure sera insuffisante pour pallier les déficiences observées dans certaines disciplines.

Mme LABBE ayant demandé s'il existait des données sur l'absentéisme du personnel médical, **M. ANTONINI** lui indique qu'il ne les a pas sous la main et qu'il peut les lui communiquer. Il peut d'ores et déjà lui préciser que le taux d'absentéisme du personnel médical est très faible.

Mme DEGOS, considère qu'il est prioritaire de fidéliser les attachés bénéficiant de 9 vacations et plus qui sont actuellement sans statut décent.

Mme DEBRAY-MEIGNAN souligne la différence de ratio agents PNM / lits existant entre le secteur soins de suite, rééducation, soins de longue durée (1,44) et celui des hôpitaux de court séjour (3,18). Or, on demande au premier d'assurer l'aval des urgences et le deuxième aval. Avec les ratios sus-évoqués cette prise en charge est impossible. Il convient donc de rééquilibrer les ratios agents/lits du secteur soins de suite – rééducation – soins de longue durée.

M. NORDLINGER se propose, au sein de la commission université, de voir comment évaluer avec les doyens les besoins des services hospitalo-universitaires en personnels étrangers et comment nouer des liens préférentiels avec les universités étrangères.

M. GREGORY souhaite que l'évolution de la masse salariale se traduise dans le bulletin de paie des internes. Par ailleurs, il apprécierait que soit mise en place une procédure d'agrément des services recevant les internes. Il signale que le ministère semble s'orienter vers une certification du troisième cycle des études médicales.

M. LACAU ST GUILY souligne combien la situation des effectifs infirmiers et celle des personnels de blocs opératoires sont difficiles. Dans un tel contexte, il trouve essentielle la politique sociale menée par l'AP-HP pour attirer et fidéliser de nouveaux personnels.

IV – Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT introduit le sujet en indiquant que le document remis aux membres de la CME comporte quatre fiches de missions et structure. Puis il précise que les dossiers qui ont occasionné une discussion lors de leur examen en groupe des structures, seront présentés par les rapporteurs respectifs.

A) Dossier sans débat important.

Louis Mourier :

- *Révision du service d'odontologie suite au non renouvellement de la chefferie de service du Pr. Poidatz le 1^{er} septembre 2003.*

Pour des raisons personnelles le chef de service n'a pas souhaité le renouvellement de ses fonctions, signale M. MADELENAT.

La fiche a semblé globalement cohérente au groupe des structures qui a attiré l'attention de l'hôpital sur le fait que le futur chef de service n'est pas clairement identifié.

B) Dossiers avec débat.

Cochin :

- *Création d'un département de médecine des adolescents avec création de 3 unités fonctionnelles :*
 - *UF d'hospitalisation pédo-psychiatrique et ateliers thérapeutiques.*
 - *UF d'hospitalisation de médecine interne des adolescents.*
 - *UF « espace santé-prévention ».*

Rapporteur de ce dossier, **M. HARDY** rappelle que le projet de la maison des adolescents, inscrit dans le plan stratégique 2001 – 2004 de l'AP-HP, repose sur un partenariat entre celle-ci et la fondation des hôpitaux de Paris – hôpitaux de France.

Ce projet répond aux besoins identifiés, aux plans national et régional, des structures d'accueil pluridisciplinaires d'adolescents entre douze et dix neuf ans.

Après avoir détaillé l'organisation structurelle et médicale, M. HARDY fait connaître que dans une seconde étape, un lien sera créé entre le département et les services de psychiatrie et de médecine interne de l'établissement.

En groupe des structures, souligne M. HARDY, la discussion a porté essentiellement sur quatre points :

- le choix d'une structure de type département ;
- le mode de financement des emplois restant éventuellement à créer ;
- la capacité de la structure à absorber les demandes qui lui seront adressées (demandes psychiatriques, notamment), du fait d'une structure basée sur le double positionnement, médical et psychiatrique ;
- la faisabilité du projet universitaire, qui est à la fois novateur et ambitieux.

