

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 JANVIER 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 12 FEVRIER 2008**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 8 janvier 2008

-----

#### ORDRE DU JOUR

##### SEANCE PLENIERE

- 1- Rapport sur l'audit des consultations externes : état des lieux et recommandations.
- 2- Information sur la précarité.
- 3- Formation médicale continue.
- 4- Elections au conseil de pôle.
- 5- Information sur le compte épargne temps.
- 6- Point sur le système d'information patient.
- 7- Contrôle de l'activité libérale.
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 9- Modalités d'intégration des pharmaciens dans le CHU.
- 10- Question diverse.

##### SEANCE RESTREINTE

###### Composition F

- Candidatures aux stages interrégions – semestre de mai à novembre 2008.

###### Composition C

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur quatre premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la candidature aux fonctions de praticien responsable de pôle à l'hôpital Antoine Béclère.

###### Composition B

- Avis sur des demandes d'attribution d'une indemnité pour activité multi-établissements pour le personnel hospitalo-universitaire.

## Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
  - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
  - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
  - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- ***en qualité d'invités permanents :***
  - M. le Pr BERCHE, doyen,
  - M. le Pr SCHLEMMER, doyen ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
  - M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
  - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. GUIN, directeur économique et financier,
  - M. PEURICHARD, directeur du développement des ressources humaines ;
  
  - Mme CLERC, direction économique et financière,
  - Mme EVEN, direction générale, pôle AVEC,
  - M. GODDAT, direction générale, pôle AVEC,
  - M. le Pr LEPAGE, directeur du projet système d'information patient,
  - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
  - Mme RIVET, direction de la politique médicale ;
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Pr DOURSOUNIAN,
  - M. le Pr MUSSET.

\*

\*

\*

Le **président** ouvre la séance en présentant à l'assemblée ses meilleurs vœux de bonheur au plan personnel et de réussite professionnelle pour l'année nouvelle.

Il souhaite en particulier que l'état d'esprit qui anime les membres de la commission médicale d'établissement se pérennise afin d'affronter avec cohésion et dynamisme tous les défis profilés pour 2008. En effet, à considérer les lignes directrices des nombreuses réformes impactant les hôpitaux (réforme de la fonction publique, conclusions de l'observatoire de la démographie médicale, conclusions de la mission Larcher...), le rôle de la CME apparaît plus essentiel que par le passé.

Il lui semble indispensable de garder comme fil conducteur de l'action de la CME le pari de l'efficacité, non en réponse à un déficit budgétaire ou de convergence, ni comme moteur de la rentabilité des activités médicales, mais simplement comme une exigence d'éthique professionnelle. L'exigence éthique de mettre au service du plus grand nombre une offre de soins dont on est fier, de préserver l'investissement garant de la qualité, de la sécurité, de l'innovation thérapeutique, de maintenir la place de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris dans un système concurrentiel, de préserver l'unité de l'institution.

S'agissant de la qualité de l'offre de soins, un des soucis essentiels de la CME, ne pas réussir le pari de l'efficacité remettrait en cause la coordination des soins et la réflexion médicale guidant la prise en charge des malades à l'hôpital. On ne pourra garantir le respect de ces deux éléments non valorisés, qu'en améliorant l'organisation et en évitant les gaspillages.

Pour jouer pleinement son rôle, la CME devra se montrer innovante, évaluante, expérimentatrice et audacieuse. Sa mission dans le domaine de l'évaluation et du conseil sera particulièrement importante en raison des incidences du nouveau mode d'allocation des ressources en fonction de l'activité. Sa mission d'expertise sera au premier plan car sa connaissance de la méthodologie d'évaluation des pratiques médicales, lui permet d'apporter de bonnes réponses pour apprécier la pertinence d'une activité médicale, sa qualité et le temps médical nécessaire à sa pratique.

Puis M. CORIAT insiste sur la valorisation des ressources humaines médicales ou paramédicales, une condition essentielle de la réussite du pari de l'efficacité. Seul le service peut faire valoir son attractivité, il doit donc conserver son rôle dans le cadre du recrutement médical et paramédical. La motivation à s'impliquer dans une structure hospitalière ne peut se transmettre qu'au travers d'une relation directe avec un chef de service lequel établit un contrat moral. Ce mode de recrutement mettant en perspective le travail clinique, scientifique et académique, évitera la responsabilisation des praticiens par des contrats aux rémunérations variables.

De même, la CME doit jouer son rôle d'expertise pour allouer des moyens médicaux de façon équitable et pour imposer un contrôle médicalisé sous peine que le contrôle de gestion, fondé sur le déficit, ne devienne la seule référence à l'organisation hospitalière.

Ainsi, au cours de l'année 2008, l'instance devra assurer une mission d'expertise motivée par un souci éthique, pour une médecine de qualité incluant la prévention, l'éducation thérapeutique et la prise en charge de la précarité, la coordination des soins, gage de la qualité de la prise en charge hospitalière. La CME porte la responsabilité de certifier la pertinence et la qualité des soins et de vérifier une allocation des ressources équitable. C'est ce qui fait la grandeur de sa tâche, conclut le président.

Le **directeur général** adresse à son tour ses vœux aux membres de la communauté médicale et à leurs proches. L'année 2008 s'annonce cruciale pour l'AP-HP car l'hôpital fera l'objet d'une attention toute particulière de l'Etat. En outre, l'AP-HP devra relever quelques défis importants dont l'efficacité, l'élaboration du futur plan stratégique, le recrutement et plus généralement le développement de son rayonnement en France comme à l'international, en cette année de jubilé des centres hospitaliers universitaires.

Tous ses vœux vont aussi à la continuité de la qualité de la nouvelle gouvernance médico-administrative que le président CORIAT, qu'il remercie, a su développer, enrichir et surtout rendre opérationnelle. Avec toutes ses équipes, il se tiendra à ses côtés pour promouvoir l'institution au bénéfice des patients qui se confient à elle.

**M. DRU** voudrait obtenir des précisions concernant la rémunération variable des praticiens évoquée par le **président** qui répond que l'AP-HP doit fonder son attractivité sur la qualité du travail, les perspectives scientifiques et les perspectives académiques, et ne pas s'engouffrer dans la rémunération variable proposée aux praticiens. En effet, il doute de la pertinence de cette réponse à l'exigence d'efficacité et craint qu'elle nuise à l'équité au sein des équipes ; cela ne signifie pas pour autant ne pas rémunérer le temps de travail supplémentaire. En revanche, conclure des contrats reposant sur des objectifs négociés d'activité semble à M. CORIAT constituer un écueil à éviter. Le débat sur ce sujet est ouvert au sein du ministère, de nombreux hôpitaux locaux demandant la mise en œuvre d'un tel dispositif que les pouvoirs publics semblent disposés à accepter. Or l'AP-HP possède d'autres moyens de se valoriser.

