

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 25 NOVEMBRE 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 16 DECEMBRE 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance
du mardi 25 novembre 2003

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- La recherche clinique à l'AP-HP est-elle satisfaisante et comment l'améliorer :
 - la collaboration entre l'AP-HP et l'INSERM ;
 - le rôle du conseil scientifique de l'AP-HP ;
 - l'aide aux réponses d'appels d'offres ;
 - le bilan et les propositions pour améliorer l'organisation de la recherche clinique et du développement ;
 - discussion avec les membres de la commission université de la CME.

- 2- Rapport d'étape sur les travaux de la commission de l'organisation et de la permanence des soins.

- 3- Projet de décision modificative n° 3 pour l'année 2003.

- 4- Projet du retrait de l'AP-HP du syndicat inter-hospitalier centre de protonthérapie d'Orsay.

- 5- Avis sur des fiches de missions et structure.

- 6- Avis sur les postes vacants de praticiens hospitaliers.

- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.

- 8- Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Additif au recrutement principal des CCA et AHU, dans un service hors AP-HP au titre de l'année universitaire 2003/2004.

Composition C

- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur des demandes d'indemnité d'activité multi-établissements.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.

Composition B

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

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 VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme PANNIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme DARRIEU, direction économique et financière,
 - M. PEDOUSSAUT, adjoint au directeur de la politique médicale,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale ;

- *en qualité d'experts :*
 - M. le Pr BERCHE, directeur de l'UFR Necker-Enfants Malades,
 - M. le Pr BRECHOT, directeur général de l'INSERM,
 - M. le Pr GRISCELLI, président du conseil scientifique de l'AP-HP,
 - M. le Pr JAILLON, chef de service à l'hôpital Saint Antoine.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mme SCHLEGEL et de M. DESMONTS avant d'engager l'examen des points notés à l'ordre du jour.

I- La recherche clinique à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris est-elle satisfaisante et comment l'améliorer.

Le **président** introduit le sujet en indiquant que la réflexion relative à la recherche clinique à l'AP-HP a été organisée par M. NORDLINGER et M. BERNAUDIN, respectivement président et vice-président de la commission université de la CME.

L'objectif de cette présentation est de permettre à la CME d'avoir une analyse pratique et constructive sur ce domaine important.

1- La collaboration entre l'AP-HP et l'INSERM

M. BRECHOT, directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) souligne en préambule combien est importante la bonne organisation de la recherche clinique en Ile de France. Celle-ci mobilise 50 % des équipes de l'INSERM et implique l'INSERM, l'AP-HP, les universités et d'autres partenaires. L'objectif de l'INSERM est de s'appuyer sur des centres de recherche disposant d'une masse critique de moyens importants. Cette organisation doit être décidée en coordination avec l'AP-HP et en cohérence avec les besoins hospitaliers et universitaires.

a) L'INSERM en Ile de France

L'institut regroupe en région Ile de France 198 formations de recherche, 70 000 personnes, 862 protocoles en cours ou terminés, 10 886 publications soit 50,3 % des publications nationales.

Au cours de ces dernières années, sous l'impulsion de M. GRISCELLI, la recherche clinique a fortement évolué. Ainsi les centres d'investigation clinique sont passés de dix en 2000 à vingt quatre en 2003, les centres de ressources biologiques ont augmenté de seize en 2002 à quarante sept en 2003. La même progression a été constatée pour les cohortes de malades, les registres et les réseaux.

Parmi les différentes thématiques, la recherche relative aux maladies orphelines et génétiques a pris une place éminente (22,2 %), devant la neurologie et la psychiatrie (20,4 %) les troubles du métabolisme, la nutrition, l'endocrinologie (13,4 %) et les maladies cardiovasculaires et la cardiologie (13,2 %).

L'INSERM soutient cependant l'ensemble des disciplines et développe une politique fondée sur les réseaux et les instituts sans mur regroupant la recherche fondamentale et la recherche clinique.

b) L'infrastructure

Les vingt quatre centres d'investigation clinique (CIC) constituent le socle à partir duquel trois types d'appels d'offre sont mis en oeuvre : celui consacré à l'épidémiologie clinique et à la gestion des essais cliniques qui a déjà été évalué ; celui relatif à la biothérapie, la thérapie cellulaire, la thérapie génique et la vaccinologie qui est en cours d'évaluation ; et un appel qui sera réalisé en 2004 et concernera le transfert des techniques (examens biologiques, imagerie...).

L'INSERM soutient les réseaux de recherche clinique. Un appel d'offres a conduit à labelliser treize réseaux en 2003. Par ailleurs, l'institut s'appuie sur les comités d'interface avec les sociétés de spécialités médicales. Actuellement vingt quatre comités d'interface regroupent quatre vingt dix sociétés de spécialités médicales. Ils participent à la veille scientifique et à la réflexion sur les instances.

c) Les études

La forte progression des études réalisées (246 en 1999, 510 en 2002) pose la question de la coordination de la promotion et la nécessité de définir des modalités de travail permettant d'agir de manière complémentaire entre hôpitaux du CHU, industrie, et INSERM.

A l'issue de premières discussions avec la direction de la politique médicale, M. BRECHOT propose les répartitions suivantes :

- INSERM : recherche d'amont, études pré-cliniques ;
- INSERM et CHU : essais de phases I et II a, biothérapie ;
- CHU et industrie : essais de phase II b et III ;
- INSERM et industrie : essais de phase IV.

d) Les carrières

L'INSERM doit faire face à la nécessité de remplacer 30 % des chercheurs, ingénieurs, techniciens et personnels administratifs d'ici 2010. Pour renouveler son personnel, l'institut a mis en place :

- une école qui apporte une formation à la recherche aux étudiants en médecine ;
- un renforcement des postes d'accueil pour les internes : 27 postes dont 19 concernent des internes de l'AP-HP ;
- des contrats d'interface proposés aux médecins hospitaliers (chefs de clinique, PH, MCU-PH, PU-PH) pour renforcer leur participation aux activités de l'INSERM. Actuellement 28 contrats ont été conclus dont 14 pour des médecins de l'AP-HP ;
- avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'ouverture de postes d'accueil pour des médecins généralistes : quatre postes sont ouverts actuellement.

Le **président** remercie M. BRECHOT de sa présentation très claire et propose aux membres de l'assemblée de poser de suite des questions à l'orateur qui doit s'absenter avant la fin des présentations.

M. HOUSSIN demande si, dans les pays étrangers et notamment aux Etats-Unis, il existe une répartition entre les organismes de recherche et les CHU en ce qui concerne la promotion de la recherche clinique.

M. BRECHOT répond qu'aux USA la situation est différente car le National Institut of Healt (NIH) dispose de son propre centre de recherche clinique et de ses propres équipes et peut gérer des projets de recherche en interne. Il finance aussi des programmes externes (80 % de ses financements) et agit alors comme une agence de moyens vis-à-vis des universités et des hôpitaux.

L'INSERM quant à lui dispose de 80 % de ses unités de recherche dans les CHU ce qui ouvre des possibilités intéressantes, à condition d'organiser une complémentarité d'actions.

M. BERNAUDIN souhaite connaître les liens entre l'INSERM et les autres sources de financement de la recherche, et si la création de cancéropoles, par exemple, ne va pas déstabiliser l'organisation de la recherche et les partenariats hospitaliers et universitaires.

La mission des cancéropoles étant d'organiser les transferts, **M. BRECHOT** estime que les unités INSERM sont parfaitement impliquées dans ce schéma.

Cependant ajoute-t-il, les essais sont très coûteux et nécessitent de faire appel à des sources financières différentes. Or pour l'investigateur, il est important de présenter son projet à une structure unique regroupant des chercheurs, des représentants de malades, des financiers.

L'INSERM a donc le projet de créer au sein d'un futur département de recherche clinique, un comité d'orientation stratégique et de suivi des essais cliniques (COSSEC) qui regroupera l'ensemble des informations nécessaires aux investigateurs.

M. RICHARD intervient sur le projet de l'INSERM visant à promouvoir l'interface entre la recherche fondamentale et la recherche clinique à travers un rapprochement avec les sociétés savantes. Cette démarche existant depuis plusieurs années, il s'interroge sur la matérialité du projet. Par ailleurs, il souhaite des précisions sur la création de réseaux de recherche clinique.

M. BRECHOT précise que l'objet de ces interfaces est tout d'abord de permettre aux représentants des sociétés médicales d'avoir accès à l'ensemble des informations concernant les activités de l'INSERM (infrastructures, carrières, etc...). Il est aussi de leur permettre d'une part de participer aux réflexions relatives aux instances scientifiques et aux modalités d'évaluation des chercheurs et d'autre part de proposer des candidats.

Le troisième type d'interface correspond aux réseaux de recherche clinique proposés dans le cadre d'appels d'offres. Il s'agit de mettre en réseau des services cliniques et des unités de recherche INSERM pour étudier certaines pathologies. Ces programmes commencent et pourraient se développer avec à l'appui des moyens financiers plus importants.

M. NORDLINGER estime que la centralisation réalisée aux USA par le NIH et par le National Cancer Institut (NCI) sur le cancer permet de réaliser des essais disposant de budgets importants. Il rappelle que pour une étude portant sur plusieurs centaines de patients, il faut, en Europe, un budget supérieur à un million d'euros. Très peu d'institutions peuvent assurer seules ce financement. Il faut donc souvent faire appel à l'industrie dans le cadre d'un partenariat clair.

M. BRECHOT se dit d'accord avec cette analyse. Le futur comité dont il vient d'exposer les grandes lignes sera le noyau de cette nécessaire centralisation. Il regroupera des partenaires institutionnels dont les représentants de la recherche clinique au sein de l'AP-HP. Il reconnaît qu'au niveau national il manque une structure permettant de définir un petit nombre d'études à réaliser en dehors du monde de l'industrie ou en complémentarité avec cette dernière dans le cadre d'un partenariat. Il espère que le gouvernement créera un fonds consacré aux priorités de recherche, doté de 150 millions d'euros issus des privatisations, qui permettrait d'aider à la réalisation de cet objectif.