Saint Antoine :

- *Création d'une fédération d'activités médicales et biologiques associées (FAMBA) relatives aux incompatibilités foeto-maternelles et à l'ictère néonatal, intitulée « Centre national de référence en hémobiochimie périnatale : CNRHP » avec création de deux unités fonctionnelles :*
 - *Création d'une unité fonctionnelle d'expertise et de soins des incompatibilités foeto-maternelles et de l'ictère néonatal rattachée au service de gynécologie obstétrique.*
 - *Création d'une unité fonctionnelle biologique et d'expertise en immuno-hématologie périnatale rattachée au service d'immunologie et hématologie biologiques.*

A la demande du ministère de la santé, déclare **Mme SCHLEGEL** rapporteur du dossier, il s'agit d'intégrer à l'AP-HP au 1^{er} juillet prochain, le centre d'hémochimie périnatale.

Cette structure évolutive a pour but la poursuite et le développement des actions de prévention, de dépistage, de traitement, de surveillance et d'expertise à l'échelon national et régional dans le domaine des incompatibilités foeto-maternelles et des ictères néonataux.

Le site choisi, après appel d'offres, est l'hôpital Saint Antoine. L'organisation proposée s'appuyant sur deux unités fonctionnelles, le groupe des structures a évoqué la nécessité de garantir la cohérence entre ces dernières ; à cet effet, un règlement intérieur sera élaboré. Les deux UF sont regroupées en une FAMBA.

La coopération entre le centre et les structures de niveau régional et national devra être effective.

Le transfert est particulier car il s'agit d'intégrer un organisme privé dans une structure publique.

La totalité des emplois du CHP sera transférée à l'AP-HP, soit cent huit emplois en équivalent à temps plein. Cinquante cinq à cinquante huit d'entre eux seront affectés au CNRHP ; la répartition des autres emplois reste à préciser.

Le statut des personnels sera transformé en celui des fonctionnaires titulaires dans les corps et grades de la fonction publique hospitalière pour ceux qui remplissent les conditions (article 102 du titre IV du statut général des fonctionnaires).

Mme SCHLEGEL termine sur l'évolution prévue des locaux du centre.

Alors que la directrice générale recommande d'adosser une décision à l'analyse préalable du rapport entre le coût et le bénéfice et du retour sur investissement de l'opération, **M. FAYE** pointe l'absence d'une telle analyse dans l'intégration à l'AP-HP du centre d'hémobiologie périnatale.

Georges Pompidou :

- *Révision du service de radiologie cardio-vasculaire et création de deux unités fonctionnelles au sein du service :*
 - *UF de radiologie cardio-vasculaire interventionnelle.*
 - *UF d'imagerie non invasive cardio-vasculaire.*

M. MADELENAT informe que cette fiche a été traitée lors de la précédente mandature de la CME.

Après avoir indiqué que l'hôpital européen Georges Pompidou compte un service de radiologie générale et un service de radiologie cardio-vasculaire, **M. de PROST** évoque la discussion qui s'était tenue au sein du groupe des structures qu'il présidait.

L'option du regroupement des deux services de radiologie, étayée notamment par l'administration et la collégiale des radiologues, s'opposait à celle du maintien du service de radiologie cardio-vasculaire, préconisé par un groupe ad-hoc et en faveur duquel le comité consultatif médical de l'hôpital s'était unanimement exprimé ; les cardiologues de l'hôpital européen Georges Pompidou et les chirurgiens cardiaques de la collégiale soutenaient également le maintien des deux services.

De plus, la situation de ces deux services entre dans le cadre des exceptions qui autorisent une dérogation à la règle interdisant les doublons de service.

Le débat s'est achevé, en groupe des structures, par un vote à bulletin secret au terme duquel sept membres du groupe sur onze se sont prononcés pour la conservation des structures. Aussi, en accord avec le directeur actuel de la DPM, il a été décidé de demeurer sur cette base de travail.

M. RYMER fait connaître que la collégiale des radiologues privilégiait la création d'un département d'imagerie regroupant les deux services de radiologie, la biophysique et la médecine nucléaire. A la lecture de la fiche de missions et structure, la collégiale s'inquiète de la distance qui risque d'exister entre l'UF de radiologie vasculaire non invasive et le service de radiologie générale, lesquels partagent le même plateau technique.