## **I- Rapport sur l'audit des consultations externes : état des lieux et recommandations.**

Les résultats des travaux de la mission d'appui sur les consultations externes de l'AP-HP, conduite par le pôle appui-veille-évaluation-contrôle (AVEC), font l'objet d'une présentation par Mme PEDOUSSAUT, coordinatrice de la mission, et par M. GODDAT, auditeurs au pôle AVEC (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'évaluation médico-économique de l'activité de consultation s'inscrit dans la droite ligne du pari de l'efficacité indique **M. GODDAT**. La mission a été réalisée, en lien étroit avec la direction de la politique médicale et la direction économique et financière et renforcée par une enquête de satisfaction menée par la direction de la politique médicale. Ses travaux se sont déroulés essentiellement dans les hôpitaux Saint Louis, Cochin et Antoine Béchère, qui en 2003, avaient déjà fait l'objet d'un audit concernant le recouvrement des recettes de consultations et d'actes externes.

### L'état des lieux.

Les constats de la mission initiée dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, poursuit **Mme PEDOUSSAUT**, s'articulent autour de deux notions complémentaires : l'attractivité et la performance des consultations externes de l'AP-HP.

*Le bilan de l'attractivité* se fonde sur l'analyse de l'offre de soins et des caractéristiques de la patientelle fréquentant ces consultations. On note une attractivité très importante des consultations externes de l'AP-HP, résultant de l'étendue de l'offre de soins, du niveau élevé de satisfaction des patients et de leur intérêt pour des tarifs largement inférieurs à ceux du secteur 2 libéral. Cependant, cette activité a tendance à stagner au cours des dernières années alors que le potentiel de recrutement n'est pas satisfait.

*Le bilan de la performance organisationnelle* révèle un cadre complexe des consultations externes caractérisé par une mosaïque peu lisible d'activités fragmentées et par de nombreux goulets d'étranglement engendrant une perte d'activité estimée entre 20 % et 30 %. En particulier, on note que près de 30 % des rendez-vous pris par les patients ne sont pas honorés ce qui contribue à une productivité limitée des consultations externes.

Dans une situation qui risque d'être de plus en plus concurrentielle, on enregistre une réactivité insuffisante et une efficacité non optimale des unités de consultations externes.

*Le bilan de la performance économique et financière* traduit le poids financier significatif des consultations externes avec une dépense d'environ 300 millions d'euros. Une amélioration des recettes est enregistrée sur la période étudiée (2001 – 2006) mais il demeure une marge significative de progression des résultats. Dans le contexte de la mise en place de la T2A, il s'avère essentiel de renforcer l'efficacité des consultations externes afin que les changements en cours constituent une opportunité et non un risque.

### Les recommandations.

Après avoir rappelé que les consultations externes comptent des points forts notamment en ce qui concerne la qualité des prestations médicales, **M. GODDAT** détaille les recommandations :

- à court terme pour améliorer l'accessibilité :
  - dynamiser la gestion des rendez-vous ;
  - renforcer les liens avec la médecine de ville ;
  - améliorer le confort et la convivialité ;
  - faciliter l'accès aux locaux ;
  - rendre plus lisible l'offre de soins ;
- à moyen terme, pour agir sur l'organisation et stimuler l'activité :
  - réduire l'absentéisme des patients ;
  - maximiser le codage des actes et des recettes ;
  - faciliter l'accès au dossier médical ;
  - simplifier le circuit du patient ;
  - développer un système d'information performant permettant d'une part d'établir des indicateurs d'attractivité, d'efficacité et de qualité et d'autre part de créer des tableaux de bord de suivi de la performance.

Le **président** ouvre la discussion en rappelant que l'audit a été mené dans trois hôpitaux ayant déjà mis en œuvre une politique de la qualité.

**Mme Brigitte GIRARD** évoque en premier lieu, l'accès difficile aux hôpitaux de l'AP-HP pour les patients qui sont trop fatigués par leur maladie ou en état de locomotion réduite et que les taxis refusent de prendre en charge car ils n'habitent pas assez loin de l'hôpital. Ces patients devraient pouvoir être conduits par leurs proches en voiture dans l'enceinte de l'hôpital. Il convient de prendre en compte cet élément pour les bâtiments en cours de construction ou de rénovation (parking payant par exemple).

Concernant la dynamisation de la gestion des rendez-vous, une des solutions mises en œuvre dans des consultations d'ophtalmologie, réside dans la technique du surbooking. Procéder comme préconisé dans l'exposé à des relances téléphoniques des patients avant leur rendez-vous, lui semble difficile à réaliser en raison d'un personnel en nombre insuffisant et des numéros de téléphone inopérants.

Les patients absents aux rendez-vous étant toujours les mêmes, Mme Brigitte GIRARD estime en revanche plus efficace de mettre en œuvre des procédures comparables à celles des cabinets de médecine de ville qui refusent la prise en charge d'un patient absent de façon répétitive à un rendez-vous sans l'avoir annulé. Une telle démarche inciterait des patients qui estiment parfois sans valeur un rendez-vous qu'ils ne paient pas, au respect de leur engagement. D'autre part, il s'avère compliqué pour des personnes incapables de gérer un agenda de se rendre à un rendez-vous pris trois ou quatre mois auparavant.

Enfin, elle rappelle que les consultations doivent gérer un flux énorme de patients qui nécessitent parfois une attention permanente (fauteuil roulant, polyhandicap, perfusion, ...) mobilisant un personnel important.

Les consultations externes constituent un segment majeur pour l'AP-HP, observe **M. DASSIER**, tant pour son activité que pour sa notoriété. Il convient de prendre en compte les consultations internes qui concernent particulièrement les services d'anesthésie confrontés à de réels problèmes pour gérer les plannings contrairement à d'autres établissements équipés d'outils informatiques performants.

On ne doit pas oublier la mission de service public de l'AP-HP, opine **M. CAPRON**, les consultations externes permettant d'offrir la plus haute qualité médicale au moindre coût. Leur fermeture pour cause d'absence de rentabilité aboutirait à exclure une partie de la population en incapacité de payer un spécialiste en secteur libéral.

Par ailleurs, selon lui, l'attractivité des consultations pour les patients passe surtout par l'amélioration de l'attractivité pour les médecins. L'AP-HP éprouve des difficultés à attirer des spécialistes (rhumatologues, dermatologues, neurologues...) qui gagnent entre cinq à six fois plus en exerçant dans leur cabinet qu'en consultation hospitalière. La solution consisterait pour M. CAPRON à augmenter les émoluments des collègues réalisant des consultations à l'hôpital et pour le **président** à convertir les demi-journées de consultation en postes de praticien hospitalier.

Il est demandé aux services et aux pôles de rédiger des projets dans le cadre d'une démarche de contractualisation observe **M. FOURNIER**. Si depuis deux ans, la démarche se décline de manière correcte pour l'hospitalisation programmée et partielle, la consultation ne fait pas l'objet des mêmes attentions induisant un déficit de projets que l'année 2008 pourrait fournir l'occasion de combler. A cet égard, il pense que l'AP-HP ne peut pas assurer l'ensemble des missions (recours, suivi des patients complexes, préparation aux hospitalisations...) mais doit désormais s'appuyer sur une démarche plus précise et évaluable de son action dans ce secteur.