Mme BRESSAND s'étonne que dans le projet de répartition des tâches entre l'INSERM, les CHU et l'industrie, les essais de phase IV soient uniquement attribués à l'INSERM et à l'industrie alors que les hôpitaux et notamment les CHU y participent déjà puisque ces essais nécessitent des cohortes importantes de malades.

M. BRECHOT indique qu'il ne l'a pas mentionné car il ne disposait pas de données précises sur la participation des hôpitaux aux essais de phase IV. Sur le fond, il est d'accord pour ajouter les CHU dans la participation aux essais de phase IV.

2- Le rôle du Conseil scientifique de l'AP-HP

M. GRISCELLI indique que le Conseil scientifique de l'AP-HP qu'il préside, comporte vingt cinq membres dont trois experts étrangers et trois experts provinciaux, un représentant du monde associatif, un industriel.

a) Le rôle du Conseil scientifique

Il assure une mission d'expertise et une mission d'évaluation.

Le rôle d'expertise du Conseil scientifique auprès de la direction générale permet :

- un éclairage des actions stratégiques et de développement de la recherche clinique,
- une médiation pour renforcer les partenariats avec l'université, les instituts de recherche, le monde associatif et le monde industriel,
- une amélioration de la continuité des recherches d'amont au profit de l'innovation et du progrès médical.

Dans le domaine de l'évaluation, le Conseil scientifique donne un avis sur la qualité de l'évaluation, les appels d'offres et la répartition des budgets. Il s'agit notamment de s'assurer que le contenu des dossiers retenus correspond aux appels d'offres et qu'il n'y a pas de grandes disparités entre disciplines dans l'attribution des moyens.

b) L'organisation et les objectifs

Trois réunions plénières ont lieu chaque année. Le bureau du Conseil qui comporte des membres élus se réunit six à huit fois par an.

Le Conseil scientifique s'est fixé pour objectifs de :

- optimiser l'utilisation des moyens mobilisés par l'institution ;
- mettre en place de nouveaux outils (CIC, CIB, CEC) qui caractérisent la plate-forme type de recherche clinique ;
- participer à l'élaboration du prochain plan stratégique ;
- donner un avis sur les appels d'offres spécifiques comme celui destiné à soutenir les jeunes équipes et des projets de recherche clinique multi-centriques ;
- prendre en compte la nouvelle organisation en GHU.

Le Conseil scientifique s'est organisé en groupe de travail. L'un d'entre eux est consacré à la politique de site et propose la création de centres d'investigation biologique (CIB). Le Conseil souhaite également la création ou l'extension de centres d'épidémiologie clinique (CEC), la mise en place d'une coordination des centres d'investigation clinique, des centres d'investigation biologique, des centres d'épidémiologie clinique et des unités de recherche cliniques présents au sein d'un même GHU et un rapprochement de ces structures avec les instituts fédératifs de recherche présents sur les sites.

Un autre groupe de travail est consacré au cancer. Il a permis à l'AP-HP de participer avec les instituts Curie et Gustave Roussy à l'appel d'offres sur les cancérologes.

D'autres groupes de travail portent sur l'imagerie, la valorisation des activités de recherche et d'études, les critères d'arrêt du soutien de l'AP-HP à des activités de recherche en cas de manquement à leurs engagements par les investigateurs.

Pour conclure, M. GRISCELLI rappelle que l'AP-HP dispose d'un potentiel remarquable de jeunes médecins aptes à la recherche. Il faut maintenant progresser dans l'organisation interne des activités de recherche. Par ailleurs, au niveau national, l'objectif est de participer avec l'INSERM aux créations d'un institut national de santé et d'instituts nationaux thématiques pour constituer une recherche clinique compétitive au niveau international.

3- L'aide aux réponses d'appels d'offres

M. JAILLON se propose de présenter l'expérience de l'unité de recherche clinique créée en 2002 à l'est de Paris qui regroupe les hôpitaux Tenon, Saint Antoine, Trousseau, Rothschild et l'hôpital des Quinze Vingt.

a) Pourquoi aider les investigateurs ?

L'investigateur qui souhaite mettre en place un projet de recherche se heurte à des contraintes éthiques, légales et réglementaires, à des difficultés méthodologiques, logistiques et financières.

Parallèlement le promoteur, et à ce titre l'AP-HP, est responsable de la qualité des projets et notamment du respect du droit et de la sécurité des personnes et de la fiabilité des résultats.

Pour l'investigateur la première étape est de formuler une hypothèse de recherche pertinente, réalisable et qui réponde à l'appel d'offre.

La deuxième étape consiste à construire une méthodologie adaptée c'est-à-dire à choisir les objectifs de l'étude, à construire un plan expérimental et à définir des critères d'évaluation. Il faut aussi déterminer le budget de l'étude et notamment les effectifs en personnel nécessaires. Il faut également préciser les critères de sélection des patients et organiser la logistique. A ce stade les contraintes légales sont légions. Il faut notamment s'assurer que l'étude répond aux contraintes de la loi Huriet sur la protection des personnes, préparer le cahier des charges, voir s'il faut déposer une autorisation de lieux, rédiger des formulaires d'autorisation et de consentement, recueillir l'accord et les curriculums vitae des investigateurs dans le cadre d'essais multi-centriques.

Enfin, il faut prévoir l'analyse, la rédaction du rapport final et calculer le budget de l'étude.

b) L'aide apportée par l'URC

Constituée d'une équipe pluridisciplinaire, l'unité de recherche clinique (URC) est un guichet unique pour l'investigateur ; elle peut répondre à toutes ses questions, quitte à interroger des experts financiers ou logistiques.

L'URC peut apporter une aide à la préparation du projet et à la réponse à l'appel d'offre.

Ainsi, l'URC va donner un avis sur les premières rédactions du protocole pour l'améliorer, apporter des conseils dans l'organisation logistique, intervenir dans le calcul du budget et la recherche de financeurs.

L'aide apportée par l'URC lors de la réalisation de l'étude commence par une mise en forme du projet adapté au budget rassemblé. L'URC organise des réunions avec le promoteur, prépare les recrutements et la formation des techniciens d'essais cliniques et des assistants de recherche clinique chargés d'assurer des contrôles de qualité.

L'URC peut prendre aussi à sa charge la coordination de l'étude, la préparation du cahier d'observation, la préparation du masque de saisie des données, l'analyse statistique, le contrôle de la gestion financière.

L'URC de l'Est pour faciliter la communication a créé un site internet qui regroupe l'ensemble des informations relatives à la recherche (www.chusa.jussieu.fr/urcest).

Pour conclure, M. JAILLON considère que les URC ont constitué une réforme importante pour le développement de la recherche clinique. Il s'agit maintenant d'assurer leur pérennité. En effet, l'AP-HP a accordé une subvention destinée aux trois premières années de mise en oeuvre du dispositif, demandant aux URC de trouver leurs propres moyens de fonctionnement à l'issue de cette période. Il est donc nécessaire de valoriser le rôle et les prestations des URC. Enfin, les URC doivent s'ouvrir aux essais cliniques à promoteurs privés.

4- Le bilan et les propositions pour améliorer l'organisation de la recherche clinique et du développement

a) Bilan des actions engagées depuis dix ans.

Actuellement, près de 450 projets sont en cours et 900 nouveaux essais à promotion industrielle sont conduits explique **M. HOUSSIN**.

L'effort de valorisation économique réalisé a permis de dégager un excédent de recettes de valorisation de 1,5 million d'euros. Par ailleurs, l'organisation s'est renforcée et a permis à la recherche clinique de se développer : mise en place d'un Conseil scientifique, création d'une délégation, mise en place d'une dizaine d'URC et de CIC.

En troisième lieu, les partenariats ont été consolidés notamment avec l'INSERM et avec d'autres partenaires comme l'INRA, le CNRS, le CEA, les universités, les industriels.

Enfin la promotion scientifique s'intensifie, mais souffre encore d'un manque d'identification et de mise en valeur.

b) Les avancées 2003

Tout d'abord, la participation de l'AP-HP au cancéropole améliore la cohérence de l'effort de recherche dans le domaine du cancer.

La seconde avancée porte sur l'identification au sein de la direction de la politique médicale d'une délégation à la recherche clinique et au développement (DRCD), complétée par une organisation spécifique à chaque GHU avec la création d'un délégué à la recherche clinique. Les quatre délégués qui interviendront en appui des quatre directeurs exécutifs sont : M. MENARD (GHU ouest), M. LEMAIRE (GHU sud), M. DEBRE (GHU est), Mme GAULTIER (GHU nord).

La dernière avancée concerne la perspective de l'intégration des personnels de l'association Claude Bernard qui pourront jouer un rôle important dans l'appui à la recherche clinique.

c) Les perspectives 2004

Elles concernent :

- au niveau de chaque GHU, le rassemblement au sein de départements de recherche clinique de structures éparses (CIC, URC, CIB, CRB...). Il s'agit de renforcer le poids des moyens d'aide et de coordination ;
- l'approfondissement des partenariats pour améliorer la performance à travers la formation à la recherche clinique et l'utilisation du système d'information ;

- l'accentuation du rôle de valorisation de la production scientifique. Une étude en cours dont la publication devrait avoir lieu en janvier 2004 vise à mesurer la production scientifique de l'AP-HP comparativement à celle des autres CHU. Cet élément, s'il est vérifié, sera important pour que l'AP-HP puisse bénéficier d'une dotation adaptée dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité.

