

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

**-=-**

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MERCREDI 2 MAI 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 12 JUIN 2007**

**-=-**

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mercredi 2 mai 2007

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Election du président de la CME.
- 2- Election du vice-président de la CME.
- 3- Désignation des représentants de la CME au conseil exécutif (6 membres).
- 4- Désignation des présidents des groupes de travail de la CME.
- 5- Election des représentants de la CME au conseil d'administration de l'AP-HP (7 membres).

#### Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail ;
- *les représentants de l'administration :*
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - M. MORIN, directeur des affaires juridiques et des droits du patient ;
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

La séance est ouverte sous la présidence de **M. RYMER**, doyen d'âge de la commission médicale d'établissement dans sa nouvelle formation. Il présente les excuses de MM. COSCAS, MARY et OURY.

Le **directeur général** souhaite au nom de l'administration de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, la bienvenue à tous les membres récemment élus et tient à les assurer de la collaboration de l'administration pour produire un travail fructueux durant les quatre années à venir.

## **I- L'élection du président de la CME.**

**M. RYMER** procède à l'appel à candidatures.

**M. AIGRAIN** fait savoir qu'il a longtemps pensé présenter sa candidature à la présidence de la CME, ce qui a permis notamment d'ouvrir un débat sur les enjeux de cette élection et la construction par M. CORIAT et lui-même d'un programme commun. Il veut apporter son soutien entier à M. CORIAT et dans le même temps exprimer ses remerciements à ceux qui avaient imaginé le soutenir dans sa démarche.

S'agissant des enjeux, la CME aura d'abord pour tâche de mettre en place la nouvelle gouvernance laquelle implique un partenariat avec l'administration, le but de la réforme étant la médicalisation des choix stratégiques et des choix de gestion de l'institution. Ce partenariat s'avère exigeant pour plusieurs raisons.

En premier lieu, l'efficacité de la gestion ne pourra être opposée à la qualité des soins ou des investigations des patients. Ensuite, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance implique une délégation de gestion dont la CME envisagera le contenu. Enfin, l'exigence sera forte quant à la place réservée aux différentes structures qui composent les pôles, en particulier dans la préservation des services hospitaliers, avec leur rôle en matière de projet médical, de protocole médical, de qualité des soins, de regroupement des compétences, de préparation des jeunes médecins, de recherche clinique et d'évaluation.

Le second enjeu concerne la mise en œuvre du plan stratégique et la préparation du prochain plan qui courra à partir de 2009. La mise en œuvre du plan stratégique nécessite des financements considérables et dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement par le biais du développement de l'activité chirurgicale constitue l'un des enjeux les plus importants.

M. CORIAT et lui partagent la même vue pour trouver rapidement les moyens de récupérer les parts de marché perdues au cours des cinq dernières années par l'AP-HP qui reprendra sa place au plan des soins, de l'évaluation et de l'enseignement des techniques chirurgicales. La vigilance s'exercera dans le développement du schéma cible informatique, l'un des domaines majeurs du plan stratégique.

M. AIGRAIN conclut en insistant sur le rôle que devra jouer la CME dans le développement de la recherche clinique en veillant d'une part, à ce que des moyens institutionnels suffisants lui soient délivrés, tant dans ce plan stratégique que dans le suivant, d'autre part, à la participation de la commission, avec le comité de recherche biomédicale, à la définition de la politique scientifique de l'institution, et enfin à la simplification de la structuration des entités de recherche.

Il achève son intervention en indiquant que M. CORIAT développera le programme que tous deux proposent.

**M. CORIAT**, candidat à la présidence de la CME, se réjouit de l'acceptation par M. AIGRAIN d'un mandat de vice-président. En effet, il apparaissait indispensable de mettre en commun leurs énergies respectives, dès lors que leurs objectifs se rejoignent.

Il faut dans le cadre de la nouvelle gouvernance que la collectivité médicale relève le défi de la responsabilisation médicale, objectif affiché du plan hôpital 2007.

Il existe au niveau de l'hôpital un pouvoir de gestion et un pouvoir médical au sein duquel la CME doit jouer pleinement son rôle afin que la logique médicale et la qualité des soins soient parfaitement respectées. Trois logiques existent dans la nouvelle gouvernance : une logique gestionnaire qui a trouvé sa place et son propre dynamisme ; une logique organisationnelle qui reste instable et pour laquelle la CME devra clarifier certains points ; une logique médicale dont la CME doit s'emparer.

La nouvelle formation de la CME doit revendiquer les pouvoirs accrus que lui donne la gouvernance pour peser sur des décisions stratégiques. Le programme que propose M. CORIAT a pour but d'agir sur les choix de l'AP-HP et de défendre les organisations médicales et paramédicales inscrites dans le cadre de pratiques professionnelles validées.

Sur le plan de la méthode, la nouvelle CME devra travailler en osmose et transparence avec le conseil exécutif. Le pouvoir médical sera celui d'une communauté médicale unie. La CME exprimera ses choix dans le cadre de démarches claires et ne sera ni une chambre d'enregistrement, ni un lieu d'opposition entre des intérêts sectoriels en faveur de tel service ou de tel hôpital. Pour s'assurer de la parfaite osmose entre le conseil exécutif et la CME, le premier point de l'ordre du jour de chaque réunion de la CME, sera consacré au compte rendu de la séance précédente du conseil exécutif, formule approuvée par le directeur général, indique l'orateur.

Les travaux du conseil exécutif seront exposés au bureau de la CME précédant chaque conseil exécutif, afin que la représentation médicale du conseil exécutif exprime la volonté médicale de la CME démocratiquement exprimée. L'osmose entre le conseil exécutif et la CME donnera toute la transparence et l'interactivité nécessaires et toute sa force à l'expression médicale du conseil exécutif.

La CME aura une attitude constructive qui saura cependant rester critique si nécessaire ; elle s'inscrira en soutien et en synergie avec le directeur général si l'efficacité rime avec la qualité des soins et la fluidité de la prise en charge. Elle sera à ses côtés dans les combats qu'il aura à mener face à l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et pour développer le système d'informatisation de l'AP-HP.

Il apparaît essentiel que la CME participe à tous les choix budgétaires concernant le temps médical et les activités médicales. La logique financière se déploie sur un temps court, alors que certains objectifs de stratégie médicale ne peuvent être atteints qu'après plusieurs années, on devra donc trouver des compromis entre ces deux échelles de temps.

S'agissant des enjeux, la CME doit jouer son rôle de gestion et d'arbitrage, la priorité étant de maintenir la cohérence institutionnelle et à moyen terme l'unité de l'AP-HP.

Il faudra réfléchir à certaines réorientations du plan stratégique actuel et envisager le plan stratégique suivant avec des objectifs de qualité mis en parallèle avec des objectifs d'activité, et en tenant le plus grand compte des progrès de la médecine et des innovations technologiques.

Une commission spécifique de la CME aura en charge la stratégie, la prospective médicale, la veille technologique et l'innovation thérapeutique.

Le groupe des structures aura à analyser les contours de certains pôles à la demande des hôpitaux ; la création des unités fonctionnelles doit être déléguée aux hôpitaux. Le groupe des structures devra par ailleurs se préoccuper d'élaborer des référentiels de la qualité face aux référentiels de l'activité.

L'instance engagera une réflexion sur les règles d'équilibre entre le pôle et le service pour maintenir les prérogatives de ce dernier pour le recrutement des médecins et l'organisation médicale et paramédicale. M. CORIAT rappelle que le chef de service porte la responsabilité du recrutement des collaborateurs et de l'organisation de la structure. Actuellement, les prérogatives du service viennent après celles du pôle, de l'hôpital, du CHU, de la CME qui aura à positionner le service dans le cadre d'un règlement intérieur adapté. Il lui paraît indispensable que les nominations des chefs de service soient validées par la CME après avis de son groupe du personnel médical, même si la loi permet leur nomination uniquement par les chefs de pôles. De même, la CME doit valider les recrutements des praticiens hospitaliers pour s'assurer de la qualité des candidats et de l'avis du chef de service.

Le groupe du personnel médical développera une politique de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux. Il faut dépasser un arbitrage saisonnier sur les recrutements lors de la révision annuelle des effectifs pour adopter une véritable politique de gestion prévisionnelle des effectifs et du temps médical. M. CORIAT souhaite une sélection des candidats praticiens hospitaliers dans le cadre des projets examinés par le chef de service et utiliser la nouvelle législation sur le recrutement des postes de praticiens hospitaliers, avec un concours pluriannuel, pour limiter les postes de praticiens non contractuels.

Il faut porter une attention particulière à la gestion du temps médical et vérifier que l'équité règne dans le cadre des journées d'aménagement de la réduction du temps de travail (ARTT). La mandature aura la responsabilité de traiter les comptes épargne temps qui devront être soldés en 2011. Le nombre de journées épargnées étant gigantesque, il faudra réfléchir à ce problème avec la direction générale de façon prospective.

On devra se pencher sur la question de l'activité, des ressources et de la tarification à l'activité dans les établissements, en proposant une valorisation des activités de l'AP-HP et en aidant la direction générale à peser pour revaloriser des groupes homogènes de séjour (GHS) dont beaucoup sont pour le moment en défaveur des CHU.

La CME doit se préoccuper de la situation des personnels médicaux et nourrir des discussions sur ce sujet dans le cadre d'un groupe vie hospitalière. Il faut par exemple aborder la question des crèches pour les enfants des personnels hospitaliers et chercher plus globalement à favoriser l'attractivité de l'institution.

Un effort s'impose pour valoriser la recherche clinique réalisée à l'AP-HP. Le comité recherche imposé par la législation, permettra de développer les liens entre l'AP-HP, l'université et les établissements publics de santé dans le but de constituer une grande école de médecine, comme cela existe dans certaines institutions américaines.

M. CORIAT termine en précisant que ce programme constitue les engagements pris par M. AIGRAIN et lui-même vis-à-vis de la CME en instaurant une méthode qui associe les travaux de la CME à ceux du conseil exécutif pour les décisions que prendra l'institution en défendant les objectifs pour lesquels tous les membres ont demandé à siéger au sein de l'instance.

Par un vote à bulletin secret, M. CORIAT est élu président de la CME à l'unanimité des 56 votants.

M. CORIAT prend la présidence de l'instance.

## **II- L'élection du vice-président de la CME.**

Le **président** procède à l'élection du vice-président, **M. AIGRAIN** présentant sa candidature.

Par un vote à bulletin secret, M. AIGRAIN est élu vice-président de la CME à l'unanimité des 56 votants.

## **III- La désignation des représentants de la CME au conseil exécutif (6 membres).**

Après avoir rappelé que le président de la CME est membre de droit, **M. CORIAT** propose la désignation de M. AIGRAIN, M. FOURNIER, M. HINGLAIS, M. PETIT, M. RICHARD et M. RYMER.

Il revient aux doyens de désigner leur représentant pour atteindre la parité avec les huit membres du conseil exécutif désignés par le directeur général.

De façon volontaire, les présidents des groupes de travail ne siègent pas au conseil exécutif car il semble difficile de gérer à la fois le travail de président d'un groupe, de membre de la CME, de membre du bureau de la CME et de membre du conseil exécutif. Cependant, le directeur général a accepté que les présidents de groupes puissent participer aux travaux du conseil exécutif pour la partie concernant les thématiques centrées sur le travail des groupes.

Les collègues désignés s'engagent à défendre au conseil exécutif les positions de la communauté médicale exprimées en CME, au bureau et lors des comptes rendus des travaux du conseil exécutif.

La liste proposée est approuvée à l'unanimité.

#### **IV- L'élection des représentants de la CME au conseil d'administration de l'AP-HP (7 membres).**

Le **président** mentionne d'abord l'incompatibilité entre la participation au conseil exécutif et au conseil d'administration, à l'exception du président de la CME, membre de droit des deux instances, avant de proposer d'élire : M. CAPRON, M. DASSIER, M. FAYE, M. HARDY, M. LACAU ST GUILY, M. LYON-CAEN, M. SEBBANE et M. VALLEUR (qui représentera le groupe du personnel médical).

**M. MORIN** précise que le conseil d'administration comprend neuf membres issus de la CME. Cette dernière doit donc élire huit membres pour siéger au conseil d'administration, le président de la CME étant membre de droit.

Par un vote à bulletin secret, les huit candidats sont élus membres du conseil d'administration avec 54 voix pour, 1 voix contre ; on enregistre 1 bulletin nul.

#### **V- La désignation des présidents des groupes de travail de la CME.**

Le **président** indique que le travail au sein des groupes s'avère fondamental car il prépare les décisions complexes, souvent étayées par des rapports écrits, prises en réunion de la CME.

Avant de déterminer le contour et le nom des commissions envisagées et de désigner les présidents, il souligne son souhait de participer à la première réunion de chacune d'elles afin de pouvoir définir avec l'ensemble des participants les thématiques à examiner. A ses yeux, le travail de président de la CME n'est pas un travail représentatif mais celui de chef d'équipe, soucieux de bien répartir les tâches.

##### *La commission temps et effectifs médicaux.*

Sa dénomination évoluera car elle aura la charge d'examiner les nominations de chefs de services, de praticiens, de responsables d'unités fonctionnelles, mais également de réfléchir aux questions concernant le temps médical, le tableau de service, la rémunération d'astreintes et de temps additionnel...

Au sein de cette commission sera mise en place la commission de l'organisation et de la permanence des soins, réglementaire et obligatoire, qui traitera de l'organisation des urgences, des gardes et astreintes. Constituer une commission d'ensemble comportant des sous-commissions ou des groupes de travail lui paraît plus efficace.

##### *La commission des structures.*

Elle organisera et validera les structures mais aussi prendra en charge les problématiques d'organisation médicale, pour réfléchir éventuellement à l'instauration d'indicateurs qualité, d'indicateurs médicaux aux côtés des indicateurs d'activité.

##### *La commission stratégie et prospective.*

Elle accordera une part prépondérante à l'innovation, à la veille technologique, aux nouvelles façons de soigner. La CME bénéficiant de toutes les compétences qui existent à l'AP-HP doit s'emparer de ce sujet délaissé dans le passé.

*La commission qualité et gestion des risques.*

Il faut pouvoir démontrer la qualité de la chaîne des soins. La qualité et la gestion des risques, tout comme la déclaration des événements porteurs de risque, sont au centre de l'accréditation V2 qui s'imposera à tous et revêt la dimension de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) collective.

Enfin, M. CORIAT mentionne deux commissions supplémentaires, sous réserve qu'elles paraissent pertinentes à l'assemblée et qu'un nombre suffisant de collègues s'engagent à les faire vivre.

*Une commission activité-ressource-information* qui pourrait conduire des réflexions dans le cadre de la nouvelle dotation budgétaire de l'hôpital, pour veiller à ce que la T2A ne modifie pas les pratiques dans un sens que la CME rejette, pour proposer des réflexions sur les hôpitaux de jour, sur les consultations pluridisciplinaires, sur l'informatisation de l'AP-HP.

*Une commission vie hospitalière* qui traiterait de la qualité et de la formation continue et aurait vocation à examiner le sujet EPP individuelle.

Pour terminer, *le comité de recherche*, imposé par le décret de novembre 2006, a pour but de mettre en perspective la recherche à l'AP-HP en lien avec la faculté. Il est composé notamment de quatre membres désignés par la CME.

A son tour, le **vice-président** insiste sur deux points. S'il considère indispensable une commission recherche université de la CME, ainsi que la participation du président et du vice-président de la CME au comité de recherche biomédicale, la réflexion doit être préparée en amont par un groupe compétent en problématique de recherche et en lien entre l'AP-HP et les universités.

Par ailleurs, il lui semble difficile de séparer l'EPP collective, c'est-à-dire des choix faits par l'institution de thèmes qui devront s'appliquer dans l'ensemble des hôpitaux, de l'évaluation des pratiques professionnelles individuelle qui devra être déléguée aux comités consultatifs médicaux, et pour laquelle la CME aura à s'assurer du bon fonctionnement. Il ne pense pas qu'il appartienne à la CME de valider les EPP individuelles des milliers de praticiens de l'institution. Il tend à réunir le thème EPP sous le périmètre de la commission qualité et gestion des risques, ce qui ne vide pas de son contenu la commission vie hospitalière.

Le comité recherche se trouve fortement lié à une commission recherche université observe le **président**. Le travail doit être indissociable et mis en musique par un président et un vice-président car le lien avec les universités est fondamental.

**M. CARLI** demande au président et au vice-président, lesquels ont appelé à une réactivité importante de la part de la CME, s'ils comptent créer des groupes ad-hoc chargés de travaux sur des sujets inter-commission, ou n'entrant pas dans le cadre du découpage proposé.

Le **vice-président** répond que le groupe cancer qui existait dans la précédente CME doit absolument perdurer et le **président** ajoute que les problématiques spécifiques doivent donner lieu à des groupes de travail afin d'informer la CME. Compte-tenu de l'ampleur des ordres du jour de la CME, le travail préparatoire est indispensable.

**M. FAYE** fait savoir qu'il a présidé lors de la précédente mandature, la commission vie hospitalière qui s'était fixé comme objectif d'une part de traduire les aspects déontologiques et éthiques des différentes lois et règles, d'autre part de s'intéresser au droit des patients dans le cadre de la loi de 2002 sur le sujet. Cela s'était traduit par l'élaboration d'un certain nombre de livrets, de textes et de recommandations, diffusés à l'ensemble de l'institution.

Le **président** déclare que le groupe qui assurera l'interface avec l'équipe de M. LEPAGE jouera un rôle déterminant et crucial puisqu'il supervisera l'installation du nouveau système d'information de l'AP-HP. Il se réjouit des compétences de M. HINGLAIS sur ces questions.

**M. HINGLAIS** considère important qu'un groupe de travail d'accompagnement, qu'il accepte d'animer, soit mis en place pour servir de relais entre ceux qui travaillent au quotidien sur ce projet et la CME.

La commission sur le personnel et le temps médical doit assurer, poursuit le **président**, l'interface avec les postes de l'internat à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Il voudrait que M. CAPRON en soit le représentant, de même qu'à l'intérieur de cette commission, un groupe de travail associe des internes et des chefs de cliniques - assistants pour donner leur avis sur la répartition des postes d'internes.

Il souhaite enfin que l'on puisse présenter l'organigramme et les sujets de travail des différents groupes et commissions à la prochaine réunion de la CME.

Soulignant l'importance que prennent les nouvelles règles du jeu financières, **M. FAYE** pense qu'il faut mandater une mission d'interface entre la direction des finances et les médecins non forcément formés à la finance ou à l'économie, alors même qu'ils doivent avoir accès à ces informations pour les décrypter, se les approprier et identifier les potentialités ou les freins en termes de financement et d'activité.

Ceci correspond aux prérogatives de la commission activité et ressources observe le **président** qui propose à l'intervenant de l'animer.

La constitution d'une commission activité et ressources n'est peut-être pas nécessaire, néanmoins il apparaît à **M. PETIT** que cette thématique est intéressante à retenir. Il serait en effet opportun qu'un regard médical soit posé sur ces enjeux, en particulier sur la répartition des budgets entre les hôpitaux de l'AP-HP, sur la contribution des hôpitaux de l'AP-HP au plan de retour à l'équilibre, sur la revalorisation de certains GHS, sur l'intéressement des hôpitaux. A défaut de la constitution d'une commission spécifique, cette thématique pourrait être traitée soit au sein d'une commission déjà existante, soit au sein d'un groupe de travail.

**M. LEVERGE** évoque la commission de la qualité et de la sécurité des soins instituée par le code de la santé publique et opposable, dont la particularité est de se décliner en plusieurs commissions spécialisées, traditionnellement réglementaires : le COMEDIMS, le CLIN, le comité de surveillance transfusionnel, le CLAN et le CLUD. Le règlement intérieur de l'AP-HP prévoit la manière de concevoir ces comités. Il attire l'attention sur la nécessité d'un nombre suffisant de candidatures à la commission de la qualité et de la sécurité des soins de manière à permettre une déclinaison dans les cinq sous-commissions obligatoires.

Selon **M. GARABEDIAN**, pour éviter une redondance au niveau des CCM, il convient de bâtir une liaison forte entre ceux-ci et les commissions qui permettra de recentrer ces dernières sur les aspects stratégiques et la coordination entre les différents hôpitaux. Par ailleurs, il faudra définir rapidement les domaines délégués aux CCM et la représentation dans les hôpitaux.

En accord avec ce propos, le **président** se dit partisan de laisser à chaque commission le soin d'organiser ses délégations.

Le président donne la parole à Mme VIDAL-TRECAN à qui il propose la présidence de la commission qualité et sécurité des soins. Il s'agit d'une commission particulière, explique **Mme VIDAL-TRECAN** d'une part parce qu'elle est obligatoire et donc voulue par le législateur dans un but de coordination et de synergie pour une organisation optimale des soins aux patients, d'autre part pour son caractère essentiel à la communauté médicale car seuls les médecins sont en mesure de juger les soins qu'ils prodiguent.

Cette commission aura pour rôle de synthétiser et d'impulser une dynamique nouvelle à tout ce qui concourt à la sécurité des soins délivrés aux patients, les activités de vigilance connues sur les risques liés à l'utilisation des produits de santé (sang, médicaments, matériel médical, organes, tissus et autres produits) ; les risques liés aux pratiques de soins connus comme les infections nosocomiales mais aussi tous les autres accidents moins bien repérés ; les risques liés aux pratiques de diagnostic et thérapeutiques.

Son autre rôle concerne ce qui concourt à la qualité des soins : le traitement de la douleur, la nutrition, l'auto-évaluation collective des pratiques professionnelles incluses dans les requêtes pour la certification des hôpitaux.

En plus du regroupement d'activités jusque-là éclatées pour des raisons historiques, une attention sera portée aux risques liés aux pratiques de soins et à l'évaluation collective des pratiques professionnelles, qui sont des nouveautés dans le champ de la qualité et de la sécurité. La précédente CME a compris, objectivé et tracé que les deux domaines qualité et sécurité des soins se recouvrent. Cette commission devra donc s'attacher à la mise en cohérence et à l'amélioration de la lisibilité de la politique médicale sur ce champ essentiel de la pratique, en lien fondamental avec les commissions locales.

Si l'angle d'attaque est nouveau, l'engagement de la communauté médicale dans ce sens est ancien et tient au respect que les médecins portent à leur profession. Son intensification témoigne d'une prise de conscience plus aigüe des obligations médicales vis-à-vis des patients.

Parmi les missions de la commission figure l'élaboration d'un rapport annuel sur la qualité et la sécurité des soins avec l'aide de l'administration, qui a déjà réfléchi à différents outils à mettre à disposition, et d'experts.

Après avoir consulté les présidents de commission et de comités impliqués dans la précédente mandature, elle compte réunir les membres de la commission pour définir ensemble un mode de fonctionnement optimal.

**M. CORIAT** fait connaître le nom des présidents de commissions pressentis par M. AIGRAIN et lui-même.

M. VALLEUR président de la commission temps et personnel médical ; M. CHERON vice-président, chargé de la partie temps médical et M. CAPRON de la partie relations internes (DRASS, comités de répartition).

M. HARDY président de la commission des structures.

M. LYON-CAEN président de la commission stratégie et prospective.

Mme VIDAL-TRECAN présidente de la commission qualité et sécurité des soins découpée en différentes commissions ; M. LEVERGE participera aux chantiers relevant de la COMEDIMS.

M. DELPECH président de la commission recherche et université ; Mme DURAND vice-présidente chargée du volet recherche clinique.

M. LACAU ST GUILY président du groupe cancer ; M. FLEJOU vice-président compétent sur les tumorothèques et la partie biologie du cancer.

M. CORIAT suggère aux personnes intéressées par les divers sujets de contacter les présidents.

La cancérologie intervient **M. LACAU ST GUILY** constitue une activité essentielle au plan clinique, multidisciplinaire au plan médical et structurante dans le cadre du plan cancer, lequel s'achève en 2007. Il demeure crucial de continuer à avoir une activité très soutenue car l'AP-HP prend en charge un tiers des patients cancéreux d'Ile-de-France et en recherche clinique, elle s'insère dans un tissu régional compliqué. Enfin, l'AP-HP se place en leader dans un certain nombre d'actions importantes comme l'informatisation et la création de pôles régionaux de cancérologie.

M. LACAU ST GUILY précise que M. FLEJOU possède une compétence reconnue et majeure dans le domaine des tumorothèques, alors qu'au niveau national l'AP-HP fait l'objet d'une attention particulière.

**M. FLEJOU** ajoute que l'avance de l'AP-HP sur la question des tumorothèques s'efface au profit des structures provinciales non-universitaires mieux organisées en réseaux. L'AP-HP doit rattraper ce retard. En outre, il souligne la complexité réglementaire de ce domaine.

Sa spécialité se trouve au centre d'une problématique qui recouvre des enjeux à la fois de santé et de recherche. Aussi, il faudra créer des connexions très fortes entre ce groupe et la commission recherche de la CME.

**M. LACAU ST GUILY** pense qu'il faut instaurer une commission élargie au niveau de l'ensemble de l'AP-HP pour se nourrir des compétences existantes et signale que la cancérologie est peu représentée au sein de la CME.

Pour **M. SEBBANE** qui partage ce point de vue, la problématique des cancers va croître du fait du vieillissement de la population. Cette commission doit traduire une représentation élargie certes au-delà de la CME mais avec la participation des gériatres.

Le **président** retient le souhait d'instaurer une commission sur le thème du cancer puis informe de la poursuite des réflexions pour finaliser le contour des différentes commissions qui feront l'objet d'une présentation avec leur organigramme, à la prochaine réunion de la CME.

**M. HINGLAIS** suggère de modifier l'article 8 du règlement intérieur de la CME en indiquant que le bureau de la CME est composé du président de la CME, du vice-président de la CME, des présidents et vice-présidents des commissions et groupes de travail et des membres du conseil exécutif.

Le **président** souhaite également que le bureau de la CME soit élargi à certaines personnes qualifiées au titre de spécialités non représentées à la CME. Dans le cadre des pratiques médicales, l'instance travaillera avec les collégiales, il est donc fondamental que le bureau ait une représentation suffisante.

Par ailleurs, il propose de conserver le rythme de travail de la CME d'une réunion chaque deuxième mardi du mois, portant la prochaine au 12 juin.

\*

\*

\*

La séance est levée à 10 heures 50.

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

**Mardi 12 juin 2007 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 30 mai 2007 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.