

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 4 AVRIL 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 9 MAI 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 7 mars 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Bilan d'activité pour l'année 2005 de la COMEDIMS et plan d'action pour l'année 2006.
- 2- Etat d'avancement du projet biologie.
- 3- Point d'étape sur l'organisation des gardes et astreintes de radiologie.
- 4- Bilan de la formation médicale continue pour l'année 2005 ;
- implications de la formation médicale continue obligatoire ;
- point sur l'accès à l'information médico-scientifique à l'AP-HP.
- 5- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 6- Avis sur l'avenant numéro 2 à la convention hospitalo-universitaire associant l'Institut Gustave Roussy à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris XI.
- 7- Information sur la nouvelle procédure d'autorisation de l'exercice de la médecine des praticiens à diplôme extra-communautaire.
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 7 mars 2006.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire hors CHU.
- Avis sur la désignation de praticien hospitalier à temps partiel à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement de fonctions d'un praticien hospitalier associé.
- Avis sur la nomination à titre permanent d'un praticien hospitalier associé.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la désignation des responsables de pôles de l'hôpital Saint-Antoine.
- Avis sur la désignation d'un responsable de pôle à l'hôpital Paul Doumer.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur les demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

Composition A

- Avis sur la candidature à un emploi de PU-PH offert à la mutation au titre de l'année 2006.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
 - M. le Pr LEPAGE, responsable de l'information médicale,
 - 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 BAGLIN, doyen de faculté,
 - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;

- ***les représentants de l'administration :***
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - 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,
 - Mme QUESADA, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - M. le Pr BERGMANN, président de la COMEDIMS centrale,
 - Mme CHARPIOT, direction de la politique médicale,
 - Mme le Pr DALL'AVA, présidente de la commission de la formation continue des médecins,
 - M. le Dr DAVID, direction du développement des ressources humaines,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - M. le Dr SEGOUIN, commission de la formation continue des médecins,
 - Mme le Pr SCHOUMAN-CLAEYS, présidente de la collégiale de radiologie de l'AP-HP,
 - M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de MM. BEN-BRIK, BERCHE, LEVERGE, PATERON et PIETTE.

Avant d'engager l'examen des points mentionnés à l'ordre du jour, il accueille au sein de l'instance les nouveaux membres élus à l'issue des élections partielles de la commission médicale d'établissement qui viennent de se dérouler :

- M. DOUARD, MCU-PH en chirurgie générale, digestive et oncologique à l'hôpital Ambroise Paré ;
- M. KANIA, PHU en oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière ;
- Mme KHELFAOUI-LADRAA, PAC aux urgences pédiatriques de l'hôpital Bicêtre ;
- M. LOULERGUE, CCA dans le service des maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Necker enfants malades ;
- M. SANANES, CCA à l'ECIMUD de l'hôpital Bichat ;
- M. VEYRIE, interne en chirurgie générale et digestive à l'hôpital Ambroise Paré.

Il souhaite également la bienvenue à M. GUIN récemment nommé directeur économique et financier de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et qui vient du ministère des finances.

La **directrice générale** se réjouit de l'arrivée de M. GUIN qui a montré un réel intérêt pour les questions sanitaires puisqu'il a effectué sa mobilité dans une agence régionale d'hospitalisation. Elle lui a demandé de s'attacher particulièrement à expliquer simplement aux médecins les affaires financières et budgétaires.

I - Bilan d'activité pour l'année 2005 de la COMEDIMS et plan d'action pour l'année 2006.

La parole est donnée à **M. BERGMANN** pour présenter le dossier relatif à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il précise que la COMEDIMS se compose de structures permanentes en liaison avec les COMEDIMS locales : le comité du médicament (COMED), le comité des dispositifs médicaux stériles (CODIMS), le comité de la iatrogénie (COMIA) et la commission des anti-infectieux (COMAI).

1- Les dépenses de médicaments.

En 2005, le budget global du médicament s'élevait à cinq cent trente trois millions d'euros, soit au même niveau qu'en 2004. Les dépenses affectées aux médicaments utilisés à l'hôpital augmentaient de 10 % tandis que diminuaient les dépenses des médicaments rétrocédés désormais disponibles en ville. Globalement, on relève une stabilisation des coûts totaux du médicament, contre une augmentation de 7 % en 2004. Pour la première fois depuis plusieurs années, les dépenses de médicaments à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris affichent un taux d'évolution négatif.

L'orateur décline ensuite la consommation par classes de médicaments d'hospitalisation et de rétrocession ainsi que l'évolution en 2004, des dépenses de dispositifs médicaux à hauteur de deux cents millions d'euros, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2003. Les dispositifs hors groupes homogènes de séjours (GHS) facturés en sus s'élevaient à quarante millions d'euros, soit 20 % du total, alors que les médicaments hors GHS facturés en sus représentaient environ 50 % des médicaments en hospitalisation.

2- Le bilan d'activité pour l'année 2005.

La COMEDIMS s'est investie dans la juste prescription et dans les recommandations pour les médicaments hors GHS. Elle a aussi participé à la rédaction du contrat de bon usage pour lequel le médicament revêt une importance majeure et continue de surveiller les dépenses tout en assurant l'activité régulière des comités. L'effort a également porté sur la création de liens étroits avec les COMEDIMS locales lesquelles s'avèrent essentielles pour la communication sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux au sein des différents hôpitaux.

Après avoir tracé à grands traits les travaux relatifs à la juste prescription et au contrat de bon usage, M. BERGMANN relate l'activité régulière des différents comités.

3- Le plan COMEDIMS pour l'année 2006.

Les grands axes du plan s'articulent autour :

- de l'analyse des nouveaux produits et dispositifs médicaux ;
- de la poursuite du travail sur la tarification à l'activité (T2A), la juste prescription et les contrats de bon usage qui figurent déjà sur le site Internet ;
- de la révision des classes de médicaments ;
- des relations étroites avec les COMEDIMS locales.

Il rappelle l'existence du bulletin de la COMEDIMS et indique que l'ensemble des conclusions figure sur le site Intranet qu'il conviendrait de faire évoluer vers un site Internet, à l'intention des hôpitaux hors de l'AP-HP qui souhaitent avoir accès aux recommandations de bon usage des médicaments hors GHS ou dans les GHS.

En conclusion, le rapporteur estime que l'avenir de la COMEDIMS dépend désormais de la création d'une grande commission issue de la commission médicale d'établissement réunissant toutes les structures ayant trait à la thérapeutique, à l'évaluation, aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Cette création inscrite dans les textes législatifs entraînera certainement une redistribution des missions de la COMEDIMS.