L'absence chronique de personnel paramédical en hospitalisation conduira inévitablement, indique le **président**, à poser la question d'une organisation différente des consultations afin de transférer du personnel paramédical vers l'hospitalisation tandis que **Mme Brigitte GIRARD** préconise de vérifier avec un autre audit qui ne tiendrait pas compte des recettes, si les personnels paramédicaux affectés dans les consultations spécialisées sont réellement en surnombre par rapport à l'activité produite.

Du point de vue de **M. LACAU ST GUILY**, le problème de la gestion des rendez-vous réside également dans la coexistence de consultations extrêmement spécialisées et de consultations de proximité. Aussi, il milite pour une organisation reposant sur des secrétaires individualisées, capables d'évaluer l'urgence de la demande au moment de la prise de rendez-vous.

Si la présence de médecins de ville à l'hôpital comporte un réel intérêt, il peut néanmoins sembler utile dans un certain nombre de cas, de convertir des demi-journées d'attachés afin de renforcer les équipes médicales permanentes.

Par ailleurs, la qualité du travail réalisé par le personnel non médical constitue un élément capital au sein des services, et particulièrement des consultations, déclare **M. LACAU ST GUILY** qui évoque une expérimentation consistant à organiser des stages d'infirmiers de consultation au sein des équipes d'hospitalisation, et réciproquement. Cette démarche, qui améliore la fluidité et la compréhension du parcours du patient, réjouit les infirmiers, le personnel médical et les patients. Aussi invite-t-il l'administration à réfléchir à une généralisation de cette organisation éprouvée en cancérologie où le dispositif d'annonce implique des échanges d'informations entre les équipes d'infirmiers.

Après s'être étonnée d'un certain nombre d'éléments livrés dans l'exposé de l'audit, **Mme MARCHAND** rappelle l'existence à l'AP-HP de médecins attachés spécialistes sous contrat de trois demi-journées pour une consultation.

Puis, elle rejette l'idée émise pour dynamiser la prise de rendez-vous de convier l'ensemble des patients à huit heures, de crainte qu'ils ne respectent plus les consultations réalisées au sein de l'AP-HP.

Enfin, elle plaide pour modifier le regard porté sur les attachés. Ces spécialistes constituent un potentiel intéressant pour développer les réseaux entre la médecine de ville et l'hôpital. Ils mériteraient d'être investis davantage dans le fonctionnement du service hospitalier, estime-t-elle.

Son expérience au sein d'un service de spécialité exerçant un suivi de malades chroniques, permet à **Mme DEGOS** de témoigner sur l'impossibilité de délivrer des ordonnances aux patients dans le cadre des C2 et des C3 alors que les patients le demandent. En outre, si on ne les surveille pas tous les six mois, on les perd de vue, au détriment du suivi des cohortes.

Pour **M. LYON-CAEN** le débat mériterait de distinguer la problématique des consultations de médecine générale et / ou d'urgences, des consultations s'inscrivant dans un parcours de soins non prises en compte dans la présentation. Les consultations de médecine ou de chirurgie spécialisée devraient intervenir, selon lui, uniquement dans le cadre du parcours de soins du patient adressé à l'AP-HP par son médecin traitant.

Par ailleurs, il semble à M. LYON-CAEN que l'AP-HP doit permettre à un médecin de ville de réaliser à l'hôpital une activité différente et enrichissante par rapport à son activité quotidienne. On doit émettre des propositions pour insérer ces confrères dans des évaluations thérapeutiques et des évaluations cliniques, ou pour les associer à des travaux de recherche clinique. Ces perspectives constitueraient un cadre plus motivant pour ces médecins de ville.

Enfin, s'agissant de l'exercice de spécialité dans certains services de médecine interne, lesquels doivent régulièrement demander l'avis d'autres intervenants, il suggère que la DPM réfléchisse à l'organisation de structures mobiles interservices au sein des groupements hospitaliers universitaires (GHU), chargées de l'évaluation, du diagnostic et de la prise en charge, composées de praticiens titulaires et d'attachés spécialisés.

Pour sa part, **M. CAPRON** définit la médecine interne comme la spécialité qui soigne les malades dont les autres spécialités n'ont pas voulu.

Dans les hôpitaux de gériatrie ont été mis en place des « consultations mémoire » qui, du fait qu'elles ont été labellisées par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), ouvrent droit aux MIGAC, informe **Mme MAUGOURD**. Ceci permet de consacrer davantage de temps aux patients. Comme dans la plupart des cas elles ont été développées à partir de services d'hospitalisation et sans aucun moyen complémentaire, elles ont volontiers un caractère « artisanal », aussi le travail relatif à l'organisation de ces consultations reste à fournir.

Tandis que la recherche d'un médecin spécialiste s'avère rapide sur les sites Internet d'organismes concurrents, il faut parfois une vingtaine de minutes pour effectuer une recherche de consultant sur le site de l'AP-HP Il convient prioritairement d'améliorer ce point en s'inspirant de ce qui est fait ailleurs, ceci ne nécessite pas des moyens financiers importants, estime l'intervenante.

**M. VALLEUR** insiste sur trois chiffres qui parlent d'eux-mêmes, cités dans le rapport : 90 % des dépenses affectées aux consultations concernent les personnels, représentant 50 % des dépenses des blocs opératoires et 50 % des dépenses d'imagerie. On doit donc modifier l'organisation des consultations afin d'en améliorer la rentabilité, tout du moins l'efficacité.

**M. FAGON** souligne également trois chiffres : les consultations coûtent 300 millions d'euros ; entre 5 % et 12 % des consultations aboutissent à une hospitalisation ; une consultation compte en moyenne dix patients soit un temps moyen de seize minutes par patient. Sur cette base, depuis trois mois un groupe de travail, auquel participent des membres de la CME, un médecin libéral et des médecins urgentistes, s'attache à redéfinir les missions de l'AP-HP concernant les consultations.

Si deux de ses missions ne supportent pas de débat :

- une mission de service public, visant à accueillir dans les meilleures conditions les personnes se présentant à l'hôpital pour une consultation ;
- une offre de consultations très spécialisées que seule l'AP-HP se trouve en capacité de réaliser,

pour d'autres, la situation s'avère moins claire. Ainsi, le suivi des cohortes de patients victimes de maladies chroniques occupe un temps médical important qui pourrait se partager avec d'autres institutions.

Une première étape étant quasiment achevée, on aborde désormais celle de l'organisation des consultations. Il importe également de mieux afficher la place de l'AP-HP dans l'offre de soins sur Internet, ce qui nécessite un travail très important, puis d'améliorer les prises de rendez-vous téléphonique car dans certains hôpitaux de l'AP-HP, 60 % des appels téléphoniques n'arrivent pas au poste souhaité.