Puis il formule les remarques suivantes.

D'une part, la fiche comporte des contradictions. Il s'agit d'un service de référence et de grande qualité dont l'activité, pour ce qui concerne le vasculaire invasif, n'est pas limitée à la radiologie cardiaque ; on se trouve donc dans un cadre qui dépasse celui d'une FAMA de cardiologie.

D'autre part, l'utilisation du futur dans la rédaction de la fiche, rend celle-ci très floue.

Enfin, il lui semble très important de préserver l'unité entre l'UF de radiologie non invasive et le service de radiologie générale afin d'éviter que des dysfonctionnements perdurent.

En effet, intervient **M. FAGON**, le service de radiologie cardiaque et vasculaire a considérablement diversifié son activité depuis son arrivée à Georges Pompidou, participant notamment à la prise en charge de patients issus du pôle de cancérologie, ce qui justifie son appartenance au pôle d'imagerie.

Le règlement intérieur type des fédérations de gestion commune pôle de l'hôpital européen Georges Pompidou qui a été validé en 2001 par la CME et le conseil d'administration offre un cadre pour assurer entre les deux services le bon fonctionnement, la collaboration et l'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques. Par ailleurs, la structuration de l'imagerie en pôle d'activité médicale, dans l'espoir que les pôles deviendront dans quelques années des centres de responsabilité, semble préférable pour la collaboration des acteurs, à la fusion au sein d'un département.

Puis, à l'adresse de **M. DASSIER** qui s'interroge sur la finalité de cette modification de structure, **M. FAGON** explique que la majorité de la communauté de l'hôpital souhaitait initialement le maintien du service d'imagerie cardio-vasculaire dans le pôle cardio-vasculaire. Au final, le choix s'est porté sur le transfert d'une UF d'imagerie cardio-vasculaire dans le cadre d'une FGC d'imagerie.

M. CORIAT prend une position favorable pour la structure proposée compte-tenu de la complexité des problèmes en cause. Cependant il souhaite pour l'avenir que le prétexte de l'entrée d'un service dans un pôle ne puisse ouvrir la porte à la préservation de doublons.

Le **vice-président** estime qu'il faut faire preuve de pragmatisme et d'envisager la meilleure structure dans laquelle les personnalités pourront travailler ensemble, soit dans le cadre de centres de responsabilité réunissant plusieurs services, soit dans le cadre de départements composés d'UF.

M. FAGON rappelle que Georges Pompidou n'est pas le fruit d'une réelle restructuration mais de regroupements de services venant de plusieurs sites.

Puis il cite les restructurations déjà intervenues depuis l'ouverture de l'hôpital, au terme desquelles treize services auront été supprimés.

Pour **M. BERNAUDIN** il convient de ne pas déstabiliser certaines organisations qui fonctionnent correctement au prétexte d'éliminer systématiquement les doublons.

Mis aux voix, le dossier de l'hôpital européen Georges Pompidou obtient 21 voix pour ; on note 14 abstentions.

Les autres fiches de missions et structure sont adoptées à l'unanimité.

V – Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les renouvellements et les nouveaux contrats d'activité libérale présentés par **M. ANTONINI** reçoivent l'approbation de la CME ; on compte 19 voix pour, 4 contre et 14 abstentions.

VI – Information sur la désignation de responsables d’unités fonctionnelles.

La commission prend connaissance des propositions de désignation de responsables d’unités fonctionnelles par les CCM, conformément à la délégation de compétence inscrite dans le règlement intérieur de l’instance.

VII – Approbation du compte-rendu de la séance du 24 juin 2003.

Les membres de la CME adoptent le compte-rendu sans aucune remarque.

VIII – Questions diverses.

Le **président** signale la remise sur table d’un calendrier modifié des prochaines réunions de la CME.

*

* *

La séance est levée à 11 heures 45.

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

Mardi 8 juillet 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mardi 25 juin 2003 à 17h00.

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.