Par ailleurs, le circuit des alertes devra être amélioré. Des discussions sont en cours pour disposer à l'AP-HP du logiciel d'aide à la prescription d'antibiotiques : Antibiogarde.

Il insiste enfin sur la communication et la formation. Le contrat de bon usage, mal connu des praticiens, représente certes une aide à la prescription mais il sert aussi à contrôler la prescription ; à cet égard, M. BERGMANN craint que les praticiens ne redoutent d'être empêchés de prescrire librement. Aussi, il demande à l'instance de produire des efforts de communication pour que tous les prescripteurs et tous les infirmiers comprennent que les règles de bon usage visent à faciliter la prise en charge des malades.

Le **président** partage le désir d'augmenter la communication, notamment autour du contrat de bon usage, laquelle selon lui doit passer par les commissions locales.

A cet égard, ajoute **M. BERGMANN** le 13 juin prochain se réuniront les responsables des COMEDIMS locales, les présidents des comités consultatifs médicaux et les directeurs des finances ; à cette occasion, il importera d'insister pour que l'information parvienne au niveau des praticiens.

Pour **M. NAVARRO** il convient de faire connaître l'esprit du contrat de bon usage. Ce contrat a été bien négocié par l'AP-HP avec l'agence régionale de l'hospitalisation en Ile-de-France (ARH-IF) puisqu'il permet au fil du temps de s'approcher d'une situation exemplaire ; d'autre part, le contrat reconnaît le travail du comité de juste prescription présidé par **M. BERGMANN**. Il s'agit à présent de porter ce travail au niveau des établissements afin d'éviter un irrespect des différentes phases du contrat de bon usage et les risques de non-remboursement qui en découleraient.

Bien que favorable à cette communication, il semble néanmoins important à **Mme DEGOS** de présenter ce contrat de manière positive. A cet effet, il faut promouvoir la culture de l'évaluation et de la qualité qui désormais entrent dans l'évaluation des pratiques professionnelles de chacun. Les remontées économiques interviendront dans un deuxième temps et les praticiens apprécieront de les découvrir sans qu'elles n'aient représenté un objectif prioritaire.

Le **président** s'interrogeant sur l'éventuelle possibilité d'un partage des travaux et des informations avec d'autres établissements hospitaliers, **M. BERGMANN** répond que des réunions régulières se déroulent entre les centres hospitaliers universitaires de Paris, Lyon et Marseille permettant l'échange des recommandations. Si ces réunions fonctionnent bien, en revanche les modalités des contrats de bon usage signés dans ces différentes villes s'avèrent assez différentes. L'AP-HP a négocié avec l'ARH-IF un contrat de bon usage à la fois souple et indicatif pour l'avenir, tandis que les établissements de Lyon par exemple sont enfermés par un contrat restreint.

Par ailleurs, il manque une structure nationale regroupant toutes les COMEDIMS. La haute autorité de santé (HAS) pour les dispositifs médicaux et l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) pour le médicament, regroupent les informations issues de toutes les COMEDIMS de France, afin d'établir des référentiels nationaux. L'AP-HP a d'ailleurs réalisé la plus grande partie du travail, car ces deux organismes nationaux manquant de moyen, ils prient l'AP-HP de poursuivre la veille bibliographique, par exemple. Une COMEDIMS nationale permettrait de mieux répartir le travail, observe-t-il.

Le contrat de bon usage ne se limite pas à l'AP-HP intervient **M. CHAUSSADE**. Tandis que dans l'esprit des collègues, celui-ci représenterait une contrainte mise sur l'AP-HP, il explique que le contrat s'applique au contraire à toutes les structures sanitaires publiques et privées.

II - Etat d'avancement du projet biologie.

En propos liminaire, **M. SUDREAU** déclare que l'action engagée sur la biologie dès l'année 2003 s'inscrit parmi les priorités du plan stratégique pour la période 2005 – 2009. Cette action repose sur deux structures d'animation, une équipe projet restreinte réunie autour de **Mme CHARPIOT** et un comité de pilotage. Elle est portée dans les hôpitaux sous la coordination des directeurs de groupement hospitalier universitaire et un binôme directeur / biologiste, en liaison étroite avec les directions médicales locales.

Les quatre objectifs fixés au comité de biologie concernent (cf. document mis en ligne sur le site Internet) :

- la lisibilité des activités ;
- la cohérence et la rationalisation des organisations ;
- l'optimisation des moyens du plateau technique et la contribution au plan de retour à l'équilibre ;
- le soutien de la recherche.

Le schéma cadre de la biologie comprend cent soixante dix actions, à la fois transversales à l'AP-HP (environ vingt) et ciblées par hôpital et par GHU (environ cent cinquante). Au 31 décembre 2005, quarante six actions étaient achevées (27 %) et quatre vingt douze étaient engagées (54 %), soit 81 % du total des actions.

La méthodologie appliquée a consisté à mettre en place un binôme référent biologie par GHU, à identifier un chef de projet par action et à élaborer une fiche type de suivi. Trois à quatre fois par an, le comité bénéficie de retours pragmatiques sur l'avancée des travaux et les difficultés rencontrées. Cette méthode permet d'assurer le suivi des actions engagées.

Les cent soixante dix actions répondent à deux thématiques majeures : la réorganisation et la restructuration ; la qualité, la sécurité et la traçabilité.

1- Les réorganisation et les restructurations.

Pour sa part **Mme CHARPIOT** explicite les objectifs de cette thématique :

- l'optimisation des organisations ;
- l'optimisation et la lisibilité des activités grâce d'une part à la mutualisation des plates-formes de routine ou spécialisées, d'autre part à la répartition inter-site des activités afin d'éviter les doublons sur des séries d'examens ;
- le regroupement de petites séries d'examens très spécialisés sur quelques sites labellisés ;
- le regroupement par transfert de toute une activité sur le même site ;
- les transferts d'activités de laboratoire des sites des soins de suite et réadaptation (SSR) et des soins de longue durée (SLD) vers les hôpitaux de court séjour.

Les actions d'appui de ces réorganisations s'articulent autour :

- des programmes architecturaux de restructuration des activités de laboratoire ou des travaux d'adaptation, qui concernent onze sites nouveaux dans le plan stratégique 2005 – 2009 ;
- d'un seul système de gestion de laboratoire par hôpital, voire pour plusieurs sites ;
- des centres d'innovation et d'investigation biologique ;
- des prestations inter-hospitalières destinées à faciliter les transferts inter-sites ;
- d'un accompagnement social des personnels médicaux et des personnels non médicaux ;
- d'une étude en cours sur le transport des prélèvements, leurs flux et leur conformité.