Le troisième axe de travail concerne les praticiens chargés d'assurer ces consultations. Puisque l'enquête a démontré une forte différence en terme de productivité entre les médecins titulaires et les attachés, il convient de réfléchir à la place réservée à ces deux types d'intervenants, afin d'offrir un dispositif propre à l'AP-HP. Cette dernière doit entrer dans une démarche de contractualisation avec les consultants qui pourraient assurer une part du suivi des malades, en contrepartie d'une prestation spécifique apportée par l'AP-HP lorsqu'ils interviennent à l'hôpital.

Par ailleurs, le sujet des consultations internes à l'AP-HP mérite probablement d'être examiné au niveau des hôpitaux, voire au sein des GHU.

Enfin, se pose la question du choix du morcellement ou de la centralisation des accueils de consultation. Si centraliser les accueils améliore le ratio personnel non médical / consultants, la proximité entre la consultation et le secteur d'hospitalisation comporte une certaine logique, explique M. FAGON.

Il annonce que les premières conclusions de ce groupe de travail seront présentées à la CME dans trois ou quatre mois.

Il convient de prendre en compte le profil pathologique spécifique des patients âgés observe **M. SEBBANE**. Il est souvent reproché aux gériatres de ne pas prendre en charge un nombre suffisant de patients en deux heures trente ou en trois heures de consultation, au regard du nombre de personnels paramédicaux mobilisés. Ceci risquant de remettre en cause les consultations destinées aux personnes âgées, lesquelles se rendront en plus grand nombre aux urgences, il lui semble utile d'intégrer un gériatre dans ce groupe de travail.

Le message de l'audit, conclut le **président**, révèle qu'une réflexion globale relative à la prise en charge des malades doit également inclure les consultations afin de dégager des marges de manœuvre ou de déployer des organisations différentes.

## **II- Information sur la précarité.**

L'étude portant sur la prise en charge de la précarité à l'AP-HP, indique le **président**, se justifie par la visée d'une valorisation de cette prise en charge dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

**M. CHATELLIER** présente le fruit du travail d'un groupe constitué pour déterminer ce que recouvre la prise en charge de la précarité à l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

### Les caractéristiques de l'étude.

La précarité est un terme générique aux composantes multiples mesurées selon plusieurs méthodes qu'il explique. Une enquête nationale menée en 1999 par la mission du programme médicalisé du système d'information (PMSI) avait démontré un impact de la précarité sur la durée de séjour. Ce travail a été repris en utilisant des codes ne dépendant pas de la capacité des médecins à identifier la précarité et en couplant ces indicateurs de fonctionnement fiables avec les éléments issus du PMSI.

L'étude a été réalisée :

- sur la base des données validées de l'année 2005 ;
- dans les hôpitaux non majoritairement gériatriques ;
- en se limitant aux données de court séjour ;

- concernant des patients de plus de seize ans ;
- hors les séjours de moins de quarante huit-heures.

Les variables prises en compte dans le serveur des identités et des séjours communs à l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP permettent d'identifier :

- les titulaires de la couverture médicale universelle (CMU) ;
- les titulaires de la couverture complémentaire donnée sur conditions de ressources ;
- les titulaires de l'aide médicale de l'Etat (AME), destinée aux personnes sans papiers mais présentes depuis plus de trois mois en France.

### Les résultats.

Sur les 524 752 séjours d'hospitalisation complète enregistrés en 2005 à l'AP-HP, les critères retenus ont limité l'étude à 337 581 séjours.

#### *La précarité au sein des hôpitaux*

L'orateur décline les variables médicales et les variables administratives et leur distribution par hôpital laquelle démontre que les hôpitaux du GHU nord traitent un plus grand nombre de patients en situation de précarité que le GHU ouest.

#### *Les caractéristiques de la population précaire*

La population couverte par l'AME se révèle jeune et féminine, celle couverte par la CMU semble plus diverse, tandis que les personnes sans domicile fixe (SDF) prises en charge correspondent essentiellement à une population jeune puisque l'espérance de vie des SDF est limitée, et fortement masculine.

Après avoir détaillé les différentes données examinées, M. CHATELLIER signale que les croisements de variables démontrent la validité de la mesure, laquelle doit paraître crédible aux autorités de tutelle qui l'utiliseraient dans un cadre budgétaire.

La durée moyenne de séjour de ces différentes catégories de population précaire engendre un coût supplémentaire direct ou indirect dans le cadre de la file d'attente. Sa mesure, après standardisation (prise en compte du groupe homogène de malades (GHM), de la classe d'âge, du sexe et du mode de sortie), révèle une durée moyenne de séjour supérieure de 19 % pour les SDF et de 15 % pour les titulaires de l'AME.

Pour conclure, cette enquête utilisant des données automatisées, confirme les conclusions de celle réalisée en 1999 sur la base de données différentes. Les patients précaires séjournent plus longtemps dans les hôpitaux de l'AP-HP et s'y répartissent de manière inégale. Sans doute conviendra-t-il de vérifier que l'institution en reçoit davantage que les cliniques ou les autres CHU, afin de s'appuyer sur ces données dans le cadre du débat relatif à la valorisation. Ce travail se poursuivra notamment par l'examen des données relatives à la pédiatrie et aux personnes âgées, par une analyse statistique affinée afin d'intégrer les facteurs propres aux différents hôpitaux et qui permettent à certains d'être moins impactés que d'autres à taux égal de prise en charge de la précarité. Ces travaux seront présentés à la mission de la tarification à l'activité (T2A) et au comité technique d'établissement (CTE).

Au terme de l'exposé le **président** ouvre le débat.

Il semble tendancieux à **M. RILLIARD** de vouloir créer une logique de diagnostic de la précarité uniquement sur des critères administratifs et médicaux car le phénomène s'avère multifactoriel. Ainsi, outre l'absence de domicile fixe par exemple, il convient de prendre en compte la notion d'isolement ou de domicile variable et instable.

De même, le critère social retenu dans l'étude ne permet pas à lui seul de définir la précarité car le dispositif de l'AME s'applique non seulement aux personnes sans papiers mais également à celles en attente de régularisation administrative.

Enfin, s'il importe de réfléchir au calcul des coûts induits par la prise en charge des patients exclus des systèmes de soins de droit commun, l'intervenant pense que l'étude doit aussi porter sur la problématique des consultations externes en première ligne dans l'accueil des patients en situation d'exclusion et de renoncement aux soins.

Effectivement répond **M. CHATELLIER**, le travail doit s'étendre aux consultations, cependant, il ne dispose pas de diagnostic associé sur ce mode de prise en charge. S'agissant de la pertinence de la mesure de la précarité, le problème se pose notamment pour l'identification des personnes âgées isolées. Toutefois, on peut désormais s'appuyer sur cette étude qui met en évidence de manière objective des éléments observés dans les hôpitaux.

Puis à l'adresse de **M. FOURNIER** qui s'interroge sur la connexion entre les ratios présentés et les surcoûts enregistrés au sein des établissements, **M. CHATELLIER** déclare qu'au sujet des coûts directs, réaliser une telle démarche implique de disposer d'une mesure de la dépense par séjour réalisable, non actuellement à l'AP-HP de manière routinière, mais au sein des hôpitaux participant à l'étude nationale des coûts. Cependant, il insiste sur la prise en compte du coût indirect lié à la précarité, notamment l'impact des séjours prolongés sur la file d'attente.