Pour conclure, M. HOUSSIN estime que l'AP-HP, qui dispose d'atouts considérables avec ses malades et ses médecins, doit jouer un rôle central dans la recherche clinique en Ile de France.

Le **président** trouve en effet fondamental cette étude sur le poids de l'AP-HP dans la recherche clinique eu égard notamment à la mise en place de la tarification à l'activité. Puis, il ouvre la discussion sur le dossier de la recherche clinique en rappelant que cette discussion sera coordonnée par la commission université de la commission médicale d'établissement.

5- Discussion avec les membres de la commission université de la CME

M. NORDLINGER ouvre le débat en rappelant que l'idée de cette présentation de la recherche en CME est de faire un état des lieux et d'identifier les moyens de progression. En premier lieu, il insiste sur le rôle essentiel du CHU dans la recherche clinique. La tarification à l'activité a d'ailleurs prévu une enveloppe spécifique.

Par ailleurs, il souligne que s'il n'est pas possible d'obliger certains médecins hospitalo-universitaires à faire de la recherche, le simple fait de choisir une affectation dans un CHU oriente cependant l'activité d'un médecin.

En troisième lieu, il observe que si l'AP-HP dispose d'un fort potentiel en termes de recherche, il faut s'assurer qu'il est correctement utilisé, améliorer ses résultats et s'adapter pour tenir compte notamment des directives européennes qui devraient être appliquées en 2004.

Pour terminer, il indique que la commission université de la CME a créé deux groupes de travail associant deux doyens (MM. BERCHE et LE DUC). Le premier groupe animé par MM. BERNAUDIN et LE DUC est consacré aux métiers hospitalo-universitaires, le second, animé par M. NORDLINGER et M. BERCHE, porte sur l'identification et la labellisation des services cliniques dans le domaine de la recherche.

M. BERNAUDIN évoque tout d'abord certaines difficultés de partenariat (cancéropole, centre de protonthérapie d'Orsay).

Puis, il aborde la recherche faite par les praticiens hospitaliers. Pour la recenser et la valoriser, la commission université et le groupe du personnel médical élaborent une fiche qui pourrait être transmise à chaque candidat à un poste hospitalo-universitaire au sein de l'AP-HP. Il sera demandé à ce dernier de présenter son projet de recherche, la thématique qu'il va développer et le projet du service où il sera nommé.

Enfin, il rappelle le rôle du groupe de travail sur les métiers hospitalo-universitaires qu'il anime avec M. LE DUC. Il s'agit d'imaginer les métiers hospitalo-universitaires des quinze prochaines années, compte-tenu des évolutions de la démographie médicale et des pratiques médicales ainsi que des besoins de la formation et de la recherche.

M. BERCHE indique que tous les doyens considèrent qu'un service hospitalo-universitaire a une mission d'enseignement et de recherche et ce même s'il s'agit d'un service d'urgences ou d'un service de gériatrie. Cette caractéristique est la seule justification à l'allocation de moyens supplémentaires. Il est donc nécessaire, pense-t-il d'évaluer la justification universitaire de chaque service au moyen d'une labellisation universitaire. Dans ce cadre, les services non labellisés ne pourraient disposer des moyens supplémentaires de l'enveloppe de la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) prévue par la tarification à l'activité. En revanche, il considère que certains services situés hors des hôpitaux de l'AP-HP pourraient être labellisés et bénéficier de moyens supplémentaires.

Pour développer l'évaluation, le doyen Berche propose de créer un site internet regroupant les publications, le nombre d'étudiants accueillis, les contrats de recherche (programme hospitalier de recherche clinique, industrie) de chaque service. L'unité de formation et de recherche de Necker dispose déjà d'un tel site.

Par ailleurs, il estime que l'analyse démographique accompagnée de perspectives d'évolution du nombre de médecins PH, MCU-PH, CCA, PU-PH d'ici dix ans est une nécessité. En effet, il faut imaginer le moyen de compenser les départs massifs de PU-PH qui auront lieu jusqu'en 2013. Dans ce contexte, il serait utile de valoriser la carrière des PH qui assurent des cours et qui pourraient peut-être bénéficier d'une nomination comme professeurs des hôpitaux.

Enfin, M. BERCHE pense que l'avènement des GHU est favorable à la recherche clinique. Il va favoriser la création de départements hospitalo-universitaires, ou la mise en réseau de services. Il faut cependant mener une réflexion stratégique sur les équipements nécessaires à chaque discipline au cours des dix prochaines années afin de permettre à l'AP-HP de jouer un rôle moteur dans l'innovation.

Le **vice-président** souligne que seulement 5 % des projets de recherche clinique en oncologie émanent des chirurgiens. Pour comprendre pourquoi ces derniers ont des difficultés à mener certains projets de recherche, il propose d'explorer différentes pistes. L'insuffisance de moyens est un premier frein.

Il faut aussi prendre en compte le fait que la totalité de la recherche clinique ne passe pas par des réponses à des appels d'offres. C'est pourquoi, en plus du concours apporté par les URC, des techniciens d'études cliniques et des assistants de recherche clinique placés dans les hôpitaux pourraient aider les équipes d'urgences ou de chirurgie à gérer l'information nécessaire pour développer la production scientifique.

M. JAILLON précise qu'un des avantages de l'URC réside précisément dans la mutualisation de moyens. Pour illustrer son propos, il cite l'exemple d'un assistant de recherche clinique embauché par l'URC qui peut partager son temps entre différentes équipes de divers hôpitaux.

M. NORDLINGER confirme que les techniciens de recherche et les assistants de recherche clinique sont indispensables pour mener les travaux de recherche.

La **directrice générale** se dit convaincue de la nécessité de mutualiser les compétences des attachés et techniciens de recherche clinique pour dégager du temps médical. Elle souscrit également à l'idée que les actions menées dans le cadre du Plan Equilibre sont compatibles avec un développement de la recherche. Une bonne stratégie d'organisation des soins permettra en effet de dégager des moyens pour la recherche. Dans ce cadre, une réflexion est menée pour reconverter des techniciens de laboratoire en sureffectifs vers des postes d'appui à la recherche.

M. NORDLINGER ajoute que la recherche permet d'évaluer des procédures de soins et d'engendrer des économies en arrêtant des traitements non éprouvés.

M. DUSSAULE se demande si les instituts fédératifs de recherche disposent de moyens incitatifs suffisants pour promouvoir le transfert de la recherche d'amont à la recherche clinique comme le préconise **M. GRISCELLI**. Par ailleurs, il dénonce comme constituant un frein au développement de la recherche et à l'amélioration des relations entre l'INSERM et l'AP-HP, l'empilement des structures de conseils scientifiques. Enfin, il relève dans les documents distribués que la veille scientifique et la biologie fondamentale sont mentionnées comme indispensables à la recherche clinique. Il faudra aussi en tenir compte dans l'attribution des moyens financiers spécifiques à la recherche, prévus par la T2A.

M. GRISCELLI confirme qu'il faut mettre en place une véritable organisation des sites. Dans ce cadre, il faut faire évoluer les instituts fédératifs de recherche centrés sur les recherches d'amont et actuellement trop déconnectés de la recherche clinique. Il pense qu'il faut les promouvoir comme centres de coordination. Par ailleurs, il estime nécessaire un développement de la communication interne et externe pour améliorer la lisibilité de la recherche à l'AP-HP. Enfin, il considère comme **M. BERCHE** qu'il est nécessaire d'évaluer l'activité de recherche des services.

Pour sa part, **M. HOUSSIN** croit que le projet de centre d'investigation biologique permettrait d'organiser les transferts en liaison avec les IFR et de valoriser et d'identifier les actions de recherche menées dans certains laboratoires. Ce travail de classification pourrait ensuite permettre de créer l'un des composants des futurs départements de recherche clinique.

M. RICHARD rend hommage à **M. BEST** qui a su faire évoluer la délégation à la recherche clinique et a permis aux cliniciens de s'ouvrir à une recherche clinique de qualité. **M. NORDLINGER** s'associe à cet hommage au nom de l'ensemble de la CME et le dédie aussi aux différents délégués à la recherche clinique qui se sont succédés.

M. RICHARD formule quatre remarques.

En premier lieu, le nombre de publications scientifiques prôné par certains comme critère d'évaluation des services lui paraît devoir être complété par une évaluation de l'impact clinique de ces publications.

En second lieu, si le fonctionnement et le rôle des URC sont parfaitement satisfaisants, leur mode de financement n'est pas stabilisé. Créés dans le cadre d'un partenariat avec les facultés, les URC fonctionnent essentiellement grâce aux crédits des PHRC. Or, ces derniers ne représentent qu'une part minime du financement de la recherche au niveau national. Il est donc nécessaire de faire évoluer ce financement.

En troisième lieu, il s'interroge sur les rôles respectifs du Conseil scientifique, du GHU et de la CME dans la définition des axes stratégiques de la recherche à l'AP-HP.

Enfin, sur le rôle des services dans le domaine de la recherche, il demande que l'on prenne en compte le temps médical nécessaire. Par ailleurs, pour promouvoir la recherche clinique il pense qu'il faut plutôt s'appuyer sur des médecins hospitalo-universitaires que sur les PH qui ont un rôle capital à jouer dans les soins. En revanche un renforcement des effectifs de PH permettrait aux médecins hospitalo-universitaires, souvent très impliqués à l'échelon hospitalier, de se consacrer de manière plus importante à leur tâche d'enseignement et de recherche.

M. NORDLINGER rappelle que la compétition en matière de recherche se situe au niveau international. Par ailleurs, la recherche ne peut pas être financée uniquement par les biais de crédits publics. Il faut faire appel au secteur privé, tout en veillant à protéger dans les contrats à conclure, les intérêts du service public.

Enfin, il souligne que les fiches d'évaluation, que la commission université de la CME prépare actuellement et qui devraient être validées par la CME, vont concerner tous les types de services.

M. AIGRAIN explique lui aussi la moindre participation des chirurgiens aux appels d'offres de recherche par le manque de temps médical et par les difficultés à rédiger un projet de recherche expérimentale.

Il souhaite que la délégation à la recherche clinique et au développement leur apporte une aide du type de celle que l'URC Est développe au profit des investigateurs.

M. BAGLIN rappelle, en tant que doyen, qu'une faculté de médecine doit assurer l'enseignement et la recherche. Il s'élève donc contre la sélection des hommes et des services à travers le seul critère « recherche ». A son avis, ce serait une hérésie de refuser le label universitaire à un service réalisant peu de recherche mais reconnu pour ses qualités pédagogiques en formant de futurs médecins capables de bien prescrire et de réaliser des économies dans le cadre du système de santé.

M. BERCHE précise qu'il a mentionné l'enseignement et la recherche parmi les critères de la labellisation universitaire.

M. FAYE prône tout d'abord un redéploiement et une délocalisation de compétences administratives dans les hôpitaux afin de permettre aux services, comme les urgences et la chirurgie qui disposent de cohortes de malades pertinentes pour la recherche et de peu de temps, de s'engager dans des projets de recherche.

Concernant l'implication des PH en matière de recherche et d'enseignement, il approuve la proposition de M. BERCHE et rappelle que le concours 3 permet la promotion des PH comme médecins hospitalo-universitaires.

M. SANSON estime que l'AP-HP dispose d'une masse d'informations qui pourrait être mieux utilisées si l'institution disposait d'une base de données. Or, l'exploitation d'une base de données peut se révéler très informative, même s'il s'agit d'une analyse rétrospective, et générer à son tour de nouveaux projets de recherche. Pour ce faire, il préconise que la DRCD lance des appels d'offres pour aider à la constitution de bases de données de qualité, exploitables pour la recherche.

Par ailleurs, en termes de publication, il souhaiterait connaître la rentabilité des PHRC. Le **président** indique qu'une réponse lui sera apportée directement par M. BEST.

M. PIETTE considère que retirer des moyens spécifiques aux services qui ne font pas suffisamment de recherche reviendrait à accroître les inégalités entre les disciplines et qu'il serait nécessaire d'avoir une politique volontariste si la recherche doit être développée dans les services d'urgence et de gériatrie par exemple.

Pour **M. GUILLEVIN**, le service complet d'aides présenté par M. JAILLON pose au clinicien investigateur le problème de l'appropriation et de la maîtrise de l'essai. Ce peut être trop désinvestissant. Il propose plutôt de limiter l'aide des URC aux questions logistiques et de laisser la maîtrise de l'essai à des cliniciens formés.

M. LEVERGE évoque la réallocation de ressources dans le cadre des essais cliniques. Les pharmaciens assurent la qualité d'une partie des essais à travers le stockage, la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux. Les données recueillies sur trois ans montrent que sur 2 266 essais cliniques menés à l'AP-HP, 74 % étaient spécifiques à l'industrie pharmaceutique, 7 % étaient liés à l'AP-HP. Par ailleurs, les moyens consacrés s'élèvent entre deux et deux et demi ETP par pharmacie et sont compensés seulement pour un tiers par un remboursement de l'industrie. L'AP-HP finance donc les deux tiers des dépenses relatives aux moyens humains consacrés à la recherche menée avec l'industrie privée. Il convient par conséquent de négocier avec l'industrie pharmaceutique, une plus juste rétribution de l'AP-HP. Malheureusement, une concertation entre le syndicat de l'industrie pharmaceutique et la Fédération hospitalière de France (FHF) a conduit au contraire à une minoration considérable du remboursement de ces surcoûts. On est en effet passé de quinze euros à quatre euros par dispensation.

Le **président** approuve la position exprimée par M. LEVERGE. Il remercie les intervenants de ce débat très dense et vigoureux et propose d'organiser un second débat plus ciblé dans quelques mois sur ce sujet fondamental qu'est la recherche.

II - Rapport d'étape sur les travaux de la commission de l'organisation et de la permanence des soins.

M. AIGRAIN présente le **contexte** dans lequel a été réalisé le travail collectif du groupe du personnel médical.

a) Les acquis de la précédente CME

M. AIGRAIN tient tout d'abord à rendre hommage au travail réalisé par le groupe du personnel médical de la précédente CME, animé par M. KIEFFER.

Ce dernier a réalisé un constat qui comprend d'une part une analyse précise des gardes médicales montrant une grande disparité selon les sites, et d'autre part des recommandations pour une réorganisation qui ont été transmises aux hôpitaux. Cependant la réduction du nombre de gardes est restée faible.

Le travail engagé à l'AP-HP doit donc être poursuivi en concertation avec les collégiales.

Par ailleurs, la précédente CME avait procédé à une analyse fine de l'activité opératoire de garde en chirurgie orthopédique et en chirurgie viscérale. Compte-tenu des dispositions réglementaires nouvelles concernant le temps de travail des chirurgiens, des mutualisations d'activités opératoires en garde ont été organisées entre les hôpitaux Bichat et Beaujon et entre les hôpitaux Raymond Poincaré et Ambroise Paré pour les gardes en orthopédie et une expérimentation d'organisation de ce type a été lancée entre les hôpitaux Antoine Béclère et Bicêtre qui ne donne pas satisfaction aux intéressés.

b) Les effets d'une faible activité de garde

Une faible activité de garde produit peu de points d'indices statistiques d'activité (ISA) et parallèlement consomme beaucoup du temps de travail des personnels médicaux et paramédicaux. Compte-tenu de l'instauration du repos de sécurité et de l'intégration de la garde dans le temps de travail, elle engendre, de surcroît, une perte de main d'oeuvre le jour suivant la garde.

L'orateur estime qu'une garde peu active peut contribuer à mettre en péril l'ensemble de l'activité chirurgicale d'un site.

c) Les modalités choisies pour avancer

Par le passé, ce dossier n'a pas progressé plus rapidement car il est souvent fait état du risque que la mutualisation des activités opératoires en garde ferait peser sur la prise en charge de l'urgence vitale. C'est pourquoi le GPM s'est intéressé en premier à la réorganisation de la prise en charge des urgences vitales dont l'épidémiologie est connue et qui est en grande partie pré-réglée.

L'objectif poursuivi par le GPM est, à travers cette réorganisation, d'augmenter le temps médical disponible au bénéfice de l'activité chirurgicale programmée.

M. CARLI intervient à son tour pour expliquer **le projet de réorganisation**.

Le schéma proposé confirme-t-il, concerne la prise en charge en garde des polytraumatisés et des urgences vitales.

a) La logique du choix de cette première cible

Les polytraumatisés et les urgences vitales constituent une population limitée et en grande partie pré-réglée, comme l'a expliqué M. AIGRAIN, par le SAMU et les SMUR.

Cette population nécessite des soins importants et constants, à des horaires où cette prise en charge est coûteuse en moyens humains, plus chère, et elle fait appel à des compétences transversales et pluridisciplinaires (radiologie, anesthésie-réanimation, etc...). Par ailleurs, selon la littérature médicale, l'amélioration du pronostic de ces malades dépend d'une prise en charge par un petit nombre d'équipes spécialisées.

b) L'évaluation de la cohorte

La cotation de la médicalisation sur système d'information (MSI) est imparfaite pour cette évaluation car elle ne prend en compte que les patients survivant plus de vingt quatre heures.

L'évaluation par les services prenant en charge ces malades situe le nombre de patients à environ 2 000 par an. Elle fait apparaître un recrutement provenant hors Paris et la première couronne. Beaucoup de polytraumatisés ne nécessitent pas d'acte chirurgical immédiat. L'activité des blocs opératoires liée à ces urgences est faible pendant la garde, surtout en deuxième partie de nuit. La répartition de l'activité opératoire de nuit est très inégale selon les hôpitaux.

c) Le projet CAPTUR (centralisation de l'accueil des polytraumatisés et des urgences)

Son objectif est, pour chaque GHU, de rassembler la garde pour la prise en charge des polytraumatisés, des blessés graves et des urgences vitales sur un site (exceptionnellement deux). Autour de ces sites serait bâti un schéma stratégique de prise en charge des autres urgences chirurgicales opératoires non immédiatement vitales.

Pour déterminer le site de prise en charge des polytraumatisés et des urgences vitales, un appel d'offres sera lancé au sein de chaque GHU. L'établissement volontaire candidat s'engagera par contrat, pour l'ensemble de sa collectivité médicale, à disposer d'une organisation adaptée (plateau technique ; ressources médicales et paramédicales pour assurer les gardes en chirurgie, en anesthésie-réanimation, en radiologie), d'une unité de réveil et de réanimation, de blocs opératoires, d'un secteur d'imagerie performant. L'hôpital doit également disposer de moyens humains et en lits pour hospitaliser les patients dans les jours suivants l'intervention. La soumission à l'appel d'offres constitue l'engagement d'accepter la totalité des patients présentés par les SAMU dépendant de l'AP-HP, sans possibilité de refus ou de transfert. Cet engagement implique aussi de libérer les lits nécessaires en réanimation et en chirurgie et d'accepter éventuellement le renfort d'équipes médicales extérieures.

Enfin, l'engagement couvre l'acceptation d'un dispositif d'évaluation quantitatif et qualitatif.

Autour de l'hôpital chargé des urgences vitales et des polytraumatisés, un schéma d'organisation des autres urgences devra être élaboré par GHU. Il comprendra donc en sus de l'hôpital CAPTUR, des hôpitaux dotés d'un service d'accueil d'urgence (SAU) sans activité chirurgicale de garde, des hôpitaux SAU prenant en charge des urgences non vitales, enfin le SAMU et les SMUR.

Pour assurer les transferts inter-hospitaliers qui devraient être limités mais existeront, les hôpitaux feront appel aux SAMU et aux transports infirmiers inter-hospitaliers sécurisés (TISS) actuellement expérimentés au SAMU de Paris.

Ce schéma implique :

- une adaptation de la prise en charge des urgences de chirurgie générale dans les SAU en redéfinissant le rôle des médecins urgentistes, les astreintes chirurgicales, le report d'intervention au lendemain, la gestion des transferts ;
- l'intégration de ce qui existe : gardes mutualisées, gardes centralisées ;
- une organisation assurant les urgences non vitales pendant la garde.

d) Une démarche volontariste de la communauté médicale

Pour l'obtenir, il s'agit d'abord de répondre aux questions des professionnels pour vaincre leurs réticences :

M. CARLI a listé trois séries de questions auxquelles il propose les réponses suivantes :

- Concernant les risques résultant de l'arrêt des opérations de nuit :
 - il ne devrait pas y avoir de perte de recrutement puisque les listes d'attentes pour les opérations non urgentes s'allongent chaque jour à l'AP-HP ;
 - le service ne perdra pas d'internes ou de CCA car il peut consacrer des lits ou une salle aux urgences de jour, ou engager une collaboration avec le site de garde pour y envoyer les internes qui souhaitent assurer des gardes ;
 - l'incidence de cette réorganisation sur la rémunération des CCA doit être analysée objectivement en considérant que leur traitement a fait l'objet récemment d'une revalorisation substantielle et qu'ils auront la possibilité de réaliser des gardes de nuit dans le site retenu ;
 - les moyens en personnels soignants ne seront pas réduits pour l'instant, en accord avec les directions concernées, et seront ensuite maintenus si l'activité médicale programmée augmente et justifie leur maintien.
- Concernant les bénéfices résultant de la nouvelle organisation, ils sont de cinq ordres. Ne plus opérer la nuit permet :
 - une organisation du travail plus souple ;
 - des facilités pour respecter la réglementation sur le temps de travail ;
 - du temps de travail disponible pour les activités de jour ;
 - une meilleure optimisation des plateaux techniques ;
 - globalement une augmentation de l'activité.

- Concernant les services qui reçoivent déjà des polytraumatisés et qui souhaitent soumissionner à l'appel d'offres, la réorganisation préconisée permettra de :
 - rentabiliser les moyens investis en augmentant leur productivité ;
 - faire reconnaître et valoriser cette activité en interne ;
 - améliorer les soins aux polytraumatisés ;
 - mieux faire valoir à l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) et au ministère la contribution de l'AP-HP à la prise en charge de malades lourds venant de l'ensemble de l'Ile de France, et ce notamment dans le cadre de la T2A et de l'enveloppe MIGAC.

e) Le calendrier

Ce projet sera présenté aux collégiales en décembre 2003.

En janvier 2004 aura lieu l'appel d'offres CAPTUR.

En février 2004 les centres CAPTUR seront désignés.

En février – mars 2004 seront élaborés les schémas de GHU.

En avril 2004, le dispositif pourrait être mis en place.

Le **président** ouvre la discussion en complimentant les orateurs et souhaite que le calendrier proposé soit respecté afin que le dispositif soit en place pour l'accueil des nouveaux internes.

La CME apportera totalement son aide pour permettre cette restructuration.

Puis, il passe la parole aux membres de la CME.

M. DEBRE après avoir félicité les auteurs du rapport, indique qu'il est effectivement important pour leur formation que les internes et les chefs de clinique puissent participer à l'activité des centres chargés des urgences vitales. Cependant, s'ils le font, ce seront les services d'accueil des internes qui auront alors des difficultés de gestion de leur temps de travail.

Le **président** trouve l'observation juste mais souligne que la situation sera au pire égale à celle de maintenant et sera le plus souvent améliorée.

M. LAPANDRY s'associe aux éloges des membres de la CME sur le travail présenté. Puis, il demande si ce dispositif qui s'applique parfaitement à Paris intra-muros concerne les hôpitaux de la première couronne. En effet, ces derniers se sont engagés, notamment en Seine-Saint-Denis, dans des groupes de travail avec les hôpitaux généraux de leur département pour envisager une mutualisation des activités opératoires pendant la garde. Si le projet AP-HP aboutit, les hôpitaux Jean Verdier et Avicenne ne pourront pas être engagés sur deux réformes à la fois, une dans l'AP-HP, l'autre avec l'agence régionale. Il paraît donc important de présenter très vite le projet CAPTUR à l'ARH-IF pour qu'il serve éventuellement de base d'organisation ou tout au moins que les projets tiennent compte de CAPTUR.

M. AIGRAIN adhère à cette observation.

M. CARLI intervient pour rappeler que les patients graves traités au sein des hôpitaux de l'AP-HP et qui proviennent de la deuxième couronne sont transférés souvent dans les hôpitaux de l'AP-HP par les SAMU départementaux dès que la situation devient difficile. Cependant, cet effort de l'AP-HP est peu reconnu, puisque la tendance des hôpitaux hors AP-HP est de dénoncer le grand nombre d'équipes de garde de l'institution et son coût élevé.

M. NORDLINGER complimente à son tour les auteurs de ce travail.

Il fait part de l'attitude circonspecte du collège des chirurgiens généraux et digestifs à qui il a présenté le projet. Ces derniers expriment des craintes pour les services ne participant pas au dispositif d'urgence, auxquelles M. CARLI a apporté des réponses lors de son exposé. Il faudra donc continuer à être explicatif et convaincant.

Par ailleurs, il demande si l'appel d'offres envisagé portera uniquement sur la prise en charge des urgences vitales ou intégrera d'emblée celles qui ne sont pas immédiatement vitales.

L'appel d'offres, répond **M. CARLI** porte sur les urgences vitales, car seules les structures destinées aux polytraumatisés font l'objet de références scientifiques précises. Cependant, le schéma ne sera complet que s'il est possible d'y engager les gardes pour la prise en charge des urgences non vitales. Cette partie du schéma doit faire l'objet d'une réflexion par les composantes de chaque GHU et d'un choix. En effet, pour le moment, tous les hôpitaux de court séjour sont volontaires pour recevoir les urgences non vitales, ils disposent de personnels compétents et sont équipés pour opérer la nuit. Il s'agit maintenant de s'interroger sur une utilisation plus optimale des moyens.

M. DECQ demande si le modèle de la grande garde de neurochirurgie ne pourrait être appliqué pour la prise en charge des polytraumatismes, ce qui serait une source d'économie de garde et de moyens, par rapport au modèle d'une garde quotidienne. Il souligne également l'importance d'une concertation sur l'organisation de la prise en charge des polytraumatismes avec l'organisation de la grande garde de neurochirurgie, en terme de disponibilité des neurochirurgiens et des neuroradiologues.

M. CARLI explique que les polytraumatisés ne sont pas opérés en neurochirurgie en urgence car il s'agit en premier de faire face à la détresse hémodynamique. Par ailleurs, le SAMU orientera le petit nombre de patients qui le nécessiteront vers un centre disposant d'un support neurochirurgical.

Il reste cependant indispensable d'intégrer dans ce dispositif la grande garde de neurochirurgie.

M. PATERON approuve pleinement les principes de ce schéma notamment pour la prise en charge des polytraumatismes. Il émet cependant certaines observations concernant les urgences non vitales. L'organisation des moyens les concernant devrait donner lieu à la même démarche et, dans ce cadre, les SAU ont un rôle essentiel à jouer.

Il est nécessaire que les centres retenus (notamment s'il n'y en a qu'un par GHU) non seulement mutualisent les moyens d'activité opératoire nocturne, mais aient également le devoir d'assurer l'ensemble de l'activité en tant que centre référent.

Par ailleurs, il estime que la suppression de la garde dans certains hôpitaux posera un problème à l'égard de l'accueil des urgences non vitales (nombreuses en soirée et le week-end) et en ce qui concerne l'implication des services de chirurgie pour l'accueil des urgences. En effet, dans certains cas, le chirurgien de garde participe encore directement à l'accueil et dans tous les cas, il reste un référent pour prendre les décisions et orienter après le premier avis des urgentistes. Une suppression de la garde chirurgicale impliquera le renforcement de la seniorisation de l'accueil des urgences.

La démarche engagée lui semble importante mais elle ne se fera pas sans l'implication des médecins des SAU pour organiser et adapter les pratiques.

Pour **M. FAGON**, la pertinence de ce projet vient de ce qu'il opère une classification par niveau de gravité et non plus par discipline et de ce qu'il propose de s'engager dans le dispositif par appel d'offres. Cette première phase va conditionner le reste du dispositif. Il faut donc bien déterminer ce qui constitue une urgence vitale. Il lui semble également utile de mettre en place des règles du jeu pour que les centres qui n'assureront plus d'activité d'urgences puissent augmenter leur activité programmée et ne soient pas pénalisés.

M. LACAU ST GUILY demande à son tour que l'on ne perde pas de vue l'évaluation des moyens quantitatifs et qualitatifs qui seront nécessaires aux centres qui n'auront plus d'activité opératoire la nuit et qui devront cependant disposer de praticiens compétents pour réaliser des diagnostics et prendre des décisions au cours de la nuit.

Mme PALAZZO regrette que ce projet très séduisant ne dispose pas d'un chiffrage des moyens humains nécessaires.

Le **président** rappelle qu'il s'agit d'un rapport d'étape.

M. CARLI précise que ce rapport a nécessité un travail important, ne serait-ce que pour collecter des informations très diverses. Il permet de dégager des principes d'organisation allant vers une utilisation plus optimale des moyens. Le chiffrage précis sera fait ultérieurement par des spécialistes. Cependant, à première vue, il pense que la réalisation du projet peut induire des économies importantes.

Sensible aux observations du vice-président et de **M. PATERON**, il pense que l'attention devra surtout être portée sur les services qui accueillent les urgences avec de faibles moyens. Cependant, la question à résoudre en priorité reste celle des moyens nécessaires pour faire fonctionner le dispositif de prise en charge des urgences. Sont-ils et seront-ils suffisants dans l'avenir pour faire fonctionner le système actuel sachant qu'un seul patient par GHU est opéré chaque nuit ? La réponse à l'urgence chirurgicale dans les hôpitaux ne disposant plus de garde chirurgicale passe par un développement de la compétence chirurgicale des urgentistes. Ainsi cette année, dix chirurgiens étrangers ont été recrutés pour renforcer les urgences et les faire profiter de leur compétence chirurgicale. Enfin, il est toujours possible de faire appel à des chirurgiens d'astreinte.

M. HOUSSIN indique que l'administration soutient l'ensemble de ce projet judicieux et aidera à le mettre en place. Il souligne que les moyens dégagés par cette réorganisation auront vocation à être réalloués pour permettre l'augmentation d'activité que certains services ne peuvent aujourd'hui développer faute de moyens suffisants.

Il faut élargir ce travail pour parvenir à réorganiser le traitement chirurgical de l'ensemble des urgences dans le cadre du calendrier annoncé, avec l'échéance du mois de mai 2004.

Par ailleurs, la constitution de réseaux d'urgence au sein des GHU devrait permettre aux services plus spécifiquement consacrés à l'activité programmée ou à l'activité de greffe de participer, notamment via les chefs de clinique et les internes, à la prise en charge du traitement des urgences chirurgicales.

Le **président** clôt cette discussion en annonçant que le projet définitif sera soumis à l'instance en février ou mars 2004.

III - Projet de décision modificative n° 3 pour l'année 2003.

La **directrice générale** introduit le sujet en évoquant l'approbation unanime du plan Equilibre par les membres votants de la CME lors de sa précédente séance.

Elle rappelle que le ministère de la santé conditionne au vote de ce plan par le conseil d'administration, la concrétisation du rebasage du budget de l'AP-HP dès l'année 2003 par une troisième décision modificative et dès l'année 2004 au sein du budget primitif. Elle confirme que la DM3 qui sera présentée à la prochaine réunion du conseil d'administration, intègre un rebasage d'un montant de 35 millions d'euros en 2003.

Puis à une question de **M. CHAUSSADE, Mme VAN LERBERGHE** redit qu'il s'agit d'un rebasage progressif et pérenne du budget. Dans quatre ans, la base de celui-ci comprendra durablement 230 millions d'euros supplémentaires. Mais actuellement les dépenses de l'AP-HP, supérieures aux recettes, évoluent plus rapidement que ces dernières. Dès lors, l'accès à l'équilibre budgétaire à l'horizon 2006 nécessite une progression des recettes de 230 millions d'euros concomitamment à un ralentissement de l'évolution à la hausse des dépenses de 240 millions d'euros.

De plus, le basculement complet dans la tarification à l'activité intervenant dans quelques années, l'augmentation de l'activité médicale se révèle primordiale. L'application aujourd'hui de la T2A engendrerait une baisse des recettes de l'ordre de 400 millions d'euros. L'AP-HP doit donc simultanément réduire ses coûts et accroître son activité médicale.

M. CORIAT souhaite connaître la date de notification des crédits alloués à la réduction du temps de travail du personnel médical, pour le reliquat de l'enveloppe de l'année 2003 d'une part et pour l'année 2004 d'autre part. Il estime utile d'informer les hôpitaux de l'état d'avancement de ce dossier afin que la révision des effectifs des personnels médicaux en cours, se déroule sur la base de postes budgétés.

L'attribution de la tranche conditionnelle pour 2003 a été subordonnée à des efforts de réorganisation des établissements rappelle **M. ANTONINI**. Des discussions se tiennent actuellement dans le cadre des conférences budgétaires pour les quatre ou cinq sites qui n'ont pas encore bénéficié de cette attribution car ils n'ont pas atteint les objectifs de réorganisation.

Il confirme l'existence de la tranche pour 2004 mais n'en connaît pas le montant ; le débat porte sur le choix d'un financement sur la seule année 2004 ou sur les deux prochaines années.

Mme PANNIER signale que la décision doit faire l'objet d'un arbitrage au niveau du ministère et **Mme VAN LERBERGHE** ajoute que les instructions budgétaires seront immédiatement transmises aux hôpitaux dès que l'administration les connaîtra.

M. RYMER demande si la somme économisée par l'AP-HP grâce à la dotation allouée par le ministère pour financer la première année de consultanat permettra la création de postes de praticiens hospitaliers. Par ailleurs, les pistes mentionnées dans le Plan Equilibre pour réaliser des économies tout en augmentant l'activité médicale s'imposent-elles aux hôpitaux ou les comités consultatifs médicaux (CCM) disposent-ils de la possibilité de choisir les pistes eux-mêmes, sans naturellement remettre en question l'objectif du Plan Equilibre. Les hôpitaux devraient ainsi sélectionner les secteurs à rationaliser en priorité qu'ils soient cliniques ou médico-techniques.

La dotation finance partiellement les dépenses liées au consultanat, intervient **M. HOUSSIN**. Il précise qu'afin de parvenir à l'équilibre, le budget dégagé par ce crédit n'a pas été automatiquement attribué pour permettre la création d'emplois supplémentaires.

L'esprit général du plan de retour à l'équilibre, poursuit l'orateur, consiste à réallouer les moyens afin de soutenir les activités cliniques. Cependant, lorsqu'il apparaît préférable d'accomplir des économies dans un service clinique, il convient de n'adopter cette démarche qu'après avoir examiné toutes les possibilités d'une réallocation des moyens utiles à l'accroissement de l'activité clinique.

A une question de **Mme BOILEAU** relative aux crédits fléchés pour l'activité de génétique inscrits en DM2, **Mme DARRIEU** fait connaître que le ministère a accordé des crédits complémentaires à l'AP-HP après la diffusion dans les hôpitaux par la direction économique et financière des notifications de crédits de la DM2. Les régularisations interviendront avant la fin de l'année 2003 pour les activités déjà commencées et les crédits seront notifiés dans le cadre du budget primitif 2004 pour les autres activités.

Mme BOILEAU observe que les crédits fléchés sur la génétique sont affectés à des laboratoires de référence de l'AP-HP qui réalisent déjà cette activité. Elle ajoute que ces crédits fléchés représentent plus de un million d'euros pour l'AP-HP.

IV - Projet de retrait de l'AP-HP du syndicat inter-hospitalier centre de protonthérapie d'Orsay.

La parole est donnée à **M. PEDOUSSAUT** pour expliquer le contexte du retrait de l'AP-HP du syndicat inter-hospitalier (cf. document remis aux membres de la CME).

Après avoir évoqué la création et le statut du centre de protonthérapie d'Orsay, il indique que la mission du CPO consiste à réaliser en ambulatoire des traitements ophtalmologiques et des traitements intracrâniens par faisceau de protons.

Le projet des autorités de tutelle du CPO et de son conseil d'administration de développer ces activités médicales vers d'autres parties du corps, induit des modifications structurelles évaluées à 25 millions d'euros ainsi qu'un changement de statut du centre. Celui-ci et l'ARH ont envisagé de confier à l'un des établissements participant au syndicat, la gestion du centre. Les instituts Gustave Roussy et René Huguenin ont décliné la proposition. Pour sa part l'AP-HP a fait connaître de sa préférence pour la création d'un centre national.

L'institut Curie s'étant déclaré favorable à la reprise du CPO, le conseil d'administration de ce dernier a voté la dissolution du syndicat inter-hospitalier et le transfert de l'activité et des biens vers l'institut Curie. Il est demandé à chaque participant du syndicat de faire délibérer son conseil d'administration sur son retrait, la décision finale de dissolution du syndicat appartenant au directeur de l'ARH.

Le **président** ouvre la discussion.

Pour avoir par le passé défendu les intérêts des oncologues et des radiothérapeutes et occupé le siège de premier président de la CME du CPO, **M. BERNAUDIN** livre sa tristesse et son irritation devant ce projet.

Innovation thérapeutique importante, l'application de la protonthérapie, qui concerne aujourd'hui les tumeurs de l'œil et les tumeurs de la base du crâne, peut être envisagée dans de nouveaux domaines comme celui des tumeurs de la prostate.

Le CPO constitue un fleuron et l'institut Curie a choisi de se porter garant d'un prêt de 25 millions d'euros à la reprise de cette activité car l'outil fonctionne sans déficit et permet de mener une recherche novatrice.

Le rapport sur le sujet établi par le comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques, poursuit l'intervenant, mentionne que le CPO exerce une vocation de niveau national, ce qui ne signifie pas pour autant la nécessité d'une gestion au niveau national puisque l'institut Curie assume seul désormais la responsabilité de l'outil.

Il est impossible de revenir sur le processus engagé, conclut M. BERNAUDIN. Néanmoins, il considère que l'AP-HP devrait exiger un contrat avec l'institut Curie portant sur le traitement de ses patients par protonthérapie prévenant pour l'avenir une prise en charge préalable de ces patients par l'institut. De plus, selon lui, un conseil scientifique spécifique à cet outil d'innovation, comprenant des représentants des quatre partenaires initiaux, devrait être institué.

Pour M. FRAU, l'AP-HP représente le premier prescripteur du CPO en matière de traitements neurochirurgicaux ; cette activité devient prépondérante en terme de nombre de faisceaux. En outre, laisser le monopole à l'institut Curie du traitement des cancers de l'œil, lui semble grave à plusieurs titres.

D'abord au plan de l'activité, car pour apprécier l'activité réelle de l'AP-HP il convient de prendre en compte non seulement celle réalisée à l'Hôtel Dieu mais aussi celle assurée par l'institut Gustave Roussy, ce dernier bénéficiant d'accords contractés avec l'hôpital du Kremlin-Bicêtre. L'AP-HP est devenue le deuxième centre ophtalmologique anti-cancéreux de France et recrute des patients en provenance de l'Europe et du centre national des Quinze Vingt.

Puis au plan universitaire, il faut craindre une disparition de l'activité d'enseignement puisque l'institut Curie ne forme pas d'interne. Or, les tumeurs de l'œil constituent une maladie rare, la seule mortelle en ophtalmologie. A cet égard, il est important de pouvoir dispenser une formation en ophtalmologie générale aux internes, complétée par un enseignement en ophtalmo-oncologie. Le seul moyen de traiter la tumeur se fonde sur un dépistage précoce qui nécessite de bien former les internes.

M. CORIAT s'intéresse au devenir des praticiens hospitaliers du CPO. M. PEDOUSSAUT précise que le personnel non-médical sera rattaché à l'hôpital public d'Orsay et les emplois du personnel médical pourront être reversés à l'AP-HP qui mettra à disposition de l'institut Curie les médecins affectés sur ces emplois.

Pour sa part, M. HOUSSIN rappelle que l'AP-HP n'était que l'un des quatre partenaires du syndicat inter-hospitalier et que l'évolution des organisations régionales rend cette opération utile. Cependant, l'AP-HP ne se trouvant pas totalement hors du projet, il sera attentif au fait que les attentes des équipes de soins ou de recherche de l'AP-HP soient prises en compte. Par ailleurs, l'institution s'est engagée dans un partenariat avec les différents centres de lutte contre le cancer de la région qui se matérialisera dans le cadre du cancéropole et aussi des structures qui vont se construire.

La période actuelle se caractérise par des contractualisations entre les centres de lutte contre le cancer et l'AP-HP, conclut le **vice-président**. L'AP-HP doit mener les négociations en sachant faire valoir qu'elle compte un grand nombre de patients et une valeur ajoutée essentielle.

V - Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT développe le dossier relatif aux fiches de missions et structure examinées favorablement par le groupe des structures.

A) Fiches sans débat important.

Bicêtre :

- *Modification du règlement intérieur de la fédération de gestion commune de chirurgie ambulatoire.*
- *Création d'une fédération de gestion commune de rééducation.*

Armand Trousseau :

- *Modification de l'unité fonctionnelle médico-judiciaire pédiatrique, rattachée au service de neuropédiatrie – pathologie du développement, en unité fonctionnelle « unité médico-judiciaire pour mineurs victimes », visant à scinder les activités et*
- *Création d'une unité fonctionnelle d'accueil et de prise en charge des jeunes victimes (UAJV) rattachée au service de chirurgie viscérale infantile et néonatale.*
- *Modification de la FGC de médecine légale clinique inter-hospitalière.*

B) Fiches avec débat.

Antoine Béclère :

- *Révision du service de pédiatrie et réanimation néonatales au départ à la retraite du Pr DEHAN le 1^{er} septembre 2004.*

M. MADELENAT fait connaître qu'en l'absence de candidat à la succession de la chefferie de service, l'hôpital a proposé d'y maintenir l'actuel chef de service sur la base de l'emploi de consultant qu'il occupera à compter du 1^{er} septembre 2004. Le groupe des structures a refusé cette option en raison du précédent que créerait une telle situation.

En outre, le groupe a demandé au GHU de lui fournir des précisions sur le projet de création d'une maternité et d'un service de néonatalogie à l'hôpital Bicêtre ainsi que sur la délocalisation des praticiens de la maternité de l'hôpital Saint Vincent de Paul et sur la poursuite de l'activité de l'hôpital Jean Rostand.

Pitié-Salpêtrière :

- *Création d'une fédération de gestion commune de biologie des urgences par suppression du service de biologie d'urgences au départ à la retraite du Pr GUILLOSSON le 1^{er} septembre 2002.*
- *Création d'une unité fonctionnelle de biochimie des urgences rattachée au service de biochimie B hors CHU.*
- *Création d'une unité fonctionnelle d'hématologie biologique rattachée au service « laboratoire central d'hématologie ».*

L'objectif de cette opération consiste à créer un seul service de biochimie, précise le rapporteur.

- *Suppression de la fédération de gestion commune de neuroradiologie et du service de radiologie 4 orienté en neuroradiologie à la mutation du Pr MARSAULT à l'hôpital Tenon.*
- *Modification du service de radiologie 3 orienté en neuroradiologie, par regroupement de toutes les activités de neuroradiologie dans le service de neuroradiologie du Pr CHIRAZ.*

A l'occasion de cette mutation, il est proposé de réunir les sites pratiquant la neuroradiologie.

Hôtel Dieu – Georges Pompidou – Cochin Saint Vincent de Paul :

Sous réserve de l'avis du CCM de l'hôpital européen Georges Pompidou prévu le 9 décembre 2003, de celui du CCM de Cochin Saint Vincent de Paul prévu le 11 décembre 2003 et de celui de l'Hôtel Dieu.

- *Modification du rattachement de l'unité fonctionnelle d'hépto-gastro-entérologie située à l'Hôtel Dieu par*
- *Suppression du rattachement de cette unité fonctionnelle au service d'hépto-gastro-entérologie de l'hôpital européen Georges Pompidou.*
- *Rattachement de cette unité fonctionnelle au service d'hépto-gastro-entérologie de Cochin – Saint Vincent de Paul.*

Au regard du projet médical du groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul, il semble logique de rattacher cette unité fonctionnelle au service d'hépto-gastro-entérologie de l'hôpital Cochin. Toutefois, explique M. MADELENAT, dans l'état actuel des choses, la nomination d'un hospitalo-universitaire responsable de l'unité fonctionnelle ne paraît pas opportune pour l'instant.

Puis, la parole est donnée à **M. LE HEUZEY** chargé de discerner les compétences de la CME susceptibles de délégation aux CCM et de redéfinir la méthodologie d'élaboration des fiches de missions et structure. A cet effet, il a soumis au groupe des structures un document issu de cette étude actuellement en cours de finalisation avec Mmes BRAILLY-TABARD et CHARPIOT ainsi que M. FAGON.

M. de PROST annonce que ce document sera prochainement examiné en CME et que le groupe du personnel médical travaille également sur la déconcentration des prérogatives de la CME.

Il ajoute qu'une première tranche de délégation des compétences de la CME aux CCM fera l'objet d'une présentation devant l'instance dans les mois à venir.

Puis, il met aux voix le dossier des fiches de missions et structure qui reçoit l'aval unanime des membres moins 2 abstentions.

VI - Avis sur les emplois vacants de praticiens hospitaliers.

Le **président** rappelle que plusieurs modalités donnent accès aux postes de praticiens hospitaliers notamment par le redéploiement des postes de PH nommés PU-PH ou lorsque des PH quittent leur poste.

M. ANTONINI indique qu'il s'agit aujourd'hui de traiter du redéploiement des emplois indépendamment des propositions formulées par les hôpitaux d'ici la séance de décembre de la CME au cours de laquelle l'affectation définitive des emplois sera prononcée. En outre, dans un certain nombre de cas, l'avis concernant le maintien des postes n'a pu être recueilli car le départ des titulaires des postes a été connu postérieurement à la réunion de l'instance compétente. Aussi, est-il nécessaire de laisser aux hôpitaux la faculté de contre-argumenter.

Puis il procède à la lecture du dossier remis aux membres de la CME et commente certaines propositions.

1- Révision des effectifs au titre de l'année 2004 : PH et PH-TPA nommés PU-PH ou MCU-PH.

Deux des douze emplois à temps plein proposés cette année ne font pas l'objet d'un redéploiement mais d'une demande de maintien dans le service :

- l'emploi en médecine physique et de réadaptation à Charles Foix – Jean Rostand ;
- l'emploi en radiologie, orientation neuroradiologie à Lariboisière – Fernand Widal ;

2- Emprunts d'emplois de PH et de PH-TPA depuis 1998.

Les emprunts d'emplois concernent d'éventuels retours d'emplois venant en déduction des emplois utilisables dans la révision actuelle.

- La discipline d'anesthésie a accepté de prolonger d'un an les prêts réalisés lors des années précédentes et s'est engagée à aider la révision des effectifs en prêtant trois postes supplémentaires.
- En biologie, un prêt à Saint Antoine au service d'histologie-embryologie-cytogénétique est proposé en redéploiement définitif.
- En chirurgie, la demande de restitution d'un poste à temps partiel en chirurgie cardio-vasculaire à Tenon a été reportée en raison de la situation actuelle du service.

M. LACAU ST GUILY observe que l'hôpital Tenon se trouve stratégiquement engagé dans l'activité de chirurgie thoracique.

L'emploi emprunté par la chirurgie vasculaire et thoracique de l'hôpital Beaujon est reporté sachant que la demande de restitution avait déjà été formulée l'an passé.

La dernière demande de restitution dans cette discipline concerne un poste de neuro-chirurgie à Lariboisière – Fernand Widal.

- En médecine, seul le service d'anatomie et cytologie pathologique à Robert Debré est concerné par un redéploiement.

3- Restitution d'emplois de PH et de PH-TPA vacants.

- En biologie, seule la proposition du maintien de l'emploi dans le service d'hématologie biologique B du groupe hospitalier Broussais – Georges Pompidou corrélé à la possibilité de le réserver au titre de poste d'accueil d'un praticien concerné par une opération de restructuration, suscite un échange de points de vue.

Selon **M. FAGON**, le sujet consiste à déterminer l'existence ou non d'un besoin hospitalier. En outre, mentionner qu'un poste n'est ouvert qu'à un éventuel candidat de l'AP-HP s'oppose au principe de mobilité.

M. TULLIEZ signale que les deux services d'hématologie biologique de Georges Pompidou ont un encadrement médical très solide en hémostase mais insuffisant pour assurer l'hématologie cellulaire et les conseils diagnostics et thérapeutiques dans les services. Ceci justifie la demande de maintien du poste vacant et nécessite le recrutement d'un biologiste médecin.

En raison des difficultés rencontrées avec les praticiens provenant de l'établissement français du sang, **Mme LE MAIGNAN** juge pertinent d'examiner cette possibilité.

Le **président** conclut que le contexte nécessite des adaptations.

- En chirurgie, il est prévu d'emprunter pour une durée de un an l'emploi vacant dans le service de chirurgie pédiatrique B à orientation orthopédique et plastique de Cochin – Saint Vincent de Paul.

M. ANTONINI explique que l'emploi sera restitué à ce service en 2005 quelles que soient les orientations à venir de ses activités.

Il est souhaitable, intervient **M. AIGRAIN**, de conditionner le retour de l'emploi à une réorganisation des activités de chirurgie pédiatrique et à une définition claire des missions de l'hôpital Saint Vincent de Paul, ajoute **M. CORIAT**.

- En médecine, à Necker – Enfants Malades, le maintien d'un emploi dans le service d'hématologie clinique adultes a fait l'objet d'un débat identique à l'an dernier, au sein de l'intergroupe.

M. ANTONINI précise que le service de thérapie cellulaire sera individualisé et que les effectifs des activités cliniques concordent avec ceux des services comparables de l'AP-HP.

Le **président** observe que les effectifs du service clinique ne doivent pas inclure ceux consacrés à la thérapie cellulaire ou à la transfusion. De plus, ce service connaît une charge de travail justifiant pleinement le maintien du poste.

Les propositions suivantes de maintien ou de redéploiement de postes ne soulevant aucune remarque, M. de PROST soumet la liste des emplois vacants de praticiens hospitaliers à l'assentiment de l'assemblée qui se prononce favorablement à l'unanimité.

La liste exhaustive des propositions validées par la CME est jointe en annexe du présent compte-rendu.

Après le vote, **M. SCHLEMMER** revient sur le sujet pour le situer dans un cadre plus large.

Selon lui, tandis que l'instance débat des réorientations stratégiques de l'institution ou du rôle des CCM par rapport à la CME, la procédure de la révision des emplois vacants de praticiens hospitaliers n'accorde aucun espace pour des réflexions stratégiques préalables ; les considérations émises par les hôpitaux ne sont pas toujours prises en compte. Aussi, au regard des évolutions de l'AP-HP souhaitées par la communauté médicale et dans le but d'assurer la cohérence entre la révision des emplois et les orientations stratégiques des hôpitaux ou des GHU, il estime que la CME doit intégrer ces considérations dans les réflexions menées en son sein et avec la DPM.

Pour le **président**, ce propos mérite un examen approfondi mais tant que la CME ne dispose pas d'une stratégie globale, dessinée dans le cadre des GHU, on ne peut guère procéder différemment. Partisan de la délégation aux CCM, il pense néanmoins que la CME doit se réserver la possibilité de redéployer des postes de praticiens hospitaliers.

La création des GHU étant récente, intervient **M. HOUSSIN**, intégrer aujourd'hui ce nouvel échelon dans la procédure de la révision des effectifs s'avérerait complexe, mais l'idée mérite qu'on la retienne. Dans la réflexion à venir sur ce point il convient de prendre en compte l'échelon de l'hôpital, du GHU, l'échelon central et aussi les différentes disciplines.

Par ailleurs, l'utilisation de la ressource humaine dans l'orientation des activités constituera un élément d'analyse du plan stratégique.

Pour sa part, **M. MADELENAT** constate pour le déplorer, la multiplication des procédures de redéploiements internes aux hôpitaux. Cette pratique amène à réduire l'effectif de certains services pour lesquels l'année suivante les responsables des hôpitaux concernés soutiennent le maintien d'un emploi voire une création de poste au motif de la pénurie d'effectif à laquelle ils ont contribué.

En outre, il apparaît que ce principe, s'il se généralise, obérerait totalement le système de récupération des postes vacants et leur redéploiement au niveau de l'institution. Quant à la mémoire de ces mouvements internes, elle sera à l'avenir toujours plus incertaine.

VII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI indique que l'essentiel du dossier comporte des avenants à des contrats initiaux. Ces avenants trouvent leur justification dans le rétablissement du droit d'option des praticiens à percevoir directement les honoraires afférents à l'activité libérale.

Les renouvellements, les nouveaux contrats et les avenants aux contrats d'activité libérale soumis à l'instance sont approuvés par 16 voix ; 2 membres votent contre et 8 s'abstiennent.

VIII - Information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles.

Les membres de la CME ont reçu l'information sur la désignation et le renouvellement de responsables d'unités fonctionnelles au travers du document qui leur a été transmis à cet effet.

IX - Questions diverses.

Les internes.

Regardant toute la communauté médicale et soulevé depuis longtemps en CME, le **président** aborde le sujet des internes pour lequel il a demandé une étude interne à l'instance.

Il évoque une lettre dont il approuve la teneur, adressée au ministre de la santé par un certain nombre de médecins à l'issue d'une réunion avec la direction départementale de l'action sanitaire et sociale consacrée à la répartition des postes d'internes. La situation épineuse trouve son origine dans l'attitude incohérente de la DRASS.

Il se réjouit de la prise de position de M. CHAUSSADE, chargé du thème des internes à la CME, qui a signé ce texte.

Puis, il signale la création de deux groupes de réflexion. Le premier, guidé par M. CHAUSSADE dans le cadre du groupe du personnel médical, travaille sur le choix des internes, les filières, l'inadéquation et la répartition des postes. Le second, confié à la commission université, étudie les moyens permettant d'affronter la crise notamment au plan de l'amélioration de l'accueil des médecins étrangers.

M. CHAUSSADE explique le contexte délétère de la réunion du fait de l'absence de directive de la part de la DRASS à ses représentants d'une part, et aux coordonnateurs des diplômés d'études spécialisées d'autre part.

La réponse du ministre à la pétition signée par plus de deux cent cinquante PU-PH de l'AP-HP semble décalée par rapport aux attentes. Ainsi, l'augmentation de 60 % du numerus clausus et celle du nombre de postes d'internes s'appliquent à la France mais non à l'Ile de France, or le problème s'avère plus crucial à Paris que dans d'autres secteurs.

M. CHAUSSADE réunit demain les coordonnateurs de médecine et de chirurgie pour leur présenter les chiffres depuis 1996 (numerus clausus, nombre d'internes, évolution des filières, etc...). La situation se révèle déstabilisante pour les services de l'AP-HP car on compte quatre vingt internes candidats pour cent postes proposés tandis qu'en province le ratio atteint quatre vingt quinze internes pour cent postes. Aussi, avant de rencontrer le syndicat des internes, il convient de trouver un certain équilibre et un accord permettant d'atténuer l'inadéquation de manière progressive.

Par ailleurs, la diminution du nombre d'internes réduit le temps médical hospitalier. On doit donc trouver des solutions pour l'accueil de médecins étrangers ou de praticiens contractuels.

Enfin, dans le cadre de la réunion avec les coordonnateurs, il demandera que des propositions soient présentées aux ministères concernés et à l'AP-HP.

Après que **M. MADELENAT** ait invité l'assistance à lire le dernier numéro de la « lettre de l'internat » qui rend compte de manière incorrecte des réflexions de la CME sur ce sujet, **M. CHAUSSADE** livre quelques aspects des différences qui existent entre sa position et les points de vue exprimés par le syndicat des internes. Ce dernier demande notamment le libre choix des postes indépendamment des besoins de la région en terme de santé publique. Or il convient de faire preuve de solidarité devant une situation de pénurie dans certaines spécialités, situation qui découle des décisions de la tutelle et qu'il dénonce depuis cinq ou six ans. Il faut donc trouver un accord raisonnable pour tous.

M. RYMER observe que l'élément démographique des spécialités ne doit pas uniquement prendre en compte la situation de Paris. En effet, lorsque l'AP-HP décide de modifier le nombre d'internes au sein d'une spécialité, elle agit sur le flux de la spécialité au niveau national. La réflexion doit donc être menée au niveau national.

Pour **M. BERNAUDIN**, les limites du système de recrutement par l'internat seul, sont évidentes. Il convient d'ouvrir en parallèle d'autres filières de recrutement.

La réflexion ne doit pas oublier, souligne **Mme DEBRAY-MEIGNAN** la grande pénurie de recrutement dans les services gériatriques et d'urgences.

En commentaire final, le **président** informe de la possibilité offerte aux membres de la CME d'intervenir auprès des deux groupes ad-hoc. Les rapporteurs de ces groupes exposeront ensuite la synthèse de leurs travaux dans une prochaine réunion de l'instance.

Les effectifs médicaux dans le cadre du Plan Equilibre.

M. CORIAT attire l'attention de la directrice générale sur le fait que le plan de retour à l'équilibre ne doit pas toucher aux effectifs médicaux puisque l'activité médicale constitue une priorité et aussi pour éviter d'interférer avec la révision des effectifs en projet de délégation aux CCM.

Il n'est pas prévu de réduire les effectifs médicaux, répond **M. HOUSSIN**. L'objectif du plan de retour à l'équilibre vise une progression de l'activité médicale grâce à une réallocation des moyens entre les services cliniques.

Pour l'heure, la seule incertitude porte sur la tranche 2004 de la RTT mais elle sera levée dans quelques semaines.

*

*

*

La séance est levée à 13 heures 10.

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

Mardi 16 décembre 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 3 décembre 2003 à 16h30.

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

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