2- La qualité, la sécurité et la traçabilité.

M. SUDREAU décline à son tour les trois objectifs de la deuxième thématique :

- la juste prescription en biologie ;
- la sécurisation des ressources biologiques ;
- l'homogénéité des intitulés et des structures des laboratoires.

Trois actions d'appui à ces travaux ont été lancées :

- des contrats d'objectifs avec chaque hôpital de régulation tant qualitative que quantitative des B et des BHN prescrits, car selon l'étude nationale des coûts, la biologie de l'AP-HP s'avère chère par rapport aux autres établissements ;
- l'harmonisation en liaison avec les collégiales, des cotations en B et BHN ;
- la réduction des examens externalisés en dehors de l'AP-HP.

S'agissant des examens externalisés, **Mme CHARPIOT** signale qu'en 2005, près de six cent mille euros étaient dépensés auprès de laboratoires privés parfois simplement par manque d'information sur les compétences présentes en interne à l'AP-HP.

Puis **M. TULLIEZ** se propose de montrer un exemple du travail du comité de pilotage en matière de ré-internalisation des examens envoyés précédemment au CERBA.

Comme les caryotypes onco-hématologiques représentaient une partie importante (25 %) des coûts de ces examens, il a été demandé aux chefs de service d'hématologie clinique, aux responsables des laboratoires d'hématologie qui font la cytogénétique hématologique et aux responsables de laboratoire d'histologie de reprendre ces examens.

En fonction des spécialités et des souhaits de chacun et dans le dessein qu'un ou deux services assurent ces examens par GHU, l'organisation suivante a été élaborée :

- GHU ouest : l'activité sera concentrée sur l'hôpital Necker enfants malades qui reprend l'essentiel des activités des hôpitaux Ambroise Paré, Cochin et Georges Pompidou ;
- GHU nord : l'hôpital Avicenne assurera la cytogénétique hématologique de tous les hôpitaux du GHU, sauf les hôpitaux Saint-Louis et Robert Debré ; l'hôpital Saint-Louis réalisera sa propre cytogénétique hématologique (puis celle de Robert Debré) ainsi que les hybridations *in situ* pour les myélomes de tous les hôpitaux de l'AP-HP ;
- GHU est : le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et l'hôpital Saint-Antoine auront chacun leur secteur cytogénétique hématologique ;
- GHU sud : tous les examens seront réalisés à Bicêtre sauf les caryotypes des leucémies aiguës et pathologies myéloïdes de l'hôpital Henri Mondor qui seront assurés par l'hôpital Saint-Antoine.

L'orateur cite ensuite les binômes composés d'un clinicien et d'un cytogénéticien, désignés comme experts pour chaque GHU.

Avec ces référents seront étudiés le déroulement du retour des examens du CERBA vers l'AP-HP, les délais pour le rendu des examens et les améliorations à proposer.

Mme DEBRAY-MEIGNAN demande s'il est prévu de supprimer les lits de court séjour à l'hôpital Charles Foix alors qu'il en demeure au groupe hospitalier Joffre Dupuytren comme dans pratiquement tous les hôpitaux de gériatrie. A sa connaissance, il reste également un laboratoire sur ce site.

Elle s'interroge aussi sur la façon dont se déroulent les examens réalisés en urgence dans ces hôpitaux : observe-t-on du retard ou des difficultés notamment en matière de transports routiers eu égard à l'éloignement de certains hôpitaux de court séjour de référence. D'autre part, elle voudrait savoir si les sites sont équipés d'automates pouvant être gérés par l'interne de garde.

Mme CHARPIOT précise qu'en effet il reste un laboratoire au groupe hospitalier Charles Foix – Jean Rostand et un laboratoire commun aux hôpitaux Emile Roux et Joffre Dupuytren. Une organisation est en place entre ces deux derniers hôpitaux, pour les examens de l'hôpital Georges Clémenceau.

S'agissant des activités en urgence, les sites ont effectué leur choix selon leur situation géographique, par exemple, l'hôpital Georges Clémenceau a mis en place, pour la nuit ou le week-end, un système de biologie délocalisé sous la responsabilité du biologiste de Joffre Dupuytren.

Mme MARCHAND relate l'investissement demandé depuis un an pour mettre à jour la nomenclature, les libellés, les conditions de prélèvements et de recherche de sites d'accueil, mais aussi pour accompagner un changement de culture dans la prescription et la recherche d'informations. Concernant la répartition des examens, elle s'interroge sur « l'obligation » de transférer toute l'activité de virologie sur l'hôpital Bichat, ne tenant pas compte de la demande des cliniciens d'avoir un suivi des patients greffés dans le laboratoire de l'hôpital Saint-Louis, par exemple. Elle souhaite que cette situation soit examinée.

Le binôme référent sur le GHU nord s'avère très actif, répond **Mme CHARPIOT** qui va bientôt interroger les quatre binômes afin de connaître l'avancée de leurs actions. Ce sujet précis peut certainement être évoqué au sein du comité de biologie du GHU nord, selon elle. Des organisations spécifiques vont nécessairement se mettre en place en virologie entre Bichat et Beaujon, entre Lariboisière et Saint-Louis. Il faut en effet organiser les transferts d'examens, en fonction de l'endroit où se trouvent les compétences.

III - Point d'étape sur l'organisation des gardes et astreintes de radiologie.

Ce point de l'ordre du jour, annonce le **président**, fait l'objet d'une présentation à deux voix, M. AIGRAIN et Mme SCHOUMAN-CLAEYS, présidente de la collégiale de radiologie de l'AP-HP.

M. AIGRAIN s'attache à expliquer le travail commun réalisé par des membres de la collégiale de radiologie, de la direction de la politique médicale, de la CME et de la commission des gardes et astreintes (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Il observe que l'AP-HP paye le prix du morcellement de ses services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) avant d'indiquer que la réflexion a porté sur deux sujets différents mais qui se situent dans un même contexte de difficultés démographiques :

- les gardes et astreintes de radiologie « générale », liées aux activités des SAU ;
- les astreintes de radiologie vasculaire interventionnelle.

1- Les gardes et astreintes de radiologie générale liées aux activités des SAU.

- *L'état des lieux*

Aujourd'hui, l'AP-HP finance 19,3 gardes de senior, 6 demi-gardes, demi-astreintes, 10,6 astreintes opérationnelles, 6 astreintes de sécurité et 7 gardes de junior.