Tout étant organisé dans les services pour prendre en charge par les services sociaux les femmes enceintes dès leur première consultation, **M. OURY** ne s'étonne pas qu'elles constituent une part importante des titulaires de l'AME.

**Mme DEGOS** demande s'il existe un savoir faire particulier dans certains services pour la prise en charge des patients en situation de précarité et si un déficit en nombre ou un défaut de formation adaptée des assistantes sociales induit une mauvaise prise en charge de ces patients.

Le travail sur ces sujets nécessitant la mise en œuvre de modèles statistiques complexes, signale **M. CHATELLIER**. Les premiers résultats indiquent que les patients précaires se rendent dans les services de spécialité après un passage plus long que les autres patients dans les services d'urgences, en raison des difficultés rencontrées soit pour suivre un parcours direct, soit pour les transférer dans les services de spécialité.

En revanche, il n'est pas en mesure d'identifier les causes expliquant pourquoi certains hôpitaux s'en sortent mieux que d'autres dans la prise en charge des patients précaires. Il sera sans doute nécessaire de mener une enquête sur ce sujet.

**Mme Brigitte GIRARD** souhaite savoir si un codage particulier identifie les patients âgés isolés aux revenus limités, ne relevant ni de la CME, ni de l'AME, non SDF et sans famille, ce qui induit un allongement de la durée de séjour.

**M. SEBBANE** déclare ignorer si les personnes isolées ne pouvant pas s'appuyer sur un entourage familial sont systématiquement des patients extrêmement âgés, mais affirme qu'il n'existe pas de codage distinguant ces situations particulières. Or la multiplication du nombre de cas enregistrés nécessitera une prise en compte particulière.

Devant ce type d'étude, intervient **M. VALLEUR** les personnels des hôpitaux prenant en charge un grand nombre de patients précaires craignent que les subsides spécifiques à cette population soient intégrés aux MIGAC, engendrant une redistribution opaque.

Après avoir demandé si la finalité de cette démarche consiste à fléchir les hôpitaux enregistrant un nombre important de patients précaires afin de leur permettre de disposer d'aides spécifiques, le **président** souligne que le travail présenté montre la volonté de transparence de la direction générale et de la DPM afin de mieux redistribuer les moyens obtenus au titre de la précarité. Cette étude permet de quantifier l'implication des hôpitaux.

L'importance de la valorisation, avise **M. CHATELLIER**, mérite de poursuivre le travail engagé. La prise de contact avec la mission T2A doit permettre de vérifier si les établissements universitaires de Paris, Lyon, Marseille et des grandes villes frontalières sont les plus concernés par la prise en charge de ces patients. A cette fin, il a établi des variables transférables dans d'autres établissements afin de mesurer l'intensité de la précarité prise en charge.

En outre, il convient de s'interroger sur la manière de valoriser cet élément, soit dans le cadre des MIGAC, soit dans celui de la rémunération associée aux séjours. S'il advenait que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) engage une mission, il chercherait à privilégier une valorisation des séjours.

**M. GUIN** s'accorde avec ces propos notamment concernant les travaux à poursuivre pour obtenir des financements adaptés, si on parvient à justifier des surcoûts liés à la précarité. Il précise que les MIGAC ne comprennent pas de financement au titre de la précarité, même si cet élément était envisagé à l'origine. Néanmoins, rien n'interdit de définir des règles d'allocation budgétaire internes à l'AP-HP basées sur des indicateurs suffisamment pertinents. Evidemment, on ne désespère pas d'obtenir la reconnaissance de la prise en charge de ces patients dans le cadre des MIGAC.

### **III- Formation médicale continue à l'AP-HP.**

A titre liminaire, le **président** relate qu'à l'installation de la mandature actuelle de la CME, l'une de ses priorités affichées visait l'implication dans la formation médicale continue (FMC) au sein de l'AP-HP. L'organisation doit reposer sur un comité scientifique FMC qui travaillera en étroite collaboration avec la commission vie hospitalière en charge notamment du suivi de la FMC. Il importe que la CME s'intéresse aux quatre grands domaines d'actions de la FMC.

#### La mise en ligne des revues médicales.

Le président souligne l'action essentielle menée dans ce domaine par M. de PROST dans le cadre de la précédente mandature de la CME afin que la communauté médicale de l'AP-HP puisse consulter des revues en ligne. Le comité scientifique FMC aura pour objectif de poursuivre et d'intensifier cette action.

#### La prise en charge de la participation de médecins de l'AP-HP à des congrès.

Il apparaît nécessaire d'assurer la transparence de l'attribution des dotations financières aux médecins participant à des congrès en France ou à l'étranger, participation qui s'inscrit dans le cadre de la valorisation des ressources humaines médicales.

### Le financement de séjours à l'étranger dans le cadre de travaux de recherche.

Ce financement s'avère particulièrement important afin d'assurer la mobilité des médecins. La CME doit être informée de la méthodologie retenue et du choix des personnes bénéficiant de ce type de formation.

### L'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH).

Le besoin considérable en formation au management hospitalier pour les médecins de l'AP-HP ou d'autres hôpitaux, mérite de redynamiser l'enseignement de l'EMAMH notamment par la venue de personnalités de renom.

M. CORIAT a proposé à M. GALANAUD, médecin interniste de présider le comité scientifique. Ancien directeur d'unité INSERM, pour avoir travaillé sur le sujet de la FMC au sein de différentes instances, il connaît à ce titre les contraintes liées à la recherche et aux congrès. Le comité FMC tissera également des liens étroits avec les doyens et les facultés de médecine.

Puis le président donne la parole à M. PEURICHARD, après avoir rappelé que l'appropriation de la FMC de l'institution figure dans les prérogatives de la CME.

Pour sa part, **M. PEURICHARD** explique que la modification de l'animation de la politique de la FMC se justifie par l'absence de lisibilité de la politique mise en œuvre et par l'insuffisante collaboration avec la CME (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

L'institution consacre deux millions d'euros par an au financement de la FMC, correspondant à 11 500 journées de formation, réparties en :

- les actions prévues dans le plan de formation institutionnel, les actions de courte durée en très grande majorité à contenu médical et destinées essentiellement aux praticiens attachés ;
- les aides financières individuelles.

En 2006, les aides financières individuelles ont concerné quatre cent soixante trois médecins pour participer à des congrès, pour suivre des formations préparant à des diplômes universitaires et pour des séjours à l'étranger de longue durée.

Entre autres questions se pose celles de savoir si on doit financer ou non les congrès sans communication, si on doit utiliser les séjours financés comme un outil de fidélisation des jeunes médecins, voire de renforcer cette caractéristique. Dans tous les cas, doit s'engager une réflexion portant sur les critères et les priorités retenues pour allouer ces aides et mieux informer les bénéficiaires potentiels.

La politique relative aux abonnements aux revues en ligne rencontre un vrai succès avec 874 000 téléchargements en 2006. Par ailleurs, vingt-trois médecins de l'AP-HP et douze médecins d'autres établissements membres de la fédération hospitalière de France d'Ile-de-France ont suivi les formations proposées par l'EMAMH. Il convient de revoir le partenariat entre cette dernière et la faculté Paris VII, ainsi que son programme, pour viser une école de référence dans le domaine du renforcement des compétences managériales hospitalières.

### Un dispositif d'animation renouvelé.

Le dispositif esquissé avec MM. CORIAT et FAGON permet de sortir du cadre actuel, souligne M. PEURICHARD. Il s'agit d'abord d'installer un comité de pilotage associant le président de la CME, le directeur de la politique médicale, le directeur du développement des ressources humaines, le président du comité scientifique de la FMC et la présidente de la commission à la FMC. Cette instance pourrait réfléchir à la composition du futur comité scientifique de la FMC lequel devra édicter des préconisations, évaluer la pertinence des programmes et des actions mis en place, jouer un rôle dans le respect des obligations en termes de FMC, travailler en coordination avec la commission de la CME chargée de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Il sera proposé rapidement au directeur général le nom des futurs membres du comité scientifique FMC, associant des représentants des différentes spécialités de médecins et des représentants de l'administration. L'objectif consiste à formuler des orientations concernant les aides individuelles et à se prononcer rapidement sur la pertinence des actions inscrites au plan de formation.

Enfin, il faudra renforcer la coopération avec la CME notamment par l'intermédiaire de la commission vie hospitalière présidée par M. DASSIER.

Le **président** ouvre le débat en rappelant que le comité scientifique FMC remplira une mission d'une part de conseil à l'égard de l'ensemble des médecins de l'AP-HP afin qu'ils couvrent leurs obligations en matière de FMC, d'autre part de liaison avec les unités de formation et de recherche médicale (UFR).

Au nom des doyens d'Ile-de-France, **M. SCHLEMMER** se dit prêt à travailler de manière étroite avec l'AP-HP. Parmi les questions à se poser, il convient de préciser la part du financement attribué à la FMC au titre des formations individuelles. En effet, le système français se caractérise par le fait qu'une grande partie de l'information scientifique délivrée aux médecins est assurée par le biais des industriels. Or le bon usage des médicaments et les bonnes pratiques médicales, à promouvoir, nécessitent que d'autres moyens soient mis en œuvre à côté des actions des industriels. Il revient par exemple à l'AP-HP de trouver des sources de financement permettant à ses médecins de participer à des congrès autrement que par le biais des invitations des industriels.

Ce point constitue un enjeu majeur pour les CHU où se trouvent un certain nombre d'experts sollicités par les industriels, dans un contexte où le rapport entre l'information, l'expertise et le poids du marketing se révèle flou. Il pense donc utile de clarifier la politique de l'institution concernant l'aide apportée aux médecins participant à des congrès. L'institution se grandirait en abordant ce sujet, conclut M. SCHLEMMER.

**M. BERCHE**, qui souscrit à ce point de vue, préconise d'utiliser l'outil Internet pour la mise en ligne de cours en lien avec l'accréditation des médecins. L'université doit exploiter l'avantage dont elle bénéficie grâce à l'attribution de diplômes et travailler en partenariat avec l'AP-HP à l'installation de ce type d'outils. Aussi souhaite-t-il l'association de doyens aux travaux du futur comité scientifique.

Limiter à 300 000 euros le budget consacré aux aides individuelles revient, selon lui, à façonner le lit des industriels ; il mérite donc d'être augmenté au regard du nombre de médecins travaillant à l'AP-HP.

Le **président** confirme réserver une place importante aux doyens au sein du futur comité scientifique et des différentes instances, et s'attacher la collaboration des UFR pour la FMC, puis souligne à son tour la faiblesse du budget consacré à la FMC limité à deux millions d'euros.

Redéfinir la politique de la FMC s'accompagnera d'une augmentation des moyens dévolus, déclare **M. PEURICHARD**. Cette évolution s'inscrira dans un cadre garantissant la qualité des formations délivrées et des critères éthiques. Il précise que les deux millions d'euros consacrés à la FMC dans le budget de l'AP-HP ne couvrent pas les actions de formation mises en œuvre grâce à des financements divers. Toutefois, améliorer les actions passe par l'accroissement du budget dédié à la FMC.

Tandis que la FMC constitue désormais une des missions de la CME, déclare **M. RYMER**, il convient de revoir la politique dans ce domaine à l'enjeu capital. Outre les éléments mentionnés, il rappelle qu'un certain nombre de journées de formation et de staffs qualifiants devront donner lieu à des crédits, uniquement si ces formations sont dispensées par une association de formation agréée.

Dans ce contexte, il préconise que la FMC de l'AP-HP soit agréée en tant qu'organisme de formation couvrant l'ensemble des formations d'une journée ou des staffs qualifiants réalisés dans de multiples services. Parmi les conditions requises pour qualifier les enseignements et les staffs, figure l'existence d'une association de formation agréée par le conseil national de formation médicale continue des hospitaliers, or une telle démarche implique de modifier le règlement intérieur de la CME.

De plus, observe M. RYMER, la loi dispose que le budget affecté à la FMC doit représenter au minimum 0,5 % de la masse salariale des médecins titulaires, laquelle représente environ 850 millions d'euros indique **M. FAGON**. Consacrer quatre millions d'euros à la FMC permettrait de répondre aux obligations légales.

L'AP-HP vise l'objectif d'obtenir l'agrément au titre d'organisme de formation, déclare **M. PEURICHARD** qui donnera des indications plus précises permettant d'évaluer l'effort actuel par rapport à l'obligation rappelée par M. RYMER.

**M. DASSIER** signale que tous les praticiens hospitaliers, universitaires ou non, sont soumis aux exigences de la FMC et de l'EPP. L'institution doit les aider à obtenir deux cent cinquante crédits tous les cinq ans car à défaut de remplir cette obligation, ils ne seront plus certifiés.

Par ailleurs, il lui paraît pertinent d'instaurer des garde-fous afin d'éviter les confusions au sein de l'AP-HP entre les financeurs des formations, les personnes formées et les formateurs. La FMC allouant une enveloppe financière d'un montant évalué entre trois cents et quatre cents euros par an pour chaque praticien hospitalier, permettra à ce dernier de participer à un congrès national annuel. Il convient de s'accorder sur le fait que le financement par l'institution, de la participation à des congrès, notamment ceux des sociétés savantes ne doit pas être conditionné à la production d'une communication. De plus, eu égard à la place des anesthésistes de l'AP-HP au sein de la société française de réanimation, l'institution pourrait négocier une réduction des droits d'entrée.

La commission vie hospitalière, souligne M. DASSIER, considère qu'offrir une FMC de qualité, à l'image de ce qui a déjà été réalisé pour l'accès à des revues médicales, constitue un élément majeur d'attractivité pour les praticiens hospitaliers.

