

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 12 FEVRIER 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 11 MARS 2008**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 12 février 2008

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
- 2- Contrôle qualité de l'assurance maladie et ses implications financières.
- 3- Elections des conseils de pôle.
- 4- Commission cancer : missions pour l'année 2008 et mise en œuvre.
- 5- Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008 :
 - des diverses disciplines.
 - d'odontologie.
- 6- Jubilé des centres hospitaliers universitaires.
- 7- Calendrier d'intégration dans le CHU des pharmaciens en qualité de personnel hospitalo-universitaire.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Approbation des comptes rendus des séances du 11 décembre 2007 et du 8 janvier 2008.
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle ou médico-technique des hôpitaux Charles Foix et Robert Debré.
- Avis sur la candidature aux fonctions de praticien responsable de pôle clinique ou médico-technique de l'hôpital européen Georges Pompidou.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH offert à la mutation (révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008).

Composition A

- Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008).
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
 - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le Pr BERCHE, doyen,
 - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
 - M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
 - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - Mme AMPROU, direction du développement des ressources humaines,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme le Dr RHEIMS, direction de la politique médicale,
 - Mme RIVET, direction de la politique médicale,
 - M. SAUVAT, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***
 - M. le Pr CHERON, M. COSCAS, M. le Dr DRU, Mme HENRY, M. le Pr LAUNAY, M. le Pr OURY, Mme le Dr VIDAL-TRECAN.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. CORIAT** qui procède à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif.

Avant de rendre compte des travaux du conseil exécutif, le **président** souhaite évoquer une récente réunion en présence des présidents et des vice-présidents des commissions médicales d'établissements, des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires et des doyens sur le thème de la gouvernance installée dans tous les CHU avec des niveaux d'implication différents. L'hôpital de Grenoble, par exemple, a supprimé les services et la notion de chef de service. Dans un certain nombre d'institutions s'est créée une conférence des responsables de pôle. L'Assistance publique – hôpitaux de Paris se situe dans un juste milieu.

L'évolution de la gouvernance actuelle offre deux possibilités, soit poursuivre le processus d'une gouvernance bicéphale fondée sur un contingent médical et un directeur général, soit tendre vers un grand manager de l'hôpital.

Tandis que M. LECLERCQ, informe le président, réaffirme souvent l'importance de la gouvernance bicéphale laquelle permet la complémentarité, des directeurs généraux de CHU se sont montrés favorables au principe que « seul un grand manager » pouvait diriger l'hôpital producteur de soins, le contingent médical devenant dès lors consultatif. Il se dit surpris que des directeurs généraux préconisent la création d'un tel poste, revendiquent le recrutement des docteurs et leur proposent des rémunérations sur des objectifs d'activité.

Certaines voix élevées contre cette proposition insistaient sur la considération, non du coût d'un séjour mais de la pertinence des soins, la qualité de ceux-ci et non leur quantité demandant de préserver leur coordination et leur synthèse. L'évolution de la gouvernance devrait à cet égard accentuer la place de la pensée médicale dans le dispositif, aussi l'AP-HP a défendu le concept de la gouvernance bicéphale.

La situation montre que le principe de gouvernance a réussi son essor, les doyens eux-mêmes reconnaissent y trouver avantage car elle offre une meilleure lisibilité dans l'organisation hospitalière et les aide dans leurs réflexions.

Pour sa part, **M. SCHLEMMER** souligne la concordance de vue entre les doyens, les directeurs généraux et les présidents de CME pour affirmer que la gouvernance tend, sur le plan stratégique, à rapprocher l'hôpital de l'université. Sur les grands projets stratégiques, on peut en effet, discerner la volonté des CHU de défendre leurs spécificités : l'innovation, la recherche et la formation. Dans la déclinaison de la gouvernance, les CHU n'ont pas cheminé de manière identique, ceux disposant d'une antériorité en matière de culture de la nouvelle gouvernance, ont progressé plus rapidement.

Le **directeur général** observe que les propos tenus lors de la réunion évoquée se fondaient, en particulier, sur les déclarations du Président de la République relatives au sujet du directeur d'hôpital ou de groupe hospitalier. On demeure donc au stade des déclarations. Il rappelle le rôle de la seule commission Larcher à définir les modalités de la gouvernance et indique qu'il défendra personnellement auprès de celle-ci la nécessité de conforter la gouvernance médico-administrative préférablement à la création d'une nouvelle structure.

Par ailleurs, les hôpitaux de l'AP-HP sont engagés dans un processus de gouvernance médico-administrative laquelle a fait la preuve de vitalité et de productivité. Aussi, M. LECLERCQ préconise-t-il de conforter une telle gouvernance, exprimée à travers les pôles, les comités exécutifs locaux, le conseil exécutif central et le groupe que représentent la présidence de la CME et lui-même, se réunissant de manière hebdomadaire pour traiter les questions posées.

Puis le **président** aborde les travaux conduits par le conseil exécutif.

- Le compte épargne temps (CET).

Il convient d'établir pour l'ensemble de l'AP-HP une méthodologie déterminant avec lisibilité et équité l'abondement des CET. Le message à transmettre consiste non à diminuer l'activité, laquelle constitue une priorité de l'institution, pour que les collègues prennent les journées dues au titre de la réduction du temps de travail (RTT), mais à placer ces journées dans un compte épargne temps selon une méthodologie lisible et identique pour tous. A cette fin, le directeur général et lui-même cosignent une lettre (annexée au compte-rendu) à destination des directeurs d'hôpitaux et des présidents de CCM demandant, conformément à la réglementation, la réalisation par chaque structure interne aux pôles d'un tableau général d'activité pour l'année, évaluant le temps médical nécessaire à son fonctionnement ainsi que le nombre de journées de RTT à placer dans le compte épargne temps en fonction de la dotation en personnel médical. La procédure adoptée offre le moyen d'identifier, le cas échéant, des disproportions entre les journées de RTT épargnées et l'activité du service concerné. L'abondement équitable des comptes épargne temps s'avère indispensable à l'équilibre de l'AP-HP et à l'état d'esprit à promouvoir en son sein.

Les plannings prévisionnels constituant une condition à la validation des comptes épargne temps, observe **M. MUSSET**, ils ne doivent pas s'opérer de manière rétrospective sur les mois écoulés.

La difficulté réside dans le fait que les chefs de service n'ont pas apporté une attention particulière aux comptes épargne temps, déclare le **président**, élaborant des tableaux de services dépourvus d'une organisation générale indispensable pour déterminer le nombre de journées de RTT à épargner. Des directions d'hôpitaux ont validé des comptes épargne temps sans l'assurance préalable que les tableaux de services étaient réalisés.

- Les chefferies de service.

Trois dossiers se révèlent particulièrement aigus, indique le **vice-président**. La chefferie du service d'orthopédie de l'hôpital Bichat offerte à la mutation fera l'objet d'un débat spécifique en séance restreinte, précise-t-il.

S'agissant de la chefferie de service de la maternité de l'hôpital de Bicêtre, qui doit ouvrir à la fin de l'année et dont la création de poste n'a pas été prévue en rang utile dans le cadre de la dernière révision des effectifs hospitalo-universitaires, le doyen de l'UFR de Bicêtre a été sollicité pour connaître la position du nouveau conseil de gestion sur cette chefferie de service et sur chacune des deux candidatures déclarées. M. AIGRAIN pense obtenir une réponse rapide de la part du doyen.

La succession de la chefferie du service de chirurgie digestive de l'hôpital européen Georges Pompidou comporte une réflexion stratégique sur l'avenir de l'hôpital, son pôle d'oncologie et son pôle de chirurgie cardiovasculaire et de transplantation. Le conseil exécutif local s'emploiera à classer les deux projets : l'accueil du service de l'hôpital Ambroise Paré renforçant l'activité d'oncologie ; l'accueil de la partie chirurgicale du service de transplantation hépatique de l'hôpital Cochin. Les deux candidatures montrent l'importance stratégique du choix, non seulement pour l'hôpital européen Georges Pompidou mais également pour les sites d'origine des candidats.

Il convient d'entrer dans la phase active de décision note le **président** qui salue le travail accompli par M. AIGRAIN sur ces dossiers délicats. Puis il interroge les doyens sur la réglementation en vigueur concernant la mutation des PU-PH d'une faculté à une autre.

M. BERCHE informe qu'une éventuelle mutation pour tous les postes de PU-PH ne peut désormais intervenir qu'au 1^{er} septembre 2009, à l'exception d'une mutation interne à l'UFR ; un chef de service ne peut être qu'un PU-PH de la faculté concernée par le poste. En outre, une mutation de PU-PH ne peut intervenir avant trois ans passés dans la faculté au sein de laquelle la personne concernée a été nommée. Il existe malgré tout un certain nombre de dérogations.

Dans le cadre d'une réunion avec l'ensemble des doyens, déclare **M. AIGRAIN**, a été démontrée l'importance d'une concertation pratiquée le plus en amont possible sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires afin que le choix puisse s'opérer tant sur un projet médical que sur une candidature. Or, au sein de la CME, il n'y a pas de discussion possible à la fois sur un projet médical et une candidature. La situation à Bicêtre fait naître des rancœurs car le projet médical qui ne sera pas retenu avait reçu un accueil bienveillant et unanime de la part du conseil exécutif.

Le **président** ne doute pas qu'après un choix argumenté par le conseil de gestion, se prendra, en présence de l'ensemble des acteurs, une décision ferme et définitive.

- L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'année 2008.

Le **directeur général** indique que le conseil exécutif se réunira le 19 février 2008 pour procéder à l'examen des derniers arbitrages, avant de rappeler les deux procédures enclenchées. L'une interne, a commencé l'été dernier par une lettre de cadrage et s'est poursuivie par les conférences budgétaires et les travaux internes sur un arbitrage opéré selon les orientations nationales. L'autre se déroulera en mars et avril prochains dans le cadre des discussions entre l'AP-HP et le conseil de tutelle. La CME évoquera le sujet au mois d'avril.

Les arbitrages internes s'appuieront sur des résultats de l'année 2007 relativement médiocres. En effet, l'AP-HP n'a pas atteint ses objectifs d'activité entraînant un manque à gagner en recettes de l'ordre de 50 millions d'euros alors que l'ensemble des dépenses prévues dans l'EPRD de l'année 2007 a été consommé, augurant un résultat légèrement déséquilibré dont il conviendra de tenir compte pour l'année 2008. En outre, le passage concret à 100 % à la tarification à l'activité (T2A) dès le 1^{er} mars 2008 implique que l'AP-HP devra avant 2012, réajuster le niveau d'activité et de ressources afin de rattraper l'écart créé d'au moins 240 millions d'euros.

L'élément suivant, davantage positif et constructif, consiste à organiser l'EPRD de l'année 2008 tel qu'il préserve la puissance de l'institution au niveau de l'investissement.

Un autre élément concerne les personnels médical et non médical car on doit évoluer du concept de tableau des effectifs au concept de la masse salariale et raisonner non en terme de postes mais en terme d'euros. De même dès 2008, on devra traiter une partie de la monétisation des comptes épargne temps.

En outre, il importe d'adopter une attitude prudente sur les mesures nouvelles finançant les moyens de développer l'activité clinique. Pour les autres activités (hors les mesures de santé publique), on devra d'une part se montrer prudent dans l'attribution des ressources que l'Etat consacrera à l'AP-HP, d'autre part encourager les projets qui renforceront l'activité clinique au-delà d'une prévision initiale de l'ordre de 1,9 %. Des arbitrages fins seront opérés sur des extensions des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), dans la mesure où l'ouverture de ce type de lits impose un prélèvement sur les ressources de l'AP-HP. A ce titre, M. LECLERCQ entend négocier avec la tutelle des éléments constructifs nécessaires au développement évoqué.

Pour terminer, il précise que les discussions qui s'engageront avec la tutelle nécessiteront deux soutiens, l'un autour des soins de suite et de réadaptation, l'autre autour de la politique d'efficacité. Les conclusions des arbitrages internes seront communiquées à la CME. Enfin il déclare, suite à une question du **président**, que tous les engagements pris en matière d'investissement pour l'année 2008 seront tenus, toutes les opérations engagées, poursuivies. En revanche, les opérations qui pourraient apparaître en 2009 et 2010, devront être examinées au regard de la politique de gestion et en particulier des résultats de l'année 2008, justifiant ainsi l'intérêt de développer l'activité en priorité.

II- Contrôle qualité de l'assurance maladie et ses implications financières.

M. CHATELLIER se propose de procéder à un rappel des principes de base à respecter pour une juste traduction financière de l'activité et d'évoquer la situation sur le contrôle exercé par l'assurance maladie (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Actuellement, l'assurance maladie mène une réflexion déclinée au niveau des hôpitaux sur l'adéquation entre les structures et les soins. Elle pratique des contrôles de manière active sur l'ensemble de la France et en particulier sur l'AP-HP dont le bilan global n'apparaît pas en sa faveur. En effet, en raison de l'inadéquation entre structures et soins prodigués, l'institution a dû rendre 750 000 euros à l'assurance maladie et attend les décisions qui seront prises sur les dossiers litigieux en cours.

En 2007, les principales activités contrôlées, notamment les saignées et les épreuves d'effort en cardiologie, se trouvent en hôpital de jour. En pratique, l'exemple des saignées montre 98 % de refus pour le contrôle de l'année 2006. La situation sera vraisemblablement identique pour cette année et pourra peut-être comporter une sanction en sus de l'indu.

M. CHATELLIER insiste sur le caractère critique de la situation et sur la responsabilité de la CME pour l'améliorer et prendre des décisions appropriées.

Après avoir mentionné les forfaits sécurité – environnement (SE) introduits en mars 2007 avec la parution du décret de prestation, lequel souligne que certaines activités habituellement facturées en soins externes doivent se voir ajouter un supplément, il détaille les actes concernés par ces forfaits SE, avant de citer l'exemple d'un dossier dont les erreurs illustrent le fait que la qualité médico-administrative du codage de l'activité regarde toute l'institution. Chaque hôpital doit être conscient que toute erreur commise entraîne le remboursement des sommes indues, des sanctions financières et des sanctions pénales. Les sanctions financières, qui surviendront peut-être dès cette année, peuvent représenter jusqu'à 50 % de la recette annuelle de l'assurance maladie pour l'activité contrôlée avec un plafond de 5 % de la recette annuelle de l'assurance maladie de l'établissement. Les sanctions pénales se fondent sur la suspicion de fraude.

M. CHATELLIER insiste sur la notion de responsabilité collective. Si les membres de la CME estiment que des malades doivent être vus en hôpital de jour, il leur appartient d'écrire des recommandations en saisissant les sociétés savantes et de vérifier qu'à tous les niveaux de chaque hôpital, les malades sont dirigés vers les secteurs adéquats, et le codage médico-administratif conforme aux types de soins reçus.

Au terme de l'exposé le **président** ouvre la discussion.

Mme GAUSSEM demandant si les séjours pour les saignées supprimés ont pu être transformés en consultations, **M. CHATELLIER** répond que la requalification de 1 500 séjours aurait nécessité des efforts considérables, il a été décidé collégalement d'y déroger. En l'absence de recommandation écrite, on peut, dans le cadre d'une recommandation nationale, définir rigoureusement les patients à hospitaliser. Si l'ensemble des collègues en France agit de la sorte, la recommandation acquerra une valeur auprès de l'assurance maladie. Aussi insiste-t-il sur la nécessité de l'élaboration par les sociétés savantes de recommandations pour un certain nombre d'activités et de définir celles à accomplir en hôpital de jour.

Mme Brigitte GIRARD voudrait savoir si les injections dans le corps vitré effectuées au bloc opératoire s'avèrent taxables et si l'AP-HP devra prévoir des dépenses pour les patients concernés, d'autre part, si la transformation du codage du forfait SE peut s'opérer manuellement.

Dans certains domaines, les médicaments ne peuvent s'acheter à l'extérieur, répond **M. CHATELLIER**. La difficulté réside dans le fait qu'on utilise une structure identique pour l'hôpital de jour et pour l'acte SE ; à ce titre, il restera à identifier correctement la structure dans laquelle se trouve le patient, en collaboration avec les personnes de l'administration en charge du sujet.

M. LACAU ST GUILY mentionne l'exemple complexe, qui mérite une réflexion, des chambres implantables dont l'ablation pénalise financièrement l'AP-HP tandis que leur mise en place se révèle fructueuse. De plus, il signale un décalage entre le degré de sécurité et de confort assuré au patient par la structure de chirurgie de jour utilisée pour l'ablation, et la codification administrative.

Les recommandations au format de la Haute autorité de santé (HAS) se révèlent difficiles, longues et coûteuses à élaborer, réclament beaucoup d'énergie et nécessitent de choisir des sujets à fort impact en termes de santé publique.

On ne peut effectivement attendre plusieurs années une recommandation de la HAS, opine **M. CHATELLIER**, estimant qu'on peut procéder comme les collègues cardiologues qui ont publié un certain nombre de recommandations avec une méthodologie propre. Il convient d'agir rapidement pour des raisons d'équité puisqu'un même séjour n'est pas nécessairement sanctionné de façon identique dans chaque hôpital et pour instaurer des pratiques analogues sur l'ensemble de l'institution, condition indispensable pour agir sur la codification.

Puis il rejoint la proposition de **Mme DEGOS** suggérant que le niveau collégial de l'AP-HP pourrait constituer un préliminaire à la publication des revues nationales, laquelle impose plusieurs mois d'attente.

En cas de problème médico-judiciaire, le juge d'instruction ne tiendra pas le raisonnement du directeur de la sécurité sociale, déclare **M. CARLI** qui souligne l'urgence à agir en affichant clairement les pratiques exercées et à ce titre, adopter une attitude rationnelle. Connaissant les activités contrôlées par la sécurité sociale, on peut opérer des remontées au niveau collégial pour répercuter les thèmes concernés. La HAS reprendra ensuite les éléments évoqués à un échelon opposable en termes judiciaire et pratique.

En accord avec ce propos, **M. CHATELLIER** précise cependant que l'assureur ne définit pas les éléments positifs et les éléments négatifs pour les soins. Seul le médecin dispose d'une telle prérogative, l'assureur déterminant uniquement le tarif.

Les éléments positifs ou négatifs sont à inscrire dans le dossier médical par chaque médecin intervient **M. FOURNIER**, témoignant qu'à l'hôpital Bichat les litiges apparus lors d'un contrôle se résolvait au bénéfice de l'établissement lorsque les dossiers contenaient des éléments explicatifs convaincants. Chaque difficulté ne nécessite donc pas le recours aux sociétés savantes, la justification personnelle du médecin peut renfermer un impact non négligeable.

La bonne tenue du dossier médical reste le point majeur observe **M. CHATELLIER** rappelant qu'un problème médico-légal s'ajoute au problème médico-administratif. Les éléments écrits s'avèrent fondamentaux devant l'assureur comme devant le juge. Pour les saignées en hôpital de jour, un élément écrit permettra de standardiser, au moins au niveau de l'institution, la réponse à l'assurance maladie.

Ensuite **M. CHATELLIER** prend note de la demande de **Mme Brigitte GIRARD** qui dit rencontrer, comme les praticiens ORL, les neurologues et les rééducateurs, une difficulté de classification pour les toxines botuliques. Le ministère semble fortement conseiller une hospitalisation de jour alors que par le passé l'acte était réalisé en externe. La codification (23,80 euros) ne remboursant pas le flacon (240 euros), l'intervenante ne discerne aucune solution.

Ce sujet majeur existe depuis plusieurs dizaine d'années déclare **M. LEVERGE**. Au moment où les médicaments deviennent de la haute technologie, on vit une situation face à laquelle, sauf à susciter un déficit chronique, les médecins en accord avec les directeurs, optent pour l'acte en hôpital de jour qui compense en partie la dépense effectuée, sachant que l'hôpital doit fournir les produits liés à la thérapeutique administrée. On ne peut demander aux médecins que l'hôpital ne soit plus en déficit sur de tels dossiers et leur reprocher simultanément d'obliger la sécurité sociale à dépenser inutilement de l'argent. **M. LEVERGE** souhaite qu'au niveau juridique, un mode d'emploi soit rédigé sur le sujet pour faire la part entre les consultations externes, les actes réduits et les coûts élevés.

Le discours au sein de la CME est unanime, souligne le **président**. En effet, quel que soit le coût d'un acte ou d'un séjour, il convient d'agir en fonction de son idée de l'éthique et de la bonne pratique médicale en l'inscrivant dans le dossier médical. Un travail en aval auprès des sociétés savantes pour revaloriser certains séjours devra également s'accomplir.

M. LACAU ST GUILY observant qu'en hôpital de jour les pathologies associées ne sont pas codées, **M. GARABEDIAN** affirme que le problème se pose particulièrement en pédiatrie. Les complications et morbidités associées (CMA) ne bénéficiant d'aucun codage lors du passage en hôpital de jour ou lors d'hospitalisation d'une nuit, les sommes ainsi perdues se révèlent très importantes. De même, pour les implants cochléaires il existe une sous-cotation du groupe homogène de séjour (GHS) attribué, faisant perdre à l'AP-HP, premier centre français d'implantation cochléaire, des sommes importantes. L'intervenant estime que le recours aux sociétés savantes demeure insuffisant en l'absence d'application pratique et qu'il existe un vrai problème de remontée d'informations.

Certes, le modèle du codage s'avère imparfait note **M. CHATELLIER**, cependant l'hôpital de jour n'est pas dévalorisé car ses dépenses restent moins élevées que celles de l'hospitalisation classique. Par ailleurs, pour faire évoluer une classification, il convient de procéder à des codages corrects. Ainsi, un codage inutile aujourd'hui peut à l'avenir trouver sa fonction. Dans le courant du mois d'avril 2008 s'appliquera une nouvelle classification des GHM (la version 11) qui modifiera profondément la situation, conclut-il.

III- Elections des conseils de pôle.

La parole est donnée à **Mme RIVET** pour effectuer un point rapide sur l'organisation des élections des conseils de pôle (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) afin notamment de sensibiliser les membres de la CME à l'intérêt pour la communauté médicale de se voir représentée dans ces instances. Le scrutin se déroulera le 15 avril 2008 pour l'ensemble des 176 pôles.

Les conseils de pôle constituent un lieu de concertation où les personnels médicaux et non médicaux participent ensemble :

- à l'élaboration du projet et du contrat de pôle ;
- à l'organisation et au fonctionnement quotidien du pôle.

Mme RIVET aborde la composition du conseil de pôle lequel comporte des membres de droit et des membres élus, puis elle mentionne la place réservée aux médecins avant d'insister sur le rôle stratégique du conseil de pôle.

Pour sa part, **Mme AMPROU** évoque quelques éléments de l'organisation des élections. L'appel à candidature, accompagné d'une lettre signée du directeur général et du président de la CME, joint à la fiche de paie de janvier, demeure ouvert jusqu'au 18 février, jour d'affichage de la liste définitive des électeurs et des personnes éligibles. Le 3 mars, la liste des candidats sera à son tour affichée.

Le vote peut s'effectuer soit sur place le 15 avril 2008, soit par correspondance à partir du 25 mars, jour de réception par les personnels du matériel électoral.

Pour accompagner l'organisation des élections, l'administration a adressé aux directions locales et aux praticiens responsables de pôle des éléments de communication pour présenter les conseils de pôle et leurs missions.

IV- Commission cancer : missions pour l'année 2008 et mise en œuvre.

En introduction, **M. LACAU ST GUILY** indique que la commission (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) installée en novembre 2007, comprend trois membres de la CME et des collègues oncologues.

L'AP-HP traite un tiers des divers cancers en Ile-de-France, soit 68 000 patients. En matière de recherche en oncologie, l'institution occupe une position essentielle et à ce titre, a érigé l'activité en axe prioritaire dans son plan stratégique.

Cependant, la oncologie constitue un milieu concurrentiel dans lequel l'AP-HP manque de visibilité par rapport à la visibilité des centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Après avoir mentionné les modalités du travail mené conjointement par la CME et la direction de la politique médicale, l'orateur développe les missions de la commission qui visent l'accompagnement opérationnel de la mise en œuvre des mesures du plan cancer et de manière générale, l'organisation des activités de oncologie au sein de l'AP-HP dans le cadre du plan stratégique 2005 – 2009.

Le volet portant sur les soins s'attachera à :

- poursuivre la structuration de l'offre de soins dans les hôpitaux en améliorant la qualité de la prise en charge des patients et la lisibilité de l'activité des centres de coordination en oncologie (3C) afin de faciliter l'obtention des autorisations nécessaires en oncologie régies par un dispositif réglementaire et adossées à des fondamentaux de la qualité transversale ;
- élaborer des recommandations pour le développement de l'accès aux soins de support, aux soins palliatifs et aux urgences en oncologie ;
- organiser l'oncogériatrie.

Le volet consacré à la recherche et à l'innovation en oncologie est détaillé par **Mme RHEIMS**.

L'objectif reste à renforcer la position de l'AP-HP dans le domaine, aussi le groupe dédié travaille plus particulièrement sur trois thèmes :

- la manière de faciliter les inclusions dans les essais cliniques ;
- la structuration des plateformes et des tumorothèques et des banques de données ;
- la poursuite de la mobilisation des appels à projets : la coordination des nouveaux appels à projets et le suivi des appels à projets remportés au titre des années 2006 et 2007.

En dernier lieu, Mme RHEIMS décrit le pôle régional de oncologie, une organisation adaptée à des établissements qui, assurant des soins de proximité irréprochables assument des missions de recours, d'expertise, d'innovation, de recherche et d'enseignement. Il importe d'identifier l'ensemble des missions évoquées pour les valoriser dans le cadre de la tarification à l'activité.

Le pôle régional de oncologie se met en place autour du CHU et du CLCC constitués en groupement de coopération sanitaire (GCS). Exceptionnellement, peuvent être également associés au pôle des sites hautement spécialisés en oncologie, sous réserve de répondre aux critères d'autorisation en oncologie.

L'identification de ces missions au sein de l'AP-HP constitue une étape indispensable permettant l'organisation de la concertation de l'offre régionale avec les CLCC, voire d'autres établissements.

La réflexion stratégique se déroule en lien avec l'institut national du cancer (INCa) et l'agence régionale d'hospitalisation (ARH).

Le **président** constate les progrès considérables réalisés au bénéfice du patient notamment dans les domaines de la prise en charge et de l'annonce des cancers.

Il paraît urgent à **M. RUSZNIEWSKI** de placer des techniciens d'études cliniques (TEC) et des attachés de recherche clinique (ARC) auprès des services et s'inquiète qu'une proposition concrète sur cette question n'intervienne qu'au mois de juin prochain.

Ni simple ni consensuel, le sujet constitue une priorité pour **M. LACAU ST GUILY**. Les membres de la commission ont par exemple insisté sur le problème de l'étiquetage des prélèvements tissulaires, à effectuer de manière prospective, et qui exige des personnes possédant un niveau de compétences élevé. Une réunion s'est tenue hier sur le thème « mettre des TEC auprès des services cliniques ».

La commission doit envisager, selon **M. SEBBANE**, le devenir des personnes âgées atteintes ou développant un cancer et à ce titre renforcer l'unité d'oncogériatrie. En outre, dans un contexte d'extension de la T2A, les personnes âgées atteintes d'un cancer bénéficient de traitements coûteux pour lesquels les services de cancérologie sollicitent les services de gériatrie pour prendre à la suite en charge ces personnes. Aussi, au regard des difficultés majeures tant sur le plan de la prise en charge que sur celui du financement, l'orateur considère que la réflexion doit aboutir à un principe de réciprocité entre les services de cancérologie et les services de gériatrie développant cette spécificité.

Le groupe dédié à l'oncogériatrie, qui réunit des représentants des trois unités pilotes d'oncogériatrie ainsi que des gériatres et des oncologues, indique **Mme RHEIMS**, travaille, au-delà de l'organisation des unités pilotes, sur la structuration de l'offre de soins afin d'apporter dans les services d'oncologie une compétence gériatrique, et inversement, dans les services de gériatrie une compétence oncologique. Des propositions concrètes sur le sujet seront formulées en avril 2008.

M. VALLEUR note l'absence de prise en charge des malades dans les grands centres de lutte contre le cancer, aussi l'AP-HP possède-t-elle un avantage considérable sur la plupart de ces grands centres, souligne l'intervenant.

M. RICHARD souhaite connaître le contenu de la rubrique consacrée aux soins palliatifs et aux urgences. En effet, malgré les améliorations apportées lors des dernières années, le contexte de la prise en charge des patients cancéreux demeure difficile pour différentes raisons, parmi lesquelles l'absence d'accès aux informations et une qualité de prise en charge aux urgences qui se mêle à une prise en charge plus classique. Loin de l'activité de recherche, des essais thérapeutiques et des pôles, on doit travailler à l'amélioration de la prise en charge au quotidien.

Lors de la constitution des réseaux intra-muros, un des thèmes regardés et sur lequel la commission de travail, concerne les urgences et la prise en charge au quotidien informe **M. LACAU ST GUILY**. De plus, la Fédération des hôpitaux de France a émis un appel d'offres intitulé « appel à projets sortie des malades ».

Le **président** observe que l'INCa préconise un centre régional de cancérologie unique qui engloberait les pôles de lutte contre le cancer et l'AP-HP, tandis que l'ARH demeure favorable à la création de quatre pôles régionaux. La commission semble préférer la création de plusieurs pôles régionaux lesquels devraient en effet, permettre de mieux structurer les activités.

Depuis un certain nombre d'années, explique **M. LACAU ST GUILY**, le système se fonde sur le découpage de l'AP-HP en quatre groupements hospitaliers universitaires et à ce titre, la création de quatre pôles régionaux semblait inévitable. Ceux situés à l'ouest et au sud du territoire francilien disposeraient de partenariat avec des centres de lutte contre le cancer, contrairement à ceux situés au nord et à l'est. Les quatre pôles régionaux ainsi dessinés ont toutefois travaillé à des rythmes et selon des modalités variables, le concept de pôle régional demeure donc flou et ne bénéficie pas d'avancées convaincantes.

Tandis qu'apparaît à l'AP-HP l'idée d'un unique pôle régional de cancérologie, aucun arbitrage n'est arrêté sur ce dossier épineux car un pôle unique s'avère préférable pour la visibilité mais quatre pôles sont à privilégier en termes de fonctionnement et d'efficacité.

Un unique pôle régional construit en partenariat avec les centres anticancéreux fait craindre au **président** la limitation du rôle de l'AP-HP à la prise en charge des urgences et du traitement des malades compliqués ne valorisant pas l'institution à proportion de ses atouts.

M. FAGON intervient sur un certain nombre de points. En premier lieu, il mentionne l'inscription dans la troisième génération du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de la gradation des soins dans la prise en charge du cancer : d'abord par les centres autorisés, puis par les pôles régionaux, enfin par des réseaux territoriaux et par un réseau régional. Un tel maillage lui semble peu lisible.

Les autorisations en cancérologie, émises à la fin de l'année 2008 ou au début de l'année 2009, impacteront le fonctionnement des structures de l'AP-HP car cette dernière devra se placer en situation de prendre en charge les patients, en particulier sur le plan chirurgical, des centres non autorisés. Un des enjeux de l'année 2008 pour la DPM et pour la commission cancer consistera à réfléchir aux moyens de répondre à la demande de soins ainsi induite.

Un deuxième travail portera sur les pôles régionaux en Ile-de-France inscrits au nombre de quatre dans la troisième version du SROS. Il convient néanmoins de réfléchir sur une organisation plus précise des quatre pôles pour deux raisons. D'une part, le concept d'expertise ne doit pas se noyer dans une masse d'établissements (si chacun devient expert, le financement T2A se diluera), d'autre part, le plan cancer prévoit que les CHU et les CLCC concernés par les pôles régionaux formalisent leur complémentarité, partagent leurs moyens, mettent en cohérence leur stratégie médicale et établissent à terme un projet médical commun.

A cet égard, **M. FAGON** souligne qu'il existe un seul plan stratégique à l'AP-HP et un projet cancérologique de l'AP-HP qui sera, bien sûr, décliné dans les quatre pôles. La direction générale et la CME doivent assurer cette stratégie car des négociations séparées aboutiraient à une grande hétérogénéité au sein des pôles régionaux. A ce jour, on fonde le travail sur l'existence de quatre pôles régionaux. Le débat engagé ne doit pas empêcher les personnes concernées à poursuivre leur travail collaboratif dans leurs pôles respectifs. Les enjeux financiers et stratégiques imposent de réfléchir sur le nombre de pôles.

Lors d'une prochaine séance de la CME, conclut **M. FAGON**, seront présentés la base géographique des autorisations et l'impact sur les hôpitaux voisins.

M. LACAU ST GUILY ajoute que chaque hôpital devra absorber un nombre non négligeable de patients supplémentaires et que les hôpitaux qui se positionneront comme hautement spécialisés en cancérologie devront investir pour recruter des personnels supplémentaires.

L'AP-HP assure environ 60 % de la prise en charge chirurgicale des tumeurs solides de l'enfant au niveau national remarque le **vice-président**. Aucune campagne n'invite le grand public à effectuer des dons au profit d'associations pour la prise en charge de ces tumeurs, l'AP-HP occupant dans ce domaine une réelle situation d'expertise. Aussi, rejoint par **M. GARABEDIAN**, estime-t-il important que la commission cancer dispose d'un groupe consacré à la pédiatrie.

En réponse à la question du **président** relative aux recommandations concernant la valorisation dans le cadre de la T2A, **Mme RHEIMS** annonce une discussion pour demain sur un certain nombre de valorisations possibles, notamment celle du dispositif d'annonce. Il conviendra d'identifier les actes de consultations ou des actes spécifiques qui mériteraient d'être codés et intégrer, en particulier, les consultations de cancérologie pédiatrique et d'oncogériatrie.

V- Information sur le résultat de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008 :

- **des diverses disciplines.**
- **d'odontologie.**

La CME s'était prononcée en octobre 2007 sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2008 rappelle **Mme PORTENGUEN**. A quelques exceptions près, les publications parues au Journal officiel du 28 décembre 2007 et du 20 janvier 2008 se calquent sur les avis de l'instance (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

VI- Jubilé des centres hospitaliers universitaires.

Les centres hospitaliers universitaires créés par ordonnance en 1958 commémorent en 2008 leur cinquantenaire, informe le **président**. Au titre de la prise en compte des nombreuses retombées bénéfiques pour l'institution, l'AP-HP s'engage pleinement dans la commémoration du jubilé placée sur un terrain scientifique afin de montrer, par hôpital et par discipline, les grands progrès de la médecine et les grandes innovations thérapeutiques réalisés au sein de l'AP-HP.

A cette fin, un comité d'orientation scientifique, présidé par lui-même, s'est réuni afin de retenir les propositions des hôpitaux disponibles sur le site Internet dédié <http://jubile.aphp.fr> ouvert le 15 mars prochain.

Eu égard à l'étendue de la réforme de 1958, il apparaît indispensable que la récente loi d'autonomie sur l'université conserve les acquis du passé et permette des avancées de portée similaire dans le futur. A son sens, la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche s'effectuera à présent au niveau des pôles lesquels devraient disposer de quatre référents : le responsable de pôle, un référent pour l'enseignement, un référent pour la recherche et le directeur délégué au pôle.

Une personne ne peut efficacement, souligne M. CORIAT, à la fois être un praticien émérite, accomplir des missions d'enseignement et contribuer activement au classement de Shanghai pour l'université. Décliner la triple mission au niveau d'un pôle voire au niveau d'un service perpétuera l'esprit de la réforme Debré dans la nouvelle organisation de l'hôpital, la commémoration du jubilé étant construite dans cette logique.

Les doyens partagent ce point de vue indique **M. SCHLEMMER**. L'AP-HP demeure un élément constitutif majeur du CHU de Paris en dépit des ouvertures sur d'autres établissements. Cependant, même s'il se félicite des avancées passées, il estime plus important de se préoccuper des actions à mener.

A cet égard, il apparaît essentiel d'éviter toute cassure dans les établissements entre les éléments à la pointe de l'innovation et les éléments réputés faire fonctionner l'hôpital. Aussi, préconise-t-il d'accorder à l'ensemble des praticiens hospitaliers la faculté d'effectuer de la recherche et de l'enseignement. En effet, la spécificité des CHU s'applique, outre aux personnels hospitalo-universitaires, à l'ensemble des effectifs y compris ceux non médicaux dans le cadre de la recherche en soins infirmiers. On doit donc se montrer exemplaire sur tous les plans et mobiliser l'ensemble des personnels désireux de participer à l'effort de recherche et d'innovation et auxquels il importe de trouver une place adaptée dans une perspective d'avenir.

Le **président** ajoute que l'organisation médicale d'un service et l'utilisation pertinente du temps de travail constituent des éléments indispensables aux missions de recherche et d'enseignement de tous les acteurs d'un pôle, PU-PH ou PH. Au niveau de l'AP-HP, les praticiens hospitaliers sont encouragés à consacrer des présences à l'enseignement et à la recherche. Le discours sur l'organisation des soins peut, lui semble-t-il, entrer en synergie avec le discours d'implication dans l'enseignement et la recherche de l'ensemble des collègues PU-PH et PH.

Pour sa part, **M. BERCHE** considère que le service hospitalier représente l'université. Lorsqu'on accorde des soins, on effectue en permanence de l'enseignement. L'université est donc présente à l'hôpital dont le pôle assume une triple mission, laquelle peut se révéler soit davantage pédagogique, soit davantage axée sur la recherche, soit davantage portée sur les soins.

Depuis cinquante ans, la recherche, l'enseignement et les soins ont fonctionné de manière efficace dans les CHU grâce à différentes équipes, notamment paramédicales remarque **Mme BRESSAND**. Si elle se félicite de l'organisation du jubilé, elle se préoccupe de l'avenir car les cinq années prochaines seront décisives pour les CHU. Un travail entre l'université de médecine et les formations paramédicales sera indispensable, sous peine de voir les formations paramédicales s'éloigner des thématiques de soins. Certains étudiants en médecine effectuent d'ores et déjà des stages de soins infirmiers. La réflexion doit donc porter sur la situation des PU-PH et des PH mais également sur celle des 55 000 personnels paramédicaux composant le CHU.

S'il reconnaît la nécessité d'assigner des missions d'enseignement et de recherche aux praticiens hospitaliers, **M. CAPRON** se demande d'une part, quels éléments distingueront les PH des PU-PH dans les missions quotidiennes, d'autre part, si on ne s'oriente pas vers une fusion du corps médical hospitalier en une seule catégorie de praticiens et ainsi vers la fin du CHU.

Certes, les statuts et les carrières sont différents mais le fond du problème réside dans la constitution et l'animation des équipes dans les établissements, répond **M. SCHLEMMER**. Certains chefs de service possèdent les compétences en la matière, d'autres doivent accomplir des efforts. Or, pour attirer des praticiens hospitaliers dans un service universitaire, il convient de les intégrer dans l'ensemble des activités de l'équipe, en particulier la formation et la recherche, le travail devant s'accomplir de telle sorte que personne ne se sente tenu à l'écart.

Du point de vue de **M. DASSIER**, le contexte concurrentiel impose de réfléchir au devenir des CHU afin qu'ils maintiennent leur place et deviennent plus efficaces. Il croit que les principes d'une bonne pratique déontologique et l'instauration d'un respect entre chaque praticien hospitalier et chaque type de praticien hospitalier (PH, PU-PH, attachés) rendront les équipes médicales particulièrement unies et efficaces sur le plan clinique, de l'enseignement et de la recherche. L'institution a besoin de tous les talents. Il se dit favorable à un statut unique incluant le principe des valences contractualisées, limitées dans le temps et réévaluées.

Les facultés de pharmacie et les disciplines pharmaceutiques souhaitent d'autant plus adhérer à la commémoration du jubilé que, depuis 1968, les organisations professionnelles et syndicales des pharmaciens ont défendu l'appartenance des 24 facultés de pharmacie aux centres hospitaliers régionaux et universitaires, déclare **M. LEVERGE**. Une loi votée le 17 janvier 2002 a modifié l'ordonnance Debré en introduisant le terme « discipline pharmaceutique ». La loi d'autonomie du 10 août 2007 dans son article 45 a modifié une part du statut dérogatoire des trois types d'UFR de santé.

En outre, les pharmaciens ont transformé le dispositif statutaire le 23 mai 2006 par une modification du statut de 1984 des cliniciens médecins, en leur procurant notamment la possibilité de percevoir la prime de recherche et d'encadrement, et par une modification du conseil national des universités (CNU). Un texte publié à la fin du mois de mars 2008 permettra à des mono-appartenants hospitaliers d'entrer dans le CNU afin d'ouvrir le CHU à toutes les compétences.

Eu égard à leur rôle d'acteurs déterminés des modifications de l'ordonnance Debré, **M. LEVERGE** apprécierait que les pharmaciens soient associés au jubilé.

Toutes les compétences sont les bienvenues, la pharmacie tiendra tout son rôle dans l'organisation du jubilé, opine le **président** qui invite **M. LEVERGE** à prendre contact avec **M. SAUVAT**. Puis il encourage l'assemblée à consulter le site Internet consacré au jubilé et à participer à l'ensemble des manifestations organisées dans chaque hôpital.

VII- Calendrier d'intégration dans le CHU des pharmaciens en qualité de personnel hospitalo-universitaire.

Mme PORTENGUEN donne lecture du calendrier de la procédure d'intégration dans le CHU des pharmaciens en qualité de personnel hospitalo-universitaire :

- le 8 janvier 2008 : l'information à la CME ;
- le 10 janvier 2008 : la circulaire ministérielle fixant au 1^{er} février la transmission au ministère par l'AP-HP du dossier avalisé par les instances ;
- le 15 janvier 2008 :
 - la lettre cosignée du président de la CME et du directeur de la politique médicale sollicitant du ministère un mois de délai,

- la note d'instruction aux directeurs d'hôpital et aux présidents de CCM arrêtant au 18 février la transmission à la DPM des propositions hospitalières visées par les CCM ;
- le 15 février 2008 : la réunion préparatoire avec les doyens de pharmacie ;
- le 20 février 2008 : la conférence hospitalo-universitaire pour la pharmacie avec notamment les doyens, les directeurs de GHU représentant les chefs d'établissement, les membres de la CME représentant les présidents de CCM ;
- le 27 février 2008 : l'examen du dossier par le bureau de la CME ;
- le 11 mars 2008 : l'avis de la CME.

Il paraissait évident au **président** d'appliquer pour la nomination des PU-PH de pharmacie une procédure similaire à celle en vigueur pour les médecins.

M. MUSSET s'interrogeant sur le nombre de postes prévisibles au titre de l'article 36 du décret régissant cette intégration dans les catégories de PU-PH et de MCU-PH, **M. LEVERGE** indique que la réponse résultera de la réunion avec les doyens à laquelle il participera. Aujourd'hui, on ne dispose pas du niveau de postes disponibles en valence universitaire en raison de la rapidité de survenue de la réforme. La conférence des présidents d'université s'opposait à la réforme, ne souhaitant pas que la faculté de pharmacie quitte le statut de droit commun. La réforme accusant ainsi six ans de retard, les doyens n'ont pu l'anticiper. Les syndicats et les associations ont d'ailleurs obtenu au Conseil d'Etat la condamnation des services concernés (les ministères) pour non application de la loi.

Le nombre et l'identité des candidats sont répertoriés par les doyens, intervient **Mme GAUSSEM**, le problème de la valence hospitalière peut se poser dans certains d'universitaires qui disposeraient d'un nombre de demi-journées insuffisant pour obtenir cette valence.

Mme PORTENGUEN fait savoir qu'il s'agit d'une première intégration et que d'autres fenêtres s'ouvriront ultérieurement.

VIII- Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME entérine par 31 voix pour, 3 voix contre et 8 abstentions le renouvellement de contrats d'activité libérale et les nouveaux contrats.

IX- Approbation des comptes rendus des séances du 11 décembre 2007 et du 8 janvier 2008.

Les comptes rendus des séances du 11 décembre 2007 et du 8 janvier 2008 sont approuvés à l'unanimité.

X- Questions diverses.

L'indemnité d'activité sectorielle et de liaison pour les praticiens hospitaliers en psychiatrie.

M. HARDY souhaite des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison pour les praticiens hospitaliers en psychiatrie, les textes régissant cette indemnité étant parus au début de l'année 2007.

Le texte afférant à la mise en œuvre de cette indemnité s'avère complexe, déclare **Mme PORTENGUEN**, aussi convient-il d'en simplifier les termes avant de procéder à son application. Des éléments vont être transmis à la collégiale de psychiatrie qui se réunira prochainement sur ce thème.

Les responsables d'antennes dans le cadre des conseils de pôle.

M. LACAU ST GUILY demande si deviendra membre de droit du conseil de pôle, le chef de service responsable d'une antenne qui lui est rattachée et située dans le pôle d'un autre hôpital.

Le **président** explique que le pôle inter-hospitalier n'existant pas, l'antenne devient dans le cadre de la gouvernance, l'unité fonctionnelle d'un pôle de l'hôpital siège ; son responsable, désigné par le chef de service dont dépend la structure, sera membre de droit du conseil de pôle.

Pour les élections des conseils de pôle, l'administration se cadre sur les structures règlementairement formelles, précise **M. FAGON**.

Le sujet des antennes pose un réel problème d'organisation selon **Mme Brigitte GIRARD** en l'absence d'un lien structurel reliant deux hôpitaux. Elles dépendent, dans leur fonctionnement et dans leur matériel, de l'hôpital d'où elles émanent. On se trouve donc en présence d'un lien à la fois fonctionnel, administratif, juridique et d'autorité qu'il conviendra de préciser, sans détacher toutefois les antennes de leur service d'origine.

Il peut exister des contrats entre pôles, observe le **président**, considérant toutefois que les problèmes soulevés imposent une mise à plat de ces structures pour formaliser leur rattachement conformément à la réglementation.

La part complémentaire variable.

Des collègues praticiens hospitaliers de chirurgie s'inquiètent de ne pas voir mise en place la part complémentaire variable effective depuis le 1^{er} janvier 2007 informe **M. FAYE**. S'il connaît les difficultés rencontrées pour remplir les critères de versement de la part complémentaire variable, il sait cependant qu'elle s'applique dans des hôpitaux non universitaires. Il suggère donc que l'AP-HP interroge des responsables des hôpitaux universitaires sur le stade de traitement de ce dossier, proposition soutenue par le **président**.

Pour participer régulièrement aux réunions des responsables des affaires médicales des centres hospitaliers régionaux, **Mme PORTENGUEN** indique qu'à sa connaissance, aucun CHR n'a versé la part complémentaire variable au titre de l'année 2007, les CHR de France n'étant pas à jour, comme d'ailleurs l'AP-HP, sur les tableaux de service prévisionnels.

*

* *

La séance est levée à 11 heures 45.

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

Mardi 11 mars 2008 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 février 2008 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.

ANNEXE

Paris, le 13 FEV, 2008

Note à l'attention de

**Messieurs les Directeurs d'Hôpitaux
Messieurs les Présidents de CCM**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL
PRÉSIDENT DE LA CME

Madame, Monsieur,

La réflexion actuellement en cours à l'AP-HP concernant les CET a posé comme principe la nécessaire équité entre médecins, entre service, entre disciplines, et entre hôpitaux.

Pour cela et comme le précisent les textes réglementaires, un tableau général d'activité de chaque structure interne de pôle précisant l'organisation de la présence médicale dans chaque secteur d'activité sur une base annuelle (des ajustements saisonniers seront faits ultérieurement) doit être réalisé très rapidement, validé par le responsable de pôle et la gouvernance de l'hôpital.

Lui seul permettra de guider la gestion prospective du temps médical et une attribution équitable des CET en 2008.

Nous vous remercions de mettre très rapidement en œuvre cette action. Le service du personnel médical de la direction de la politique médicale est à votre disposition pour toute information ou aide complémentaire.



Benoit LECLERCQ



Professeur Pierre CORIAT