Enquêter sur l'activité de radiologie liée aux SAU s'avère compliqué en raison des difficultés d'extraction des données du système d'information. Néanmoins, trois groupes d'hôpitaux ressortent : à forte activité, à activité moyenne et à activité plus limitée. La comparaison entre les hôpitaux d'enfants et ceux d'adultes est malaisée car les demandes d'examens radiologiques conventionnels sont moindres pour les hôpitaux pédiatriques alors que les demandes d'échographie sont plus fréquentes. En pratique il est montré que la prise en charge d'un enfant consomme globalement deux fois moins d'imagerie que celle d'un adulte.

De même, comptabiliser les demandes provenant de l'intérieur de l'hôpital se révèle laborieux et les sites équipés d'un SAU important ont une plus forte activité radiologique que la moyenne des hôpitaux.

Si l'accessibilité aux examens radiologiques standard et à des examens en coupe doit être préservée dans les hôpitaux équipés d'un SAU, se pose la question de savoir si cette notion qualitative importante impose le maintien d'une garde radiologique sur place. La réalisation des échographies soulève des problèmes spécifiques.

- *La proposition d'expérimentation*

Dans ce cadre, l'idée consiste à conjuguer un site à forte activité et un site à plus faible activité, annonce **Mme SCHOUMAN-CLAEYS**, en localisant les médecins radiologues uniquement sur les sites à forte activité. L'expérimentation pourrait commencer entre les hôpitaux Hôtel-Dieu et Cochin, où les équipes de radiologie se déclarent volontaires. Puis elle décrit la situation actuelle à l'Hôtel-Dieu, mentionne la compatibilité entre les deux sites sur les systèmes de stockage d'images, propose de réaliser les examens en coupe sur l'Hôtel-Dieu et de les télé-transmettre vers Cochin.

Il reste d'une part à définir les modalités de contact entre le prescripteur urgentiste et le radiologue et d'adressage des comptes-rendus, d'autre part à prévoir peut-être une astreinte pour l'échographie de week-end.

Il conviendrait de renforcer la garde à Cochin actuellement réalisée par un senior en mettant en place une équipe senior-junior comme dans les SAU importants. Si le système fonctionne, on pourrait alors récupérer des plages additionnelles permettant de mieux faire fonctionner les équipements lourds le soir et aussi étendre le modèle à d'autres sites.

2- La radiologie vasculaire interventionnelle.

M. AIGRAIN liste les champs hors la réflexion :

- les polytraumatisés, bien qu'il juge indispensable de réaliser une présentation devant la CME des effets induits par l'organisation des gardes chirurgicales mise en place ;
- la neuroradiologie liée à la grande garde de neurochirurgie ;
- l'interventionnel pédiatrique,

avant de citer les domaines concernés soit, les hémorragies de la délivrance et les autres activités telles que les hémoptysies, le vasculaire périphérique, les hémorragies digestives.

Il livre d'abord des données relatives à l'activité de ces domaines puis il indique qu'à ce jour, l'activité est assurée par le volontariat et repose sur des équipes de faible effectif. Durant les vacances, la disponibilité des équipes n'est pas constante et il n'existe aucune solution de recours si l'appareillage tombe en panne.

Dans ce contexte, la proposition consiste à mettre en place deux listes d'astreinte, l'une concernant les hémorragies de la délivrance et l'autre les indications de vasculaire interventionnel. L'accueil des patients devrait être systématique, ce qui implique également des réanimateurs chirurgicaux ou polyvalents ainsi que des accoucheurs, la régulation étant confiée aux SAMU.

Les recommandations portent, pour les hémorragies de la délivrance, sur des services supports tels que la réanimation et la gynécologie obstétrique. Les bénéficiaires pour cette activité sont l'AP-HP et les établissements ayant passés des conventions avec les différents services de radiologie. Les hôpitaux retenus sont ceux à la plus forte activité : Antoine Béclère, Cochin, Lariboisière, la Pitié-Salpêtrière et Tenon. Pour les autres examens de radiologie vasculaire interventionnelle, il faut de la réanimation, de la pneumo-médicale et de la chirurgie vasculaire en astreinte. Les hôpitaux concernés sont Ambroise Paré, Bichat, Georges Pompidou, Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor (autre vasculaire) et Tenon (hémoptysie).

Il est aussi proposé :

- d'établir une liste d'astreintes complémentaire de l'existant ;
- d'assurer, dans le cadre de la continuité des soins, un relai automatique en cas de panne par le service d'astreinte la semaine suivante ;
- de rémunérer chaque astreinte au forfait.

A terme, on devrait aboutir à une centralisation de l'activité vers les services participants. Il sera donc possible ultérieurement de redéployer des astreintes opérationnelles existantes sur des sites peu actifs vers des sites où l'activité sera maintenue.

En conclusion, il souligne la nécessité d'un suivi prospectif de ce système et des centres prenant en charge les polytraumatisés, ainsi que les autres urgences chirurgicales.

A l'issue de la présentation, la discussion s'engage.

M. BERNAUDIN voudrait savoir si une réflexion sur la délégation de compétences est en cours, portant par exemple sur la formation de manipulateurs radiologues à une échographie plus poussée et éventuellement au transfert des données obtenues par cet examen.

Le travail accompli de manière systématique montre, selon **M. CARLI**, tout l'intérêt à envisager ces sujets de manière rationnelle. Il faudra procéder de même avec la neurochirurgie, car les besoins évoluent. Les dispositifs mis en place il y a quelques années, même s'ils ont rendu de grands services, ne sont plus forcément adéquats à la demande.

Par ailleurs, le rapport entre la radiologie et la médecine d'urgence représentant un des enjeux de l'organisation de demain, il s'interroge sur l'avenir des médecins urgentistes dans l'échographie notamment. Il existe en effet, dans ce domaine, un grand nombre d'enseignements américains qui permettraient un débrouillage échographique par les médecins urgentistes, suivi d'une confirmation ou d'un examen complémentaire plus spécialisé.

Enfin, il confirme le fait que les hémorragies de la délivrance se déroulent généralement très bien à l'AP-HP sauf, et généralement durant les longs week-ends si les cas se multiplient et augmentent l'activité en dehors de l'AP-HP qui brutalement se répercute sur le service public pour les cas les plus graves.

M. GOËAU-BRISSONNIERE observe que les malades présentant une urgence vasculaire périphérique ne sont en règle générale pas adressés à un service de radiologie interventionnelle, mais essentiellement à un service de chirurgie vasculaire (une astreinte de chirurgie est assurée par GHU) soit aux urgences ou à un service de réanimation. Une problématique apparaît donc pour s'adapter à la réalité clinique.

En effet, on doit réfléchir à l'organisation de la grande garde de neurochirurgie car la situation a évolué, confirme **M. AIGRAIN**. Par ailleurs, le vasculaire ne comprend pas que les vaisseaux mais aussi l'hémorragie digestive, or les sites retenus sont ceux qui disposent de ces moyens.

Une réflexion sur les transferts de compétence est en cours précise **Mme SCHOUMAN-CLAEYS** mais on souffre d'un déficit majeur en manipulateurs ; pour l'instant, la priorité consiste à les garder pour faire de la radiologie standard et du scanner. Dès la sortie de cette crise, on pourra tout à fait déléguer une partie des échographies sous contrôle médical à des manipulateurs formés à l'échographie.

S'agissant de l'échographie confiée aux urgentistes, se développe actuellement un mouvement qui consiste à former les urgentistes au débrouillage en échographie. La Société française de radiologie se prononce en faveur de ce mouvement, mais dans des conditions réfléchies eu égard aux difficultés pour devenir un bon échographiste.

Par ailleurs, on observe actuellement un certain abandon de l'échographie par les radiologues au profit du scanner qui s'avère réellement plus performant. Aussi, il ne faudrait pas confier aux urgentistes des actes d'échographie non réellement utiles.

A la suite d'affaires douloureuses survenues dans les services d'urgence, intervient **Mme BRESSAND**, les collégiales des urgentistes et des radiologues ont élaboré un contrat sur l'interprétation des clichés de radiologie traditionnelle. Les modalités de ce contrat étant bien maîtrisées par les infirmiers des urgences et les manipulateurs radiologues, il faut veiller à ne pas changer totalement de procédure aujourd'hui, suggère-t-elle.

Le contrat radio-urgence correspond à un contrat organisationnel très général sur la prise en charge des patients en urgence, les indications, les circuits d'interprétation, etc... remarque **Mme SCHOUMAN-CLAEYS**. Dans le cas de la télétransmission entre Cochin et l'Hôtel-Dieu, l'activité ne porterait que sur l'imagerie en coupe. La radiologie standard continuerait à fonctionner comme actuellement partout en France, soit une première lecture du cliché standard par l'urgentiste et une seconde lecture par le radiologue, dans un délai théorique de douze heures, ou encore une interprétation immédiate pour des problèmes particuliers.

Du point de vue de **M. RYMER**, le problème de fond concerne la démographie des radiologues interventionnels au regard de leur faible effectif dans tous les centres de radiologie. Ce problème obligera à entreprendre une restructuration plus profonde que celle proposée aujourd'hui. De plus, on doit faire appel à des médecins particulièrement spécialisés limitant davantage, de ce fait, les possibilités d'organisation.

Il conviendrait, lui semble-t-il, de réduire le nombre de centres proposés dans ce projet, avec une mutualisation des médecins compétents sur ces centres. Il lui paraît illusoire de croire que les médecins des sites avec peu d'activité auront la compétence nécessaire en vasculaire interventionnel car les médecins compétents se trouvent justement dans les hôpitaux sélectionnés. Selon lui, cette ébauche de réorganisation permet certes une meilleure visibilité, mais n'apportera pas grand-chose à la situation actuelle.

M. AIGRAIN fait valoir que grâce au suivi qui se mettra en place, on connaîtra au moins l'activité des différents centres.

Pour le **président** ce travail offre l'avantage de poser les problèmes. Par ailleurs, il retient l'idée de présenter devant la CME un bilan des gardes et astreintes portant sur les polytraumatisés.

**IV - - Bilan de la formation médicale continue pour l'année 2005 ;
- implications de la formation médicale continue obligatoire ;
- point sur l'accès à l'information médico-scientifique à l'AP-HP.**

M. DAVID se propose de présenter d'abord un bilan quantitatif de la formation continue médicale (FCM). Le deuxième volet portera sur les implications de la formation médicale continue obligatoire et le troisième volet sur les abonnements électroniques (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- Le bilan quantitatif et qualitatif de la formation continue médicale.

En 2005, ont été organisées :

- trois cent sept actions d'amélioration et de développement des connaissances médicales autour des grandes priorités institutionnelles dont la cancérologie ou la gériatrie ;
- vingt sept actions de formation sur la recherche et la communication de la recherche, dont notamment des actions sur la valorisation de la recherche clinique et la protection de l'innovation ;
- quarante trois actions de formation sur le management hospitalier (T2A et gouvernance).

Les trois modalités de formation proposées pour la FCM à l'AP-HP concernent :

- les formations présentielles qui peuvent être, organisées en central, en centres de formation AP-HP, sur les sites, ou bien financées au travers d'aides financières pour des congrès et des séjours notamment à l'étranger ;
- des formations à distance (*e-learning*, cours téléphonés) dont les taux de satisfaction avoisinent les 95 % ;
- l'autoformation au travers d'abonnements à des revues en ligne.

Le nombre de journées de formation des médecins à l'AP-HP se présente à hauteur de dix mille, dont huit mille gérées en central et deux mille au niveau local. On observe une légère diminution du nombre de journées de formation organisées au niveau local en 2005.

Par ailleurs, on relève une augmentation du nombre de jours de formation présentielle et une diminution du nombre de jours de formation au travers des aides financières en raison de l'augmentation des frais par dossier (pour un montant total de deux cent quatre vingt quinze mille euros environ). Depuis l'an 2000, trente deux séjours à l'étranger ont été financés. Un seul praticien concerné par ces séjours a quitté l'AP-HP, quatorze personnes ont fait l'objet d'une promotion statutaire suite à leur séjour à l'étranger et l'impact de ces séjours en terme de publications est en cours d'évaluation. En 2005, l'AP-HP a financé la formation de cinq praticiens en disponibilité (ce qui équivaut à environ mille trois cents jours de formation).

La répartition des participants par statut aux actions de formation de l'AP-HP demeure stable par rapport à l'an passé. Les dépenses se ventilent par 37 % en aides financières, 32 % en abonnements électroniques et environ 25 % en actions de formation, les frais de fonctionnement du département représentant 0,80 % du budget. Le coût de production d'une journée de formation reste stable, aux alentours de quatre vingt dix huit euros. Le taux de satisfaction des personnels à l'égard de ces actions de formation se situe aux alentours de 97 % contre 3 % qui estiment le contenu insuffisant.

Pour l'année 2006, la ventilation prévisionnelle budgétaire envisage une augmentation des dépenses d'abonnements aux revues médicales et scientifiques à hauteur de 60 % du budget (neuf cent cinquante mille euros), un maintien du montant consacré aux aides financières, soit trois cent mille euros et une affectation d'un peu moins de trois cent mille euros aux formations plus traditionnelles. Au final, le budget de formation de l'année 2006 se présente à hauteur de 1,9 million d'euros, en incluant les coûts de structure et de personnel, avec des recettes attendues de l'ordre de cinquante cinq mille euros pour les formations ouvertes à un public extérieur à l'AP-HP.

2- Les implications de la formation médicale continue obligatoire.

La formation médicale continue (FMC) est devenue obligatoire, annonce pour sa part **Mme DALL'AVA** qui va expliquer la teneur du décret à paraître dans les jours prochains. Ce texte induit des contraintes individuelles pour les médecins de l'AP-HP et des responsabilités pour l'institution.

A dater de 2005, chaque médecin doit valider tous les cinq ans sa formation. Le dossier est soumis à une commission régionale FMC et la validation finale sera réalisée par les conseils régionaux de l'ordre des médecins qui disposent déjà du financement. Des médecins sont en formation auprès de la haute autorité de santé (HAS) afin d'obtenir l'habilitation en vue de l'évaluation de leurs collègues libéraux.

Le barème d'attribution des points, identique pour les médecins hospitaliers et pour les médecins libéraux, doit permettre à chacun d'apporter les preuves de sa formation personnelle. Le décret précise que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) fait partie de la formation médicale obligatoire et comptera pour un quart des points. La date limite pour l'acquisition des points est fixée au mois d'avril 2010 et si le dossier n'est pas déposé dans les délais, la commission régionale de la FMC en avisera le conseil régional de l'ordre qui prendra les mesures nécessaires. Le budget de formation s'élève à 0,5 % de la masse salariale dans les centres hospitaliers universitaires et à 0,75 % dans les centres hospitaliers ; celui de l'EPP / FMC des conseils de l'ordre est en cours d'élaboration.

Les médecins concernés à l'AP-HP se comptabilisent pour ce propos en personnes physiques. En 2000, les hospitalo-universitaires représentaient trois mille personnes, les praticiens hospitaliers à temps plein deux mille personnes, les praticiens hospitaliers à temps partiels cinq cents personnes et les attachés environ sept mille personnes.

Ces derniers auront le choix de déposer leur dossier à l'AP-HP ou dans le cadre de la médecine libérale. Actuellement, l'AP-HP n'attribue d'aides aux attachés qu'à partir de huit vacations. Il conviendra donc de se montrer particulièrement attentif à cette population, la plus nombreuse et actuellement la moins ciblée par la formation. Il est proposé d'attribuer désormais des aides à partir de cinq vacations.

Le barème d'attribution des points impose d'accumuler deux cent cinquante points sur cinq ans, répartis en quatre groupes dont le dernier s'avère obligatoire.

Le groupe 1 permet d'acquérir cent points et regroupe la formation présentielle, les congrès, les séminaires, les formations diplômantes. Ceci suppose que l'institution puisse donner les congés de formation légaux aux attachés et financer des frais d'inscription. Sont également inclus dans ce groupe les staffs structurés dans les services et éventuellement des formations préSENTIELLES centralisées par discipline que l'AP-HP pourrait mettre en place (comptes rendus des grands congrès par exemple).

Le groupe 2 concerne les lectures et les abonnements et comporte cent points. Deux possibilités sont envisagées pour justifier de ces formations : prélever un droit d'inscription symbolique volontaire (équivalent des abonnements pour les médecins libéraux) ou joindre une page de sommaires des revues consultées avec une périodicité à définir.

Le groupe 3 rassemble les activités d'intérêt collectif, pour un total de cent points. S'agissant du rôle en formation, de l'évaluation et de la recherche, ces activités se révèlent faciles à justifier et aisées à obtenir pour les hospitalo-universitaires et une bonne partie des praticiens hospitaliers. Il en est de même, pour les activités concernant notamment les fonctions collectives au sein des diverses commissions et les expertises pour organismes officiels. Pour ce groupe 3, il faut donc que chacun collecte, dès maintenant, des justificatifs.

Le groupe 4, obligatoire, concerne l'évaluation des pratiques professionnelles partie intégrante de la FCM qui permet d'obtenir cent points. Il concerne les preuves de l'engagement de chacun dans la démarche collective d'accréditation deuxième version et éventuellement l'engagement dans les revues mortalité morbidité (RMM). Une attestation du chef de service pourrait prouver l'engagement. Ces points obligatoires dépendront de la motivation de chacun pour la démarche qualité et l'accréditation. Il importe donc de communiquer largement tant sur la formation médicale continue que sur l'accréditation.

Les propositions consistent :

- pour le groupe 1 (présentiel), à rendre la formation plus accessible à l'AP-HP : augmentation des moyens des sous-commissions études-séjours-congrès et développement des formations préSENTIELLES en central et dans les services ;
- pour le groupe 2 (documentation médico-scientifique), à développer des postes informatiques dédiés dans les services, à maintenir une bonne offre et à définir les preuves à apporter ;
- pour le groupe 3 (activités collectives), à inciter les attachés à cumuler des points dans les autres groupes ;
- pour le groupe 4 (EPP), à assurer une communication importante auprès des médecins, à mettre en place les RMM en formant des animateurs et à imaginer les preuves individuelles à apporter.

En conclusion, la FCM devra demander un agrément auprès du conseil national de la formation continue et préparer le dossier en liaison avec la CME. La formation obligatoire va imposer des contraintes variables pour les médecins et également des responsabilités à l'institution en termes de formation, notamment pour les attachés.

A cet égard, il conviendrait de penser à une augmentation du pourcentage de la masse salariale affecté à la formation, comme le suggèrent les comités nationaux car parallèlement, la formation des responsables de pôles est dorénavant réalisée au sein de triumvirats avec un coût de sept cents euros par jour et par médecin contre cent euros pour les formations classiques. Enfin il importe de communiquer rapidement, puisqu'une rétroactivité des documents de presse depuis 2002 pour la constitution du dossier est probable.

Mme DALL'AVA termine son exposé en rappelant qu'il existe maintenant cinq sous-commissions, dont une nouvelle portant sur l'information médico-scientifique.

3- Le point sur l'accès à l'information médico-scientifique.

L'accès à l'information médico-scientifique est abordée par **M. SEGOUIN** qui évoque le bilan de la première phase de développement des abonnements électroniques avant d'engager la présentation de la seconde phase qui s'avère plus ambitieuse.

La première phase a débuté en 2002 par la mutualisation de l'ensemble des abonnements qui paraissaient importants aux médecins et pour lesquels il était possible de signer un contrat avec les éditeurs en vue d'un abonnement électronique. Cette mutualisation, qui porte aujourd'hui sur trois cent trente et un titres sur l'ensemble des sites et correspond à une somme de sept cents mille euros consiste à arbitrer avec les collégiales de spécialités entre un abonnement papier et un abonnement électronique afin que chaque équipe dispose des revues dont elle a besoin.

Sur les mille revues auxquelles l'AP-HP est abonnées, deux cent soixante dix sept revues sont sous forme électronique qui répondent aux trois quarts des demandes des collégiales, en terme de priorité. Pour les autres revues, il faut d'abord que les éditeurs les proposent sous forme électronique et dans des conditions financières envisageables pour l'AP-HP.

Pour ce qui concerne les revues accessibles *on line* sur tous les postes informatiques de l'AP-HP, pour la moitié d'entre elles, la revue papier est conservée dans l'attente d'une modification par l'éditeur du modèle électronique.

Depuis la mise en ligne des revues en novembre 2003, le nombre de téléchargements a considérablement augmenté pour atteindre soixante mille téléchargements par mois. Tandis que le coût moyen d'une revue électronique s'élève à deux mille quatre cents euros contre mille deux cents euros environ pour une revue papier, les moyens financiers sont demeurés quasi-constants depuis 2003. Chaque article téléchargé coûte environ 1,05 euros, montant susceptible de varier d'une année sur l'autre.

Maintenant que les questions techniques et financières ont trouvé des solutions, que la confiance des sites hospitaliers est acquise et que les collégiales sont devenues de véritables partenaires dans cette démarche, il importe à présent de continuer à augmenter l'accès à l'information médico-scientifique, sans nécessairement demander des moyens supplémentaires. On peut donc notamment développer la potentialité des moyens au niveau de l'AP-HP et créer des partenariats. Ainsi, la FCM pourra demander au centre de documentation médico-pharmaceutique du Fer à Moulin de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) qui dispose de ressources humaines et de compétences utiles, de travailler avec elle à l'atteinte de son objectif.

Le travail de potentialisation consistera à permettre aux cent soixante centres de documentation présents sur les sites de l'AP-HP, d'offrir un accès de plus en plus important aux revues médico-scientifiques, soit sous forme électronique, soit sous forme papier. Il est possible d'une part, de consulter sur le site Intranet de l'AP-HP la liste des revues électroniques accessibles ainsi que la liste des sites abonnés aux revues papier, d'autre part, de demander au centre de documentation médico-pharmaceutique d'envoyer l'article souhaité dans un délai de quarante huit heures pour certaines revues.

Par ailleurs, la FCM travaille à développer les partenariats avec l'INSERM et avec six universités notamment avec la bibliothèque inter-universitaire médicale sur la mise à jour des revues électroniques disponibles gratuitement.

Pour conclure, M. SEGOUIN considère que la poursuite de ce travail dans les prochaines années nécessitera du temps et des compétences humaines.

Le **président** ouvre le débat en rappelant que l'an dernier la CME avait souscrit à la proposition de consacrer environ deux tiers du budget de la FMC aux revues électroniques. Eu égard aux difficultés rencontrées avec certains éditeurs, il suggère de lancer une discussion au niveau national. Aussi, une prise de position plus globale de la part de la conférence des présidents de CME de CHU et de la conférence des doyens, s'avère nécessaire pour exercer une pression sur ces éditeurs et faire baisser les prix. Puis il précise que toutes les informations mentionnées ce jour sont disponibles sur le site Internet de la CME.

M. BERNAUDIN considère que ce travail représente un réel progrès.

Le pourcentage de la masse salariale affecté à la formation continue des médecins a enfin atteint 0,5 %, or tel n'était pas le cas à l'AP-HP jusqu'à encore récemment, avise **M. DRU**. Mais on doit tendre vers 0,75 %, d'autant la FCM reste en deçà du pourcentage de la masse salariale attribué à la formation du personnel non-médical. Par ailleurs, les droits d'inscription à des congrès organisés par les universitaires de l'AP-HP étant financés par la formation continue des médecins, il est peut-être possible de réaliser des économies sur ce poste de dépense.

M. KANIA demandant si l'agrément qu'obtiendra la FCM de l'AP-HP profitera aux départements de formation médicale continue des universités, **Mme DALL'AVA** indique que les universités déposent leur propre demande d'agrément. Beaucoup de sociétés savantes ont commencé à déposer leur dossier, les procédures prenant du temps, il faut enclencher la démarche. Ces demandes d'agrément ne représenteront pas un frein pour l'étude des dossiers de validation des médecins.

S'agissant des programmes des universitaires financés par la FCM, ils concernent en effet des hospitalo-universitaires mais on n'a pas trouvé la solution pour ne pas payer les droits d'inscription.

V - Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. MADELENAT procède à la présentation du découpage en pôles de trois hôpitaux avalisés en conseil exécutif le 28 février dernier.

1- Fiches de pôles d'activité sans débat.

GHU ouest

Hôpital Hendaye

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 1 pôle :*
 - *Pôle 1 : Structures et activités médicales de l'hôpital marin.*

GHU nord

Hôpital Robert Debré

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 6 pôles :*
 - *Pôle 1 : Chirurgie.*
 - *Pôle 2 : Pédiatrie aiguë et médecine interne.*
 - *Pôle 3 : Pédiatrie spécialisée.*
 - *Pôle 4 : Gynécologie et périnatalité.*
 - *Pôle 5 : Biologie mère-enfant et de PUI.*
 - *Pôle 6 : Physiologie et imagerie pédiatriques.*

2- Fiches de pôles d'activité avec débat.

GHU sud

Groupe hospitalier Henri Mondor – Albert Chenevier

- *Présentation de l'organisation du groupe hospitalier en 8 pôles :*
 - *Pôle 1 : Neuro-locomoteur.*
 - *Pôle 2 : Médico-chirurgical cardiaque et vasculaire.*
 - *Pôle 3 : Médecine urgences.*
 - *Pôle 4 : Réanimation anesthésie et SMUR.*
 - *Pôle 5 : Psychiatrie.*
 - *Pôle 6 : Oncologie Transplantation et Immunité.*
 - *Pôle 7 : Biologie.*
 - *Pôle 8 : Fonction image thérapeutique.*

Il est proposé un découpage en huit pôles équilibrés tant en termes de moyens que de personnels. Du fait de la taille du département de psychiatrie, le groupe des structures a accepté exceptionnellement la proposition d'ériger un seul service en pôle.

En outre, le groupe des structures a consenti à ce que l'activité de pharmacie apparaisse dans deux pôles, à la condition expresse que dans trois ans, échéance à laquelle sera résolu un problème de personne, s'opérera le rattachement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'Albert Chenevier à celle d'Henri Mondor.