**M. DRU** s'associe aux remarques portant sur le poids de l'industrie pharmaceutique, la revalorisation du pourcentage de la masse salariale prise en compte afin de calculer le budget alloué à la FMC et au fait que les médecins doivent pouvoir assister à des congrès ne donnant pas lieu à des communications afin de ne pas les priver d'une mise à niveau garantissant l'excellence de l'institution.

Selon **M. ALVAREZ**, les médecins demandant une prise en charge de leur congrès bénéficient uniquement d'un remboursement limité aux frais d'inscription et à la moitié du coût du déplacement s'ils interviennent dans le cadre du congrès. L'hébergement et la moitié du coût du déplacement, voire le déplacement intégral s'ils ne présentent rien, restant à leur charge, dissuadent un grand nombre de jeunes médecins de se rendre à de tels congrès alors qu'en province, de nombreux CHU financent intégralement la participation à un congrès par an et par médecin.

Suite à une question de **M. RUSZNIEWSKI** relative aux formations dispensées par l'EMAMH aux responsables de pôle, **M. PEURICHARD** précise qu'actuellement l'école est surtout fréquentée par des futurs responsables de pôle. L'objectif vise à organiser des formations de perfectionnement destinées aux personnes déjà en fonction. A cet égard, le **président** souhaite que des grandes personnalités rompues au management hospitalier interviennent à l'EMAMH. Le futur comité scientifique sera chargé de cette démarche de nature à favoriser l'attractivité de l'école.

Pour sa part, **M. VALLEUR** rappelle les sommes considérables dédiées par l'industrie à la formation des médecins de l'AP-HP. Il doute que les finances de l'institution permettraient à tous les médecins de participer à des congrès organisés par exemple à San Francisco.

**M. GARABEDIAN**, qui s'associe à cette remarque, considère qu'au regard de son déficit actuel, l'AP-HP ne financerait pas le déplacement de ses médecins à de nombreux congrès internationaux. Aussi, le recours aux industriels s'avère nécessaire pour ne pas observer la disparition de la France de la scène médicale internationale. S'il approuve pleinement le fait que l'université et l'hôpital reprennent la main en matière de FMC, il souhaite qu'on agisse de manière pragmatique. Dans le cas contraire, la réflexion serait vaine.

Il ne s'agit pas d'interdire à l'industrie d'envoyer des collègues de l'AP-HP à des congrès, avise le **président**, mais d'inscrire la CME dans son rôle dans le cadre de la FMC institutionnelle et ainsi permettre aux jeunes confrères ne bénéficiant pas de l'aide des industriels de se rendre à des congrès, et de réaliser des séjours à l'étranger dans le cadre de la mobilité.

Le problème, intervient **M. BERCHE**, réside dans le fait que l'industrie finance une grande partie de la FMC en France comme dans d'autres pays. Cette intervention se déroule sans doute en respectant un cadre éthique mais dans un but particulier. Dans ce contexte, il convient de se positionner en trouvant un créneau particulier fondé sur les atouts, à savoir, la capacité de l'université à délivrer des diplômes, la qualité des experts, l'utilisation d'Internet qui ne nécessite pas de mobiliser des moyens importants.

Le financement par l'industrie existe et se poursuivra, observe **M. DASSIER**. En revanche, il rappelle que l'ensemble des collègues doivent acquérir deux cent cinquante crédits en cinq ans. Dans ce cadre, ceux obtenant ces crédits en participant à des congrès financés par l'industrie pharmaceutique, libèrent le financement que l'AP-HP leur réservait au bénéfice de médecins non soutenus par l'industrie.

Le **président** clôt le débat en informant que ce sujet figurera à nouveau à l'ordre du jour de la séance de mars de la CME.

#### **IV- Elections au conseil de pôle.**

**M. PEURICHARD** trace les grands traits des prochaines élections au conseil de pôle fixées au 15 avril 2008 et qu'il se propose de développer lors de la prochaine séance de la CME. Une campagne d'information et de sensibilisation à ces élections va se dérouler, la liste des électeurs a été arrêtée en fin d'année dernière.

Dernier pilier de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, après la création des conseils exécutifs et des pôles et la signature des contrats de pôle, ces élections ont été retardées en raison d'incertitudes, maintenant levées, sur la confirmation du décret qui régit leur composition. Nombre de responsables de pôle ont regretté ce différé.

Les conseils de pôle sont composés de membres de droit : les équipes exécutives de pôle, les responsables des structures internes et les cadres supérieurs de santé, ainsi que des membres élus, représentant le personnel médical et le personnel non-médical.

L'objectif est d'inviter les personnels à voter et à être candidats. Un taux de participation élevé témoignera d'une adhésion des personnels à la gouvernance.

Des doutes apparaissent sur la possibilité de fonctionnement de ces conseils de pôle, certains pouvant comprendre jusqu'à quatre-vingt membres, doutes nourris également de l'expérience relative aux conseils de service. Aussi, les divers responsables devront se montrer attentifs aux éléments garantissant le bon fonctionnement de ces conseils, par la nature des sujets inscrits à l'ordre du jour, par l'assurance que tous les membres du pôle seront associés à la marche de ce dernier, tant en ce qui concerne le projet de pôle que l'organisation du travail. Lieu de dialogue social direct avec l'ensemble du personnel, le conseil de pôle évitera que s'instaure une coupure entre les agents qui connaissent la logique de la nouvelle gouvernance et ceux qui ignorent encore appartenir à un pôle.

M. PEURICHARD lance un appel afin d'éviter deux causes d'échec de ces élections : une faible participation et un nombre insuffisant de candidats, notamment de personnels médicaux. Il invite à porter le message de la mobilisation au sein des hôpitaux.

Puis à l'adresse du **président**, il souligne le rôle uniquement consultatif des conseils de pôle dont la mission consistera à participer à l'élaboration du projet de contrat interne, de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'information ou encore d'émettre des propositions. Il sera présidé par le responsable de pôle.

#### **V- Information sur le compte épargne temps.**

**Mme PORTENGUEN** procède à la présentation du dossier portant sur le compte épargne temps (CET) adossé sur le rapport Acker publié l'été dernier et qui a fourni un éclairage national sur les CET médical et non médical (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

En 2005, les médecins de l'AP-HP ont moins abondé leur CET que ceux d'Ile-de-France et d'autres régions et la dette cumulée en temps médical au 31 décembre 2006 s'élève à 641 emplois à temps plein (ETP). Les différences enregistrées au niveau national se retrouvent également entre les hôpitaux de l'AP-HP et entre les disciplines. La période s'ouvrant à partir de 2010 s'annonce critique, puisqu'elle cumulera les effets de la crise démographique médicale et le solde de nombreux CET.

Selon le rapport Acker, sur les 24 423 CET ouverts en France en 2005, on en compte à l'AP-HP 4 344, soit 18 %.

Après avoir évoqué :

- les catégories de médecins ayant droit au CET ;
- les modalités d'alimentation du compte ;
- le nombre moyen par médecins et le nombre total de jours épargnés en régions Ile-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Mme PORTENGUEN détaille la situation à l'AP-HP :

- le nombre de comptes ouverts et de jours épargnés par catégorie de médecins ;
- les écarts entre les hôpitaux et selon les disciplines.

#### Les recommandations du rapport Acker.

Le rapport Acker propose :

- la rédaction d'une circulaire prévoyant :
  - la présentation régulière d'un bilan des CET devant le comité technique d'établissement et la CME ;
  - la délivrance d'un document comportant l'état de l'épargne ;
  - le transfert en cas de mutation, des droits acquis et de la provision des jours ;
  - le décompte du temps médical ;
- l'allongement de la durée d'épargne à 15 ans pour les personnes partant en retraite afin de passer le cap difficile en terme de démographie médicale ;
- la dérogation à la prise des jours épargnés au profit d'un exercice à temps partiel, impliquant une modification des dispositions législatives ;
- l'indemnisation possible des jours épargnés en cas de décès ou d'invalidité du praticien ;
- la réalisation d'une étude relative à la conversion des jours épargnés en cotisations pour la retraite ;
- l'élaboration d'un contrat type pour le médecin remplaçant, correspondant au statut de praticien hospitalier contractuel ;
- la négociation dans le contrat de pôle du volume de jours épargnés et des plages additionnelles rémunérées ;
- l'inscription dans les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM) des engagements pris par les établissements sur la maîtrise du temps de travail médical et non médical.

Mme PORTENGUEN informe l'instance du travail en cours sur la mise en place des tableaux de service prévisionnels et réalisés, la commission temps et effectifs médicaux et la commission de la permanence des soins s'étant emparées du dossier.

La préoccupation majeure, remarque le **président**, réside dans l'hétérogénéité en matière de CET entre les disciplines et les services, source potentielle de conflits et de mauvais ressenti. Il souhaite que les collégiales de spécialités soient également consultées pour expliquer certaines disparités, dans le but de maintenir l'équité au sein de l'institution.

Il observe que certains services, contrairement à d'autres, pratiquent une démarche volontariste en imposant de prendre les jours de RTT et que la principale rupture d'équité apparaît en fonction de la dotation en personnel des services.

**M. RYMER** note que la moyenne des jours épargnés de 2002 à 2006 à l'AP-HP s'élève à 47,9 jours par praticien, supérieure aux 42 jours de moyenne nationale et s'étonne du nombre élevé de CET ouverts par des PH à temps partiel.

Sur un plan général, il rappelle que l'objectif de ce dispositif s'attache à diminuer la durée du temps de travail et non à engranger des jours sur un compte épargne, et qu'un service dépourvu de tableau de service, obligatoire et prévisionnel, ne peut pas bénéficier de CET, puis soulève le problème d'équité posé par l'exclusion des hospitalo-universitaires du dispositif.

Enfin, M. RYMER met en exergue deux difficultés, d'une part la gestion du stock de jours qui fera sans doute l'objet d'une monétarisation eu égard à l'enveloppe de 735 millions d'euros affectée à cette charge par la ministre de la santé, d'autre part la gestion des flux actuels pour éviter que surviennent dans quatre ans les problèmes d'aujourd'hui. Or selon lui, la prise des jours de réduction du temps de travail médical se caractérise par l'absence de règles institutionnelles.

**M. DASSIER** cite les CET bis mentionnés dans le rapport Acker, renvoyant aux heures supplémentaires des personnels non médicaux et aux plages additionnelles des personnels médicaux qui n'ont pas été comptabilisées. Il convient de rappeler à l'ensemble des praticiens, les dispositions réglementaires régissant la prise des jours des CET. La rémunération d'une journée épargnée est égale à 300 euros, et non à 150 euros comme l'envisagerait le ministère.

On doit donc, estime M. DASSIER, souligner l'importance d'une transparence organisationnelle reposant sur des véritables tableaux de service. Ainsi on pourra inciter les praticiens à prendre des jours épargnés dans la mesure du possible et à réfléchir ensemble sur la gestion des jours stockés sur les CET. Il ne semble pas opportun de jeter l'opprobre sur tel praticien ou sur telle spécialité.

Les modalités de la prise des jours de réduction du temps de travail (RTT) figurent dans un décret du 18 novembre 2002 signale **M. DRU**, considérant que les difficultés relatives à la prise des jours cumulés sur les CET se résorberont avec la résolution du problème des tableaux de service. S'agissant des discussions en cours avec le ministère à propos du traitement des CET, il précise que les médecins urgentistes et les médecins anesthésistes sont actuellement en grève des gardes et astreintes, sans conséquence pour les patients ou les finances de l'hôpital, afin d'obtenir un règlement de ce dossier dépassant la simple monétisation des jours épargnés.

Mentionnés à l'occasion de la réunion de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du mois de décembre, intervient **M. CHERON**, les résultats d'une enquête réalisée auprès des bureaux du personnel médical des hôpitaux de l'AP-HP révèlent que moins de la moitié de ces bureaux reçoivent les plannings prévisionnels et définitifs des services. Par conséquent, les chiffres livrés reposent sur une base incomplète, pouvant expliquer des disparités entre les disciplines ou au sein d'une même discipline.

Certaines collégiales mobilisent des services relevant de leur spécialité afin d'établir un modèle type d'organisation, prenant en compte les spécificités. Une telle démarche ne permet certes pas de régler le problème des CET mais d'en maîtriser l'évolution et de se fixer de manière transparente un objectif d'absence de plage additionnelle.

Il est prévu de réunir au printemps l'ensemble des présidents des COPS locales et les présidents des collégiales, sous la direction du directeur de la politique médicale et du président de la CME, s'il le souhaite, afin :

- de montrer des exemples d'organisation du temps médical au sein d'une spécialité et de tenter de parvenir à un consensus pour augmenter le nombre de plannings établis prévisionnels et définitifs ;
- de tenter d'élaborer une organisation type du planning médical par collégiale ;
- de maîtriser l'évolution des CET, dans la mesure où la ministre de la santé se chargera de monétiser le solde.

Le **président** indique qu'il participera avec beaucoup d'intérêt à la réunion prévue et rendra compte à la CME des travaux et de la suite à donner concernant la gestion des CET.

#### **VI- Point sur le système d'information patient.**

La parole est donnée à **M. LEPAGE** en charge du dossier relatif au système d'information du domaine patient (cf. document présenté lors de la séance).

##### Le rappel des objectifs.

Le système d'information du domaine patient vise :

- à transformer le système informatique de l'AP-HP en un véritable système d'information dédié à l'activité médicale et aux soins, et à intégrer l'outil informatique à la pratique quotidienne ;
- à partager une information sécurisée, traçable et transmise de manière fiable, au sein d'un hôpital et de l'AP-HP, entre l'hôpital et la ville ;
- à construire des référentiels et un vocabulaire communs entre les hôpitaux ;
- à ouvrir le système d'information sur l'extérieur, dans le cadre du futur dossier médical personnel (DMP) ou du dossier commun de cancérologie (DCC) ;
- à préparer l'évolