

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 13 JANVIER 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 MARS 2009**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 13 janvier 2009 (salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 2- Opérations prioritaires pour l'année 2009 (*M. Leclercq – Pr Coriat - Pr Aigrain*)
- 3- Plan stratégique (*Pr Coriat - Pr. Fagon*)
- 4- Point sur le rattrapage du codage (*Pr Chatellier*)
- 5- Archivages des dossiers médicaux (*M. Dupont*)
- 6- Permanence des soins : réunion exceptionnelle de la CCOPS et cadrage 2009 (*M. Cheron - M. Gottsmann*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du 18 novembre 2008.
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur des candidatures à des postes de praticien des hôpitaux à temps partiel (JO du 14 novembre 2008)
- Avis sur la demande de mutation interne d'un praticien hospitalier
- Avis sur la demande de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier
- Avis sur la désignation de responsables des structures internes aux pôles.

SOMMAIRE

I. Information sur les travaux du conseil exécutif	2
II. Opérations prioritaires pour l'année 2009	6
III. Plan stratégique	6
IV. Point sur le rattrapage du codage	11
V. Permanence des soins : réunion exceptionnelle de la CCOPS et cadrage 2009	12
VI. Archivages des dossiers médicaux	16
VII. Avis sur la création de l'Unité fonctionnelle « Coordination régionale du risque épidémiologique et biologique »	
VIII. Avis sur des contrats d'activité libérale	17
IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 18 novembre 2008.	17

Assistent à la séance

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

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens:***
 - Mr le Pr. Patrick BERCHE,
 - Mme le Pr. Marie-Laure BOY-LEFEVRE,
 - Mme le Pr. Martine AIACH.
 - Mr Le Pr. SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
 - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme RICOMES, Directrice du Personnel et des Relations Sociales,
 - Mme GUINGOUAIN, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mr MORIN, direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient.
 - Mr DUPONT, Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient.
 - Mr. GOTTMANN, direction de la Politique Médicale

La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence de M. CORIAT.

En introduction, M. CORIAT souhaite la bienvenue à M. SINGLAS, qui siège en remplacement de M. LEVERGE.

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

M. CORIAT rappelle que l'AP-HP s'est engagée dans le cadre d'une demande à effort partagé avec les tutelles, dans la prévision de l'EPRD 2009 (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). La démarche a été accueillie favorablement, elle a produit des résultats qu'il est essentiel de présenter aujourd'hui à la CME.

En tant que président, il souhaite tout particulièrement que l'année 2009 voit se concrétiser l'état d'esprit qui anime cette instance, tout comme sa cohésion et son dynamisme au service d'une cause et d'une éthique partagées par tous. Cet état d'esprit a permis des réalisations significatives en 2008, parmi lesquelles figurent :

- le fonctionnement harmonieux de la gouvernance de l'AP-HP ;
- la transparence des réflexions du conseil exécutif envers la CME ;
- la visibilité donnée aux décisions prises par la CME en direction des hôpitaux ;
- la réussite du pari de l'augmentation d'activité en 2008, essentielle pour faciliter les négociations de la direction financière et de la direction générale portant sur l'allocation des ressources 2009 ;
- le contrôle des dépenses du personnel médical et paramédical, permettant un équilibre budgétaire satisfaisant, le déficit attendu atteignant environ 37 millions d'euros pour un budget de 6,3 milliards d'euros ;
- l'investissement de la CME dans le projet médical du plan stratégique 2010-2014 ;
- l'intervention efficace, grâce à sa cohésion, de l'AP-HP pour proposer ou faire accepter des amendements à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) qui va assurer la place de la pensée médicale dans la direction de l'hôpital public ;
- le travail de la commission qualité et gestion des risques, qui va mener à bien le regroupement dans une base de données agréée par la Haute Autorité en Santé (HAS) de l'ensemble des démarches qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce dernier travail offre la meilleure réponse possible aux articles de presse contestables parus ces derniers temps. L'AP-HP doit mener une communication positive sur son implication dans la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ces acquis permettent à l'AP-HP de peser sur les décisions des tutelles concernant la gouvernance et les modalités de fonctionnement des hôpitaux. Ces résultats doivent encourager l'AP-HP à poursuivre son action, l'année 2009 s'annonçant décisive pour l'hospitalisation publique française.

M. CORIAT souhaite que la cohésion de la CME, la confiance instaurée entre le conseil exécutif et la CME, ainsi qu'entre la CME et les CCM, permettent à la pensée médicale de conserver sa place dans la gouvernance.

En 2009, le premier objectif porte sur la poursuite du pari de l'efficience, par exigence éthique professionnelle et non par souci de rentabilité financière. Cependant, le moteur de l'augmentation

d'activité ne doit pas relever d'un élan patriotique comme en 2008, mais de la retombée positive de l'organisation des soins dans le cadre d'une politique d'efficience.

Le second objectif concerne la réussite des opérations de restructuration, qui permettront de sauvegarder l'investissement et à travers lui, de maintenir les capacités d'innovation, les activités de recherche et le niveau scientifique de l'AP-HP.

Ces deux objectifs sont incontournables car ils représentent le seul moyen concret de sauvegarder les effectifs du personnel soignant, seuls garants du maintien de la qualité des soins. Pour cela, la CME doit poursuivre ses opérations à fort contenu restructurant, en contrepartie de l'accompagnement budgétaire promis aux tutelles et pour éviter le saupoudrage des mesures.

Parallèlement, la CME doit maintenir son action pour obtenir une juste tarification des activités des hôpitaux publics. La stratégie consiste à peser sur les tutelles pour obtenir une allocation des ressources correspondant réellement au service médical rendu. L'objectif est de demander aux tutelles une aide à l'investissement et une revalorisation des tarifs, sans remettre en cause pour l'instant la convergence 2012, une nouvelle grille de tarification devant être établie en mars 2009.

L'enveloppe attribuée par l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) étant fermée, demander une juste tarification des activités de soins revient à demander une répartition équitable des ressources au profit de l'AP-HP. Pour être crédible, l'AP-HP doit s'appliquer à elle-même cette demande d'équité. La CME doit en être le garant, en menant à bien des restructurations fortes.

La mission d'évaluation et de conseil de la CME apparaît fondamentale pour mener à bien la réorganisation. Les grandes restructurations doivent être médicalement dirigées et donc pilotées par la CME.

Le devoir d'équité est essentiel pour repérer certaines structures peu dotées en personnel qui risquent de se voir marginalisées en termes de prestations universitaires, alors même qu'il leur sera demandé de remplir des missions de proximité.

La refonte du CHU laisse craindre que l'évaluation des soins passe au deuxième plan après l'évaluation académique. Il est donc fondamental que la CME s'engage dans la mission d'évaluation des soins.

Par la place qu'elle occupe dans le monde de l'hospitalisation publique, la CME a les moyens de changer ce monde. M. CORIAT souhaite qu'en changeant le monde de l'AP-HP par une CME innovante, expérimentatrice et audacieuse, l'AP-HP puisse changer son monde et ce faisant, le monde de l'hospitalisation publique.

M. CORIAT souhaite s'adresser solennellement aux présidents de CCM et au bureau de la collégiale.

La CME et les présidents de CCM partagent le même objectif d'une mise en avant de la gestion et de l'éthique médicale. Ils ont pris le plus grand compte des demandes des hôpitaux et ont travaillé en synergie. Ils partagent également le même moyen, à savoir le maintien des effectifs médicaux et paramédicaux dans les structures. Pour assurer le maintien des effectifs paramédicaux, il a paru

essentiel à la CME de proposer en 2009 une démarche partagée avec une allocation des ressources plus importante.

Dans ce but, M. CORIAT demande aux présidents de CCM de synchroniser leur communication avec la CME, notamment par rapport aux lettres émises par la collégiale des CCM. Il estime qu'une lettre sur l'asphyxie de l'hôpital public n'est pas souhaitable pour l'instant, et positionnerait l'AP-HP en porte à faux par rapport aux autres CHU. Il demande à la collégiale des CCM d'attendre les résultats des discussions sur l'EPRD 2009 menées par la CME avec la tutelle. Il faut veiller à ne pas faire apparaître de manière contreproductive l'AP-HP en ligne de mire des autres CHU. Il faut pour l'instant valoriser les acquis et le potentiel de l'AP-HP pour obtenir un EPRD 2009 garantissant le maintien des emplois médicaux et paramédicaux.

M. CARLI prend acte des propos du président de la CME et confirme la communauté d'objectifs et de moyens. La dernière collégiale des CCM a largement évoqué ces sujets, en prise directe avec la DPM. Il souligne la nécessité d'un dialogue rapproché face à la rapidité d'évolution des situations. Il ne faut pas oublier les problèmes de fonds face à la médiatisation des problèmes de forme. Par ailleurs, les grandes décisions prises au niveau de la CME sont ensuite appliquées sur le terrain par les CCM. Leurs présidents sont soumis à une forte contrainte, en raison de la complexité de mise en œuvre de ces décisions. « Cohésion pour l'efficacité » lui semblent les maîtres mots de la rentrée 2009.

M. LECLERCQ ne peut qu'appuyer les propos du président de la CME. Dans cette période difficile, la communication doit être synchronisée pour pouvoir concrétiser les avancées obtenues lors des discussions. Il lui paraît essentiel d'insister sur cette nécessité.

M. CORIAT cède la parole à M. AIGRAIN pour la présentation de l'EPRD 2009.

M. AIGRAIN rejoint les propos de M. CARLI. En tant qu'ancien président de CCM, il est conscient de la difficulté d'application des restructurations.

L'établissement de l'EPRD tel que présenté à l'automne 2008 faisait apparaître un déficit de 239 millions d'euros, impliquant un effort d'économie d'au moins 100 millions d'euros correspondant à 1 200 emplois non médicaux et une réduction de l'investissement. L'AP-HP a donc refusé cet EPRD qui répartissait l'effort de manière arithmétique et par saupoudrage. Cette situation a conduit à négocier avec les tutelles une démarche à effort partagé.

L'EPRD 2009 s'appuie avant tout sur le développement de l'activité, en réponse à un besoin de santé publique. Le Conseil exécutif a défini un plan d'actions prioritaires :

- confirmation et accélération de trois sites hospitaliers à l'horizon 2009/2010, ceux de Jean Rostand, Saint-Vincent-de-Paul et Broussais ;
- confirmation et optimisation des conditions d'ouverture de la maternité de Bicêtre par redéploiement de moyens médicaux et non médicaux ;
- rationalisation du dispositif de permanence des soins avec un objectif de réduction des dépenses de 10 millions d'euros sur un budget de 81 millions d'euros ;
- rationalisation des dépenses, des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux implantables ;
- modernisation du siège ;

- mise en place des groupes hospitaliers, avec un objectif d'efficience des fonctions administratives et supports à court terme, médicales à moyen terme ;
- programme d'efficience autour des blocs facturation.

Les demandes aux tutelles portent sur l'apport d'une aide restructurante et durable par :

- la prise en compte de la précarité ;
- la prise en compte des activités de recours et des multi GHS dans le cadre de la V11, dont l'AP-HP attend toujours avec vigilance la modélisation ;
- un soutien à l'investissement par l'intermédiaire du Plan hôpital 2012 et du Plan de relance de l'économie.

M. CORIAT souligne que la démarche à effort partagé a été entendue. L'AP-HP a reçu une allocation de ressources conjoncturelle, mais doit poursuivre la discussion pour obtenir une allocation structurelle à travers la revalorisation des tarifs concernant la précarité, le recours et le multi GHS. L'impact de la modification tarifaire qui doit paraître en mars reste inconnu. L'aide ponctuelle a permis de diminuer par deux le nombre d'emplois à supprimer. Il espère que la revalorisation des tarifs permettra de maintenir le reste des emplois.

M. LECLERCQ précise qu'en matière d'investissement, l'AP-HP doit fournir des données complémentaires, qui donneront lieu à de nouvelles réponses en fin de semaine. Le cabinet ministériel prête une attention favorable aux demandes de l'AP-HP, grâce notamment à sa présentation d'un plan d'actions prioritaires.

M. CORIAT précise que la réduction du nombre de gardes participe des engagements pris par la CME. Ce travail est mené par la CCOPS et suivi avec attention par la CME. En collaboration avec les hôpitaux, ils espèrent obtenir une permanence des soins mieux organisée pour diminuer le nombre de gardes et réaliser des économies structurelles.

M. CHERON précise que la démarche entreprise par la commission de la permanence des soins consiste à rappeler la réglementation sur la permanence des soins et les moyens à afficher pour conserver l'autorisation d'accueil des urgences. Le deuxième point méthodologique consiste à étudier l'activité afin de mener des réorganisations animées par un esprit médical et non économique. Le troisième point consiste à anticiper de quelques semaines sur les groupes hospitaliers, sachant que le regroupement de deux services d'urgence en un seul pose d'abord un problème architectural et de surface disponible.

Néanmoins, le travail de la commission est lancé. Il consiste à actualiser les libellés des gardes, à travailler sur les propositions déjà formulées par un certain nombre d'établissements, à inciter les autres établissements à se pencher sur leur organisation et à recueillir les données avant le 15 mars. La commission travaillera avec les collégiales sur les gardes de spécialité pour définir le niveau quantitatif et surtout qualitatif de la permanence des soins dans un certain nombre de spécialités pour l'AP-HP. Notre institution est un CHU de recours, qui offre la potentialité d'une permanence de soins nocturnes à toute la région, dont les autres centres hospitaliers, non universitaires, ne peuvent égaler la qualité.

M. CORIAT a le regret d'annoncer le décès de Marie-Pierre BRALET.

M. FLEJOU ajoute que Mme BRALET, âgée de 44 ans avait été nommée PU il y a deux ans, qui travaillait depuis longtemps à l'AP-HP. Pathologiste et scientifique remarquable, spécialisée dans

les maladies du foie et reconnue pour son travail, elle a affronté la maladie avec beaucoup de courage. Son décès représente une grande perte pour la discipline, pour l'AP-HP et pour l'HEGP.

M. BERCHE s'associe aux propos de M. FLEJOU et salue le courage remarquable de Mme BRALET.

Une minute de silence est observée en hommage à Mme BRALET.

M. CORIAT souhaite aborder un dernier point. Il a attiré l'attention du Directeur Général sur le nombre de CDD qu'une mesure administrative empêche de prolonger au-delà de 5 mois, au détriment du fonctionnement des services. Sont notamment concernées des secrétaires médicales formées et expérimentées. M. CORIAT a donc demandé que, sous réserve que le poste soit financé, le directeur général puisse autoriser le prolongement en CDD de personnes ayant acquis une expérience, telle que le non renouvellement de leur contrat pénalise le fonctionnement des services.

M. LECLERCQ répond qu'une solution doit effectivement être trouvée. La situation financière de l'AP-HP l'a conduit à adopter une politique stricte de gestion des effectifs. Cependant, une mesure d'assouplissement pourrait s'appuyer sur une analyse au cas par cas, dans les établissements ayant fourni des efforts de gestion pour respecter la masse salariale, à condition que le poste soit financé sur le tableau prévisionnel des emplois rémunérés 2009. Cette information sera transmise dès aujourd'hui par la directrice du personnel à l'ensemble des hôpitaux.

Par ailleurs, trois affaires dramatiques sont survenues fin 2008. M. LECLERCQ fait part de la compassion de l'AP-HP envers les familles touchées par ces événements, ainsi que le soutien de la direction générale et de la gouvernance à l'ensemble du personnel. Concernant l'affaire de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, une mission interne indépendante présidée par le Professeur BEAUFILS a été désignée pour préconiser des mesures évitant la reproduction de telles situations. L'Inspection générale des Affaires sociales mène également une enquête, ainsi que le pharmacien inspecteur régional. Concernant le SAMU 91, en dehors de la mission de l'Inspection générale des Affaires sociales en cours, le Professeur FAGON a proposé de mener une mission avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, conduite par deux responsables médicaux AP-HP et un non AP-HP, chargée d'émettre des propositions immédiates d'amélioration de l'organisation médicale de la prise en charge des malades graves dans le contexte de l'urgence.

II. Opérations prioritaires pour l'année 2009

Les opérations prioritaires pour l'année 2009 ont été présentées par M. AIGRAIN dans le point précédent, à la suite de la présentation de l'EPRD.

III. Plan stratégique

M. CORIAT rappelle que l'AP-HP doit élaborer son plan stratégique 2010-2014. La CME a réaffirmé, il y a un an, sa volonté de s'impliquer dans la rédaction du projet médical, partie intégrante du plan stratégique. Il cède la parole à Mme LUCIOLLI, de la DPM, pour la présentation du travail mené par la commission stratégie recherche.

Mme LUCIOLLI présente les éléments principaux de la première phase de travail sur l'évolution de la demande. Des groupes thématiques CME-DPM ont été mis en place en juin avec pour objectif de travailler sur l'évolution de la demande de soins à l'AP-HP dans les cinq à dix années à venir. Ces groupes ont été mis en place avec un pilote de la CME n'appartenant pas (sauf exception) à la discipline, un pilote directeur d'hôpital et l'appui d'un correspondant DPM. Ils se sont adjoints l'aide d'experts appartenant ou non à l'AP-HP qui ont été auditionnés. Les travaux rendus par le groupe en novembre 2008 ainsi que la synthèse qui en a été faite sont consultables sur le site Internet de la CME ainsi que le site de la DPM.

La lettre de mission fixait des directives claires :

- travailler sur l'évolution de la demande, en se centrant sur des pathologies nécessitant une prise en charge hospitalière ;
- étudier l'évolution des prises en charge liées à l'avancée des connaissances et aux innovations ;
- étudier la place du CHU dans ces évolutions et les complémentarités avec les autres offreurs de soins ;
- étudier les aspects enseignement, soins et recherche.

Quelle que soit la spécialité, des éléments communs émergent qui alimentent la réflexion et la réorganisation de l'offre de soins. La plupart des groupes ont souligné que les évolutions prévisibles porteraient davantage sur les organisations que sur des évolutions significatives en matière de techniques ou d'innovations scientifiques.

Tous les groupes ont abordé la question de la conciliation des rôles de l'AP-HP en tant qu'hôpital de proximité et de centre de référence. Ils ont travaillé sur la nécessité de distinguer des niveaux d'offre de soins, réflexion à intégrer dans la mise en place des groupes hospitaliers. Ils ont enfin étudié la nécessité d'améliorer les circuits et l'intégration des patients dans les filières de soins, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'AP-HP.

A l'issue de ces réflexions, il semble nécessaire de faire évoluer les organisations et les métiers. Dans cette perspective, les groupes chargés de la réflexion sur l'offre doivent travailler sur la mobilité et les renforcements saisonniers du personnel médical et non-médical ainsi que sur la répartition des compétences entre personnel médical et non médical, en réponse à l'apparition de nouvelles fonctions transversales. Ils ont souligné la nécessité d'améliorer l'accès des patients aux consultations.

Le passage à la deuxième étape de l'élaboration du plan stratégique impose d'aborder la dimension « offre » du projet médical et de l'ensemble du plan stratégique, en associant l'ensemble des métiers, des composantes de l'AP-HP et ses partenaires extérieurs. La lettre de cadrage du Directeur général de décembre 2008 donne des éléments sur les activités cliniques, médico-techniques, de recherche ainsi que sur le pilotage financier, les fonctions support et la communication.

La réflexion s'organise autour de trois niveaux :

1. Des missions « supra groupes hospitaliers », régionales ou interrégionales ainsi que des activités rares à préserver et des plates-formes d'innovation dans certains secteurs.
2. Des activités communes constituant le « socle » du GH, en cours de définition, incluant au minimum un SAU, et bon nombre de missions transversales.
3. Entre le socle et les activités « supra GH », il faut réorganiser l'offre existante, en créer, voire en supprimer, en travaillant sur la notion de masse critique et sur divers types d'organisations tels que

trois niveaux de capacités de prise en charge, les notions de centres intégrés et de centres experts à développer (par exemple dans le domaine de la cancérologie).

La deuxième étape qui débute maintenant consiste donc à mettre en place des groupes de travail sur l'offre de soins, qui vont aider à structurer les projets médicaux des groupes hospitaliers. Ils vont se mettre en place progressivement dès la fin janvier et rendront leurs conclusions mi avril pour qu'elles puissent être intégrées à la lettre de cadrage destinée aux groupes hospitaliers, permettant de finaliser le plan stratégique.

Les thèmes retenus sont listés dans les documents mis en ligne sur le site Internet de la CME, dans le dossier « plan stratégique ». Un certain nombre de sujets vont être traités en lien avec des groupes institutionnels existants (notamment l'évolution de la cancérologie, l'obésité, et la recherche).

M. LYON-CAEN rend hommage au travail de Mme LUCIOLLI ainsi qu'au rôle joué par les directeurs de GHU dans la définition des thèmes prioritaires. Les sujets non retenus ne posaient pas de problème particulier en termes stratégiques, bien qu'ils puissent poser problème par ailleurs. Le travail des groupes s'est focalisé sur une réflexion sur l'organisation des soins, selon les thématiques proposées.

Il manque au projet la dimension recherche, les groupes ne semblant pas avoir suffisamment bénéficié de l'expertise des instituts de recherche. L'avenir des CHU se décide pourtant à la lumière du soutien et de l'implication directe d'une recherche structurée, épaulant l'activité clinique des services.

L'implication universitaire fait également défaut au projet. Or, une politique universitaire clairement affichée est indispensable à l'élaboration d'une politique médicale et de recherche. Les doyens doivent participer activement à la réflexion sur le plan stratégique. Il n'est pas acceptable que soient publiés au Journal Officiel des postes PU-PH qui n'ont pas fait l'objet d'une réflexion stratégique, quand il s'agit de disciplines transversales faisant l'objet d'une réflexion au sein de l'AP-HP.

Dans la deuxième phase d'élaboration du plan stratégique, les EPST et les doyens doivent être impliqués à tous les niveaux de réflexion.

M. DELPECH souligne que de nombreuses propositions contenues dans la présentation imposent un changement de mentalité majeur, dépassant les cloisonnements. Par exemple, le regroupement d'activités cliniques d'une discipline en un très petit nombre de pôles de référence lourds pour toute l'AP-HP ou la création d'un regroupement pour Paris, d'une seule plate-forme technologique sur des problématiques données supposent des mouvements de personnels médicaux et non médicaux inter GH et inter GHU, donc souvent inter Universités. L'implication des représentants des Facultés de Médecine et éventuellement des Universités semble donc indispensable, il en est de même pour l'aspect recherche. Les membres du Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé Publique (CRMBSP) ont d'ailleurs émis le souhait d'être impliqués et le seront. Le Directeur général de l'INSERM a également souhaité que les instituts de l'INSERM soient impliqués dans la réflexion autour du volet recherche du plan stratégique.

Au sujet de la flexibilité, **M. BERCHE** rappelle que les établissements construisent des projets universitaires à long terme ; le changement d'orientation pose problème. Les universités et CHU ont démontré leur flexibilité, notamment lors de la fusion des facultés de médecine des Universités

Paris-V, Paris-VI et Paris-VII. D'autres efforts peuvent être envisagés, mais sous condition d'une réelle concertation. Les doyens doivent participer au plan stratégique. Il convient d'éviter les changements de cap brutaux et de tenir compte du tissu universitaire sous-jacent, notamment des structures de recherche associées aux services.

M. SCHLEMMER s'associe aux propos précédents. Il souligne que la réflexion conduite ne doit pas s'affranchir de considérations universitaires déterminantes et doit se prémunir du risque de cloisonnement. La réflexion doit être menée à l'échelon de l'ensemble des institutions. Des choix s'imposent puisqu'il est impossible de réfléchir sur tous les sujets, qui doivent être coordonnés. M. SCHLEMMER appelle de ses vœux une réunion entre les pilotes de la réflexion et l'ensemble des doyens d'Ile-de-France.

M. FAGON rappelle que le projet médical constitue le pilier central du plan stratégique. Cependant ce dernier ne se résume pas au projet médical. Il comporte bien d'autres aspects, notamment un projet social et professionnel qui doit maintenant se développer.

Le plan stratégique couvrira cinq années. Des événements peuvent survenir, à même d'exercer des conséquences sur l'organisation du CHU. Il faut pouvoir adapter le plan stratégique à ces événements.

L'aspect universitaire et recherche est porté avant tout, dans notre institution par le comité tripartite sur la recherche biomédicale et en santé publique. Il a tenu sa première réunion opérationnelle récemment. L'aspect recherche concerne son mode d'organisation et la mise en cohérence des projets de recherche sur les GH. Un travail commun a été mené avec l'INSERM sur la mise en cohérence des projets stratégiques des deux institutions. Il est souhaitable que le même travail soit mené avec les partenaires universitaires. Il est prévu que le Directeur général rencontre l'ensemble des doyens concernés pour tenter de développer une collaboration plus étroite dans la deuxième phase du plan stratégique.

M. HARDY aborde le sujet des secteurs d'activité pour lesquels l'organisation dont souhaite se doter l'AP-HP est étroitement liée à celle des structures de soins hors AP-HP.

A titre d'exemple, les services de psychiatrie de l'AP-HP interviennent tout aussi bien en première ligne (cas des urgences psychiatriques, par exemple) qu'en deuxième ligne (hospitalisation) et en troisième ligne (en tant que centres-ressource). Dans tous les cas, et compte-tenu du poids relativement faible de la psychiatrie HU, une réflexion sur l'organisation des soins ne peut se faire en dehors des autres secteurs et sans implication d'instances de coordination régionale (ARS), faute de quoi la lisibilité de nos structures et de l'organisation psychiatrique en général n'y gagnerait qu'en confusion. La constitution d'un groupe de travail ad hoc associant ces acteurs et préparatoire au plan stratégique serait pertinent en la matière.

M. LYON-CAEN souligne que la psychiatrie est un bon exemple de la réflexion à mener. Les points considérés comme prioritaires en matière de psychiatrie étaient les soins d'urgence, l'organisation des soins, le rôle et les apports spécifiques d'un service de psychiatrie universitaire. Le plan stratégique a pour rôle de construire des réponses à de telles questions.

M. CORIAT estime qu'une part exclusive est attribuée à l'évaluation scientifique et académique des structures dans les réflexions sur le devenir des CHU, sans considération pour la qualité des

soins. Il faut également réfléchir à l'articulation de ces aspects et déterminer comment garantir la qualité du service médical rendu.

M. LYON-CAEN souligne que l'AP-HP ne peut pas ignorer les trois niveaux d'interrogation cités précédemment.

M. CAPRON souligne que le sujet de l'université ne peut faire l'économie d'une réflexion sur l'enseignement. Un service d'urgence représente un lieu d'enseignement, les facultés étant destinées à produire 50 % de médecins généralistes. Les commissions s'intéressant à l'avenir des CHU ne peuvent omettre cette réalité.

M. CORIAT souligne que les activités des services évoluent. Il prend l'exemple d'un service qui s'orienterait vers des prestations cliniques de haut niveau en négligeant son activité de recherche ou de services qui, à l'inverse, évolueraient exclusivement vers la recherche. Il s'interroge sur les propositions que l'université pourrait alors faire.

M. BERCHE répond que des soins de haut niveau s'appuient forcément sur de la recherche et de l'innovation.

M. CORIAT demande ce qui se passerait pour un service délaissant la recherche et l'enseignement dans un CHU.

M. BERCHE répond qu'un tel service ne serait pas un service de CHU, même s'il dépendait du CHU.

M. CORIAT demande si des services seront « désuniversarisés » dans les CHU.

M. LYON-CAEN répond qu'il est possible de réfléchir à des modes d'organisation inédits, tels qu'une contractualisation entre un EPST et un CHU qui permettrait de former trois piliers dans l'organisation, à savoir l'activité clinique, l'enseignement et la recherche, avec une responsabilité partagée à ces trois niveaux. La contractualisation s'effectuerait au niveau de l'hôpital et non d'une unité de recherche. Il faut tenter de faire évoluer les EPST au même titre que les hôpitaux.

M. GARABEDIAN est convaincu qu'un très bon service de chirurgie doit également publier et faire de la recherche. L'activité, le choix des internes et le nombre de publications lui semblent indissociables. La commission Marescaux travaille actuellement sur le futur projet hospitalo-universitaire. Il s'inquiète des amalgames possibles et souligne le caractère indissociable de ces trois fonctions au niveau de l'équipe.

Par ailleurs, il estime qu'il faut intégrer les présidents de CCM et les personnes du terrain dans la deuxième phase d'élaboration du plan stratégique. Il souhaite que l'action soit rapide et les réunions médicales et chirurgicales efficaces.

M. BERCHE considère la notion de masse critique comme essentielle. Un service donné doit pouvoir être renforcé en fonction de sa prestation. Il ne s'agit pas d'arithmétique mais de stratégie.

Mme AIACH rebondit sur les propos de M. LYON-CAEN, sous-tendus par les problèmes d'organisation de la recherche. Celle-ci va évoluer à l'AP-HP, l'Inserm devenant une agence de moyens. Le pilotage de la recherche reviendra surtout aux universités. Il faudra tenir compte de leur autonomie et de la politique des sept universités d'Ile-de-France, pas seulement des unités.

M. CORIAT estime que le processus de regroupement des UFR va s'intensifier pour garantir leur intégration dans les politiques de restructuration.

M. LACAU-SAINT-GUILY insiste sur les notions de centre de référence et de centre intégré, à la fois clinique et de recherche. Ces notions sont un outil de lutte contre le saupoudrage. Les GH vont devoir opérer des choix stratégiques qui vont concentrer leur énergie pour atteindre le niveau de centre de référence. Ils devront en contrepartie renoncer à des activités. Une interaction est nécessaire entre les GH, notamment les CCM, les universités, les établissements de recherche et le centre, qui devra jouer son rôle d'incitation régulatrice et dont il faudra déterminer le degré de contrainte. L'AP-HP doit jouer ce rôle de régulation.

Par ailleurs, l'interaction avec les partenaires hors AP-HP joue également un rôle essentiel dans le plan stratégique. De nombreuses structures adoptent une vision à la fois concurrentielle et complémentaire, vis-à-vis de laquelle il faut trouver le bon équilibre.

M. DASSIER souligne que le CHU n'étant pas monolithique, il faut réfléchir sur son évolution et ses multiples missions, ce qui nécessite une activité médicale transparente. M. DASSIER déclare son attachement au concept de valences (valences d'enseignement, de recherche, de gestion interne, de permanence des soins) à côté du socle commun que représente l'activité clinique. Un tel concept permet de contractualiser l'activité des praticiens hospitaliers au sein d'une organisation plus efficiente. Il est actuellement difficile d'assumer en même temps les missions de « praticien hospitalier, d'enseignant, de chercheur et de chef de service ou de pôle ».

Pour éviter la récession, **M. FAYE** souligne qu'il faut soutenir l'investissement dans les activités productrices des recettes. Or, la liste de thèmes retenus pour la deuxième phase de réflexion du plan stratégique ne semble pas du tout répondre à cette préoccupation.

La commission Marescaux rendant ses résultats en mars, **M. CORIAT** propose que les conclusions en soient présentées à la CME.

IV. Point sur le rattrapage du codage

M. CHATELLIER annonce qu'en novembre 2008, il restait à coder au niveau de l'AP-HP 4 000 dossiers, dont 60 % en hospitalisation conventionnelle et 40 % en hôpital de jour. Le rattrapage en exhaustivité atteint un bon niveau et reste à achever. Lors de la prochaine réunion de la CME, seront présentées les conséquences financières du codage, malgré l'effort de rattrapage incontestable réalisé depuis.

Un dérapage s'est produit sur la qualité du codage : 1 900 séjours étant non codés en novembre. Cette dérive doit cesser.

En effet, le contexte s'avère difficile. Les dossiers envoyés aux tutelles ne peuvent être corrigés. Un dossier mal valorisé pour mauvais codage reste définitivement sous valorisé. Le rattrapage des dossiers non codés est complexe.

En matière de prévention, le travail de relance demandé aux médecins et aux techniciens des DIMS est stérile et ne peut être utilisé à la qualité. Par ailleurs, les situations d'un site à l'autre sont inégales.

L'AP-HP ne profite donc pas complètement de son bon niveau d'activité et subira des conséquences financières définitives.

M. CORIAT indique que tous ont compris l'importance de la valorisation de l'activité. Cette présentation incite à intervenir à nouveau au niveau des hôpitaux.

M. LECLERCQ demande quelle est la date limite du rattrapage.

M. CHATELLIER indique la fin de la semaine comme délai à respecter, notamment sur le plan de la qualité. Sur le plan de l'exhaustivité, le système étant moins automatique, des ajustements pourraient être trouvés.

M. LECLERCQ insiste sur les propos de M. CHATELLIER et de M. CORIAT. La diversité des niveaux de codage entre les établissements n'est pas supportable techniquement en termes de résultats.

M. Leclercq demandera que des mesures s'appliquent aux établissements mal classés. Il rappelle que la codification de l'activité dans les délais constitue une obligation de service pour tous. Un dossier mal codé est un dossier moins rémunéré. Le codage soulève ainsi des enjeux financiers essentiels.

V. Permanence des soins : réunion exceptionnelle de la CCOPS et cadrage 2009

M. CHERON rappelle que le bureau de la CME mesure dans ses réflexions l'ampleur des difficultés du dossier. La CCOPS s'appuie sur un soutien fort et institutionnel. Une première réunion avec la DPM a permis de préciser le calendrier et d'insister sur l'importance de mener cette réflexion au premier semestre 2009.

Il est demandé aux établissements de faire part de leurs propositions et de leur analyse sur leur organisation, ainsi que des conséquences des évolutions envisagées sur la permanence des soins assurée par le personnel médical et non médical, avant le 15 mars prochain. Onze établissements ont déjà répondu, selon une répartition inégale d'un GHU à l'autre.

La deuxième étape prévue du 15 mars au 15 juin consiste à mener une réflexion pour un certain nombre de spécialités, sur ce que doit être la permanence des soins offerte à la région, mise en place au regard de besoins identifiés. Il s'agit par exemple de déterminer avec l'aide des collégiales le nombre de plateaux nécessaires, spécialisés en veille vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

M. GOTTMANN ajoute qu'à ce jour, les réponses des établissements sont variables et hétérogènes. Les propositions de réduction se chiffrent à 1,737 million d'euro en année pleine. Le montant total d'économies réalisées en 2009 devrait être moins élevé, la plupart de ces mesures ne prenant pas effet au 1^{er} janvier 2009.

M. FAGON rappelle que la mesure fait partie intégrante du plan d'actions présenté par le Directeur général aux tutelles. Une partie du contrat et de l'effort partagé porte sur cette mesure, qui représente un engagement à tenir. Au regard de la difficulté à mettre en œuvre la réduction de la permanence des soins, la lettre de mission précise un certain nombre de règles :

- solliciter les sites ;

- insister sur les aspects réglementaires ;
- insister sur la sécurité des soins.

En réponse aux inquiétudes exprimées par les urgentistes, **M. FAGON** insiste par ailleurs sur un point concernant les GH. Aucun segment d'activité n'est exclu de la réflexion menée sur les gardes et astreintes dans le cadre de l'EPRD 2009, mais il n'est nullement question de supprimer aujourd'hui des SAU dans l'AP-HP. En revanche, il faut commencer à réfléchir sur la dissociation des filières programmées et des filières non programmées, ainsi que poursuivre un travail commencé sur le premier aval du SAU. Des travaux ont commencé sur un site anticipateur, le GH Trousseau- Saint Antoine - Rothschild, dont les deux SAU de même taille enregistrent un taux d'hospitalisation un peu différent. Il s'agit d'étudier l'homogénéisation d'une filière non programmée.

M. CORIAT souligne que l'AP-HP ne sera légitimée à regretter le manque de personnel médical et paramédical pour les activités de jour que si elle peut apporter la preuve que l'ensemble du personnel médical et non médical impliqué dans les gardes et astreintes de nuit l'est à partir d'une véritable nécessité médicale. Il s'agit de récupérer le temps utilisé de manière non pertinente pour le réaffecter de jour. Fermer une garde impose à une institution de repenser l'organisation des soins. Il faut alors bien dissocier permanence et continuité des soins.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » prévoit que l'ARS financera les gardes, celles qu'elle jugera non pertinentes devront être financées sur le budget de chaque hôpital. Lors des prochaines révisions, les gardes non pertinentes médicalement, non financées par l'ARS, seront retirées de la masse salariale, ce qu'il faut éviter pour garantir la poursuite par l'AP-HP de l'effort de renforcement du contingent de PH dont elle a besoin.

M. FAGON précise qu'il est prévu de recevoir les représentants des chefs de cliniques lors d'une prochaine réunion pour traiter du dossier spécifique de leur rémunération dans la réorganisation des gardes et astreintes.

M. FAYE estime que mieux un service est organisé, plus il est capable de gérer les aléas. Il est possible d'envisager la séparation des filières. Cependant, deux types de services ont toujours existé : ceux toujours pleins prenant toutes les urgences et ceux toujours vides ne prenant jamais les urgences.

M. FAGON répond que les chiffres actuels infirment en bonne partie ces propos.

M. DRU précise que les aspects réglementaires étudiés en fin d'année 2008 seront adressés prochainement aux présidents de CCOPS locale. Par ailleurs, selon les sondages effectués auprès des présidents de CCOPS locale, il ne suffira pas d'envoyer une lettre de cadrage pour que les mesures soient acceptées. Ce travail délicat doit bénéficier d'un accompagnement plus fort.

M. FAGON rappelle que quatre missions travaillent actuellement sur le dossier douloureux d'un patient pour lequel une place n'a pu être trouvée à temps fin décembre. L'examen de l'organisation de la permanence des soins et des personnes habilitées à prendre en charge les demandes est examiné avec la plus grande attention. Il faut se montrer très vigilant. Ce dossier contient des éléments surprenants tels que par exemple des structures d'accueil comprenant quatorze titulaires, dont un seul participe à la permanence des soins.

M. CARLI remercie la prudence avec laquelle M. FAGON aborde le sujet complexe des urgences. Les marges d'amélioration semblent évidentes. La rationalisation de pratiques consacrées par l'expérience va nécessiter de la rigueur. La réflexion menée doit être prudente. M. CARLI attire l'attention sur les structures préhospitalières et hospitalières. L'AP-HP remplit un rôle qui excède son périmètre et son organisation. Ce point doit être rappelé dans les négociations avec l'ARS.

M. CORIAT répond que le bureau de la CME se montrera d'autant plus ferme dans les négociations que la pertinence de cette analyse a été vérifiée. Cependant, il faudra répondre à la demande de différenciation entre permanence et continuité des soins, surtout en étant observé de près.

M. DASSIER souligne que, pour certains, la garde représente un complément de salaire. La garde est un travail à part entière. Elle se déroule dans un contexte particulier, nocturne, dans un environnement plus ou moins dégradé. Elle mérite une gratification supérieure et un repos de sécurité sous peine d'être banalisée. La réduction des listes de gardes entraîne des protestations sur la réduction correspondante des salaires. Il faut trouver un juste milieu et mener une réflexion prudente sur ce point, l'objectif n'étant pas de diminuer les rémunérations, mais les gaspillages. Le problème réside en partie sur le niveau insuffisant de la rémunération des praticiens hospitaliers.

M. CORIAT rappelle que la réflexion sur la réorganisation des gardes et astreintes provient d'une demande syndicale de revalorisation des gardes à forte pénibilité. C'est lorsque la Ministre a accepté cette demande, qu'il est apparu que la revalorisation s'opérerait sur des gardes semblant inutiles.

Par ailleurs, il n'est pas question de revenir sur la juste rémunération des praticiens. Une part du temps de travail revient à la plage additionnelle, une part à l'astreinte et une autre à la garde. Si le temps de travail d'un praticien est plus élevé sur la plage additionnelle, il n'existe pas d'obstacle à la rémunération du travail effectué sur cette plage, mais ce travail ne doit plus s'appeler astreinte. Il faut se mettre au point sur ces sujets.

M. HINGLAIS rappelle que la lettre des urgentistes attire l'attention sur les risques à prendre en compte mais aussi sur le fait que les urgentistes sont partie prenantes des restructurations. Il demande par ailleurs si l'objectif d'un gain de 10 millions d'euros correspond à une suppression ou à une réallocation des ressources à l'intérieur du budget des praticiens hospitaliers.

M. CORIAT répond que ce gain doit bénéficier à l'ensemble du titre 1, à partir du moment où ne se produisent pas de dépenses inutiles médicalement.

Par ailleurs, il souhaite attirer l'attention de la CME sur les déclarations d'un collègue dans la presse selon lesquelles la communauté médicale ne porte aucune attention aux événements indésirables qui lui sont communiqués. L'important travail mené à l'AP-HP sur la qualité, les évaluations des pratiques professionnelles et la gestion des risques contredit de manière évidente ces affirmations. La CME ne pouvant rester indifférente à ces propos, M. CORIAT demande une prise de position officielle.

M. RUSZNIEWSKI informe la CME que la quasi totalité des chefs de pôle et présidents de CCM de l'Hôpital Beaujon où travaille ce collègue a protesté. Lui-même a écrit un texte partiellement repris dans *Le parisien*, mentionnant la colère des médecins de Beaujon. La CME doit prendre position.

Mme VIDAL-TRECAN, président de la Commission qualité et sécurité des soins, estime inadmissibles les propos tenus par ce chef de service, elle souligne qu'il existe au sein de l'AP-HP des structures chargées de la qualité et de la sécurité des soins dépendant de la CME pour la commission centrale et des CCM pour les comités locaux, ainsi qu'un bureau enquêtes accidents qui mène des analyses en profondeur des événements graves.

M. MUSSET ajoute qu'un courrier a commencé à circuler, repris par un grand nombre de présidents de CCM, tous très choqués par ces propos. Lui-même souhaite que la CME vote une motion contre ces propos dont les chiffres, qui ne reflètent pas la réalité, visent uniquement à inquiéter la population.

M. CORIAT propose qu'une motion émane de la CME, le président ne s'exprimant en qualité, que dans le cadre d'un avis voté par la commission.

M. MORIN ajoute que cette déclaration aura des conséquences et risque d'augmenter le nombre de réclamations. Ce type de déclaration déstabilise les équipes qui craignent des dépôts de plainte systématiques. Il est indispensable que la CME s'exprime, mais d'une manière brève et directe.

M. FAGON estime que les confusions de la déclaration et la distorsion de la réalité méritent de s'interroger sur l'objectif de cette déclaration. Il faut donc rester très attentif à la manière de communiquer et répondre point par point à l'inexactitude de cette déclaration.

M. VALLEUR demande quelles règles les membres d'un service public peuvent appliquer dans les communications extérieures et si ce genre de propos peut être sanctionné.

M. CORIAT répond que les seules sanctions possibles émanent de la commission de discipline du corps des PU-PH au ministère, saisissable par le doyen de l'université.

M. SCHLEMMER estime le sujet complexe. Il est difficile de contester à un citoyen doté de responsabilités politiques le droit à l'expression. Il est cependant regrettable que le fond et la forme soient tous deux contestables, eu égard aux efforts fournis depuis des années dans la maîtrise des risques et la promotion de la qualité en médecine. C'est d'ailleurs une des missions dévolues à la Haute Autorité de Santé.

M. VALLEUR souligne que dans une entreprise privée, une telle intervention serait vraisemblablement sanctionnée par un renvoi.

M. CAPRON rappelle que l'existence des commissions de gestion des risques correspond à une identification de ces risques. Les données communiquées émanent des chiffres nord-américains extrapolés pour la France.

M. CORIAT précise qu'il est faux de dire que l'AP-HP ne se préoccupe pas de ces sujets alors que notre institution dispose d'un système de recueil des données et qu'il existe beaucoup de RMM.

M. CORIAT demande aux membres de la CME de réfléchir à une proposition de motion.

Le projet de motion est adopté par une majorité de membres de la CME.

VI. Archivages des dossiers médicaux

M. DUPONT dresse un point sur la durée de conservation des dossiers médicaux, un sujet sur lequel la direction des affaires juridiques est souvent sollicitée. Les textes des années 60 fixaient différentes durées selon la nature des dossiers allant de vingt ans à soixante-dix ans, voire davantage.

Désormais, le décret du 4 janvier 2006 fixe les délais de conservation des dossiers médicaux :

- à vingt ans à partir du dernier séjour du patient dans l'établissement ou à partir de la dernière consultation externe ;
- à dix ans après le décès du patient ;
- à trente ans pour les dossiers relatifs à la transfusion ;
- pour les dossiers médicaux des mineurs, jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire pour leur permettre de faire valoir leurs droits une fois majeurs, en raison du délai de prescription s'élevant à 10 ans.

Les délais sont suspendus lorsqu'un recours gracieux et contentieux met en cause les responsabilités médicales d'un professionnel.

A l'issue du délai de conservation, le dossier peut être éliminé, sur décision du directeur de l'hôpital après avis du médecin « DIM ». Cette décision est subordonnée au visa de l'administration des archives publiques.

Les délais de conservation ont donc été réduits mais les textes laissent la liberté aux hôpitaux de conserver plus longuement les dossiers au cas par cas. Les hôpitaux fixent alors la durée de conservation.

Le dossier permanent de recherche relève de dispositions différentes : il est conservé pendant 15 ans.

M. FAIN demande s'il est possible de demander au patient s'il souhaite récupérer son dossier médical avant sa destruction.

M. DUPONT répond qu'une copie du dossier peut être réalisée si le patient le souhaite.

M. HINGLAIS demande si des dispositions ont été établies concernant l'archivage informatique des dossiers médicaux.

M. DUPONT répond que des dispositions spécifiques prévoient les conditions de conservation des dossiers médicaux informatisées, selon les mêmes durées.

M. LACAU-SAINT-GUILY souligne le problème du stockage des dossiers pendant la période de conservation, ayant conduit à faire appel à des sous-traitants, ce qui rend difficile la récupération des dossiers.

M. DUPONT répond que la réglementation nouvelle tient compte de cette question. Elle autorise l'externalisation des dossiers à des prestataires agréés. Une vraie réflexion doit être menée sur ce point.

VII. Avis sur une fiche de pôle d'activité.

GHU Est : Pôle infections – immunité – inflammation du GH Pitié-Salpêtrière

Modification : création d'une unité fonctionnelle : coordination régionale du risque épidémique et biologique (CO-REB) rattachée au pôle.

M. HARDY explique que la création de l'unité fonctionnelle est abordée en CME avant même d'avoir été examinée par le groupe des structures, pour permettre à la responsable d'unité fonctionnelle d'être rémunérée par son hôpital de rattachement à partir du 1^{er} février.

L'unité fonctionnelle appelée « Coordination régionale du risque épidémiologique et biologique » est reconnue au niveau national dans le cadre du risque nucléaire, radiologique et chimique. Au niveau régional, les hôpitaux ont pour mission d'organiser cette mission transversale. L'AP-HP a été retenue pour la mettre en œuvre en Ile-de-France.

Le professeur C. LEPORT sera la future responsable de l'unité fonctionnelle. La fiche de structure a été établie : l'unité sera localisée administrativement à la Pitié-Salpêtrière et l'activité sera conduite à l'hôpital Poincaré.

Les moyens attribués à l'UF restent à débattre avec le ministère et avec le niveau régional. L'AP-HP devra aussi contribuer.

M. CARLI insiste sur l'intérêt de l'UF créée qui apporte une transversalité dans le traitement des maladies infectieuses. Soutenue par les médecins des urgences, des SAMU et des SMUR, elle répond à la nécessité de bénéficier de l'expertise des différents services de maladies infectieuses et tropicales. La structure, légère et intellectuelle, concerne toutes les catégories de personnel et garantit la mise en place de dispositifs de sécurité efficaces.

La création de l'unité fonctionnelle est approuvée à l'unanimité.

VIII. Avis sur des contrats d'activité libérale

Le nouveau contrat d'activité libérale, les renouvellements de contrats sont approuvés par 24 voix pour, 4 voix contre et 6 abstentions.

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 18 novembre 2008.

Le compte-rendu de la séance du 18 novembre 2008 est approuvé à l'unanimité.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures.

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

Mardi 10 février 2009 à 08h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 28 janvier 2009 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

Motion de la CME

Une majorité des membres de la CME de l'AP-HP réunie ce jour, 13 janvier 2009, s'indigne des déclarations du Pr Juvin, chef de service des urgences de l'hôpital Beaujon parues dans le JDD du 11 janvier 2009.

Les chiffres avancés, en particulier celui concernant les décès évitables sont faux, sans aucun fondement scientifique et incompréhensibles de la part d'un médecin ayant des responsabilités.

De tels propos ne peuvent qu'inquiéter inutilement les patients qui nous sont confiés et décourager les personnels soignants de nos hôpitaux.

L'AP-HP s'est tout particulièrement investie ces dernières années dans une politique d'organisation, de qualité des soins et de gestion des risques. Cette action a été basée sur de très nombreuses évaluations de pratiques professionnelles et sur l'analyse régulière des événements indésirables graves (EIG) au travers d'audits et de Revues de Morbi-Mortalité (RMM) aboutissant à des actions correctrices et à leurs diffusions aux services et spécialités concernés.