Enfin, le département d'information hospitalière dirigé par M. LEPAGE se trouve désormais rattaché au conseil exécutif. La proposition initiale d'intégrer le département de l'information médicale au sein du pôle 8 de biologie a semblé discutable au groupe des structures, mais aussi au conseil exécutif. Le groupe des structures a donc opté pour le rattachement au conseil exécutif pratiqué dans la majorité des hôpitaux et dans le respect, pour ce cas particulier, de la règle commune.

On a souvent confondu les secteurs n'ayant qu'un département de l'information médicale (DIM) et les services regroupant un ensemble d'activité de santé publique, explique **M. NAVARRO**. Des problèmes sont apparus à chaque tentative pour séparer la fonction DIM d'un service complet, aussi il souscrit à la solution adoptée à Henri Mondor qui place l'ensemble du service de santé publique sous le contrôle du comité exécutif local. Ce point a créé quelques difficultés dans un certain nombre d'hôpitaux comme Bicêtre et Saint-Louis par exemple, signale-t-il.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité des membres présents, sur les fiches de pôles d'activité.

VI - Avis sur l'avenant numéro 2 à la convention hospitalo-universitaire associant l'Institut Gustave Roussy à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris XI.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité des présents sur cet avenant intervenu dans le cadre de la révision des effectifs pour l'année 2005.

VII - Information sur la nouvelle procédure d'autorisation de l'exercice de la médecine des praticiens à diplôme extra-communautaire.

Mme PORTENGUEN fait connaître que les pouvoirs publics ont mis en place, dans le courant de l'année 2005, une nouvelle procédure d'autorisation qui permet à des médecins et des pharmaciens à diplôme étranger, suite à une inscription, de passer un concours par discipline. A l'issue de ce concours et en fonction de leur rang de classement, ils choisissent une affectation. Les médecins que l'AP-HP reçoit dans le cadre de cette nouvelle procédure d'affectation sont en poste pour trois ans, à l'issue desquels ils bénéficieront de la plénitude d'exercice. L'AP-HP ne perçoit pas de financement pour les candidats initialement présents dans les services en revanche, lorsqu'un poste est ouvert pour un candidat qui précédemment n'était pas dans le service, elle obtient un financement.

Selon **M. GUILLEVIN**, cette situation nouvelle pose des problèmes notamment en terme de qualification des praticiens recrutés. Afin d'essayer d'améliorer la mise en place de cette mesure nationale, il souhaite soumettre au vote de la CME des vœux en annexe au présent compte-rendu et dont il donne lecture.

Le **président** se propose de transmettre cette motion, dont la teneur a été discutée avec Mme PORTENGUEN, M. NAVARRO, le groupe du personnel médical et le bureau de la CME, au directeur de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et également à la conférence des présidents de CME de CHU.

M. CORIAT informe qu'il s'agit d'un concours strictement anonyme et écrit. Les candidats sont sélectionnés sur leur aptitude à la langue française, et par deux épreuves écrites, sur leurs connaissances médicales. Ce concours ne comprend aucune évaluation de leur aptitude à raisonner et ne comporte aucune épreuve pour des métiers techniques, à mesurer leur habilité à pratiquer les gestes.

Par ailleurs, il considère injuste que le candidat déjà en poste dans le service soit financièrement à la charge de ce dernier, contrairement au candidat extérieur au service. Il faudrait mettre en place une modulation afin d'éviter que les services ne recrutent que des candidats extérieurs à l'AP-HP.

Les chirurgiens qui souscrivent à ces vœux à dimension nationale souligne **M. FAYE**, se sont émus du mode de sélection pour des métiers « techniques ». D'une part, les candidats n'avaient pas obligatoirement besoin d'avoir pratiqué la chirurgie auparavant, d'autre part, leur cursus dans les services de chirurgie une fois le lauréat nommé assistant associé, s'avère notablement réduit par rapport au cursus traditionnel. Il est difficile d'introduire ce type de préoccupations dans une motion, mais les chirurgiens souhaitent que dans le cadre général des formations avec une forte valeur ajoutée technique, soient pris en compte tant des critères préalables pour avoir le droit de passer le concours qu'une formation dont la durée ne pourrait pas être inférieure à celle des internes et des chefs de clinique-assistants.

Pour **M. RYMER**, la nouvelle procédure comporte beaucoup de biais. Le concours est anonyme et écrit ; obtenir dix huit sur vingt en français permet de se satisfaire de notes un peu inférieures aux autres épreuves, en sachant qu'une note de six sur vingt est éliminatoire.

Par ailleurs, le ministre envisage une régularisation des sept mille médecins diplômés en dehors de l'union européenne qui exercent actuellement en France de façon illégale, puisqu'ils ont été recrutés après 1999 par les hôpitaux. Une réunion a eu lieu à ce sujet voici dix jours et une réunion de finalisation se déroulera dès cet après-midi. Il faudrait donc transmettre très rapidement au ministère cette motion qu'il approuve.

Il ignore l'aboutissement des négociations, mais la nouvelle procédure d'autorisation ne peut rester en l'état.

Avant de mettre aux voix la motion, le **président** s'engage à contacter le ministère dès cet après-midi.

La motion est adoptée à l'unanimité des présents.

VIII- Approbation du compte-rendu de la séance du 7 mars 2006.

Le compte-rendu de la séance du 7 mars 2006 est approuvé à l'unanimité des votants.

*

*

*

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 11 heures 25.

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

Mardi 9 mai 2006 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 avril 2006 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.

VŒU VOTE A L'UNANIMITE DES MEMBRES PRESENTS

Après avoir été informée de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice de la médecine et de la pharmacie en France, pour les médecins à diplômes étrangers et afin d'assurer son application directe au sein des hôpitaux de l'AP-HP, la Commission Médicale d'Etablissement, dans sa séance du 4 avril 2006, afin d'attirer l'attention de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé, émet le vœu suivant :

- Inciter le jury du concours à une grande exigence de qualité des candidats à l'autorisation d'exercice, afin de respecter l'équité vis à vis des autres médecins en formation ;

- Autoriser l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, à organiser la mobilité interne des lauréats pendant les trois années de formation et de sélectionner les services agréés "Formateurs " de la spécialité concernée, afin d'assurer la meilleure formation aux candidats à l'autorisation d'exercice ;

- Définir des critères d'attribution d'un certificat de fin de formation , par le(s) chef(s) de service ayant participé à la formation du candidat et coordonnateur de la spécialité concernée ;

- Obtenir le financement de ces emplois par une prise en charge totale de la tutelle.

Le Président de la CME
de l'AP-HP

Professeur Yves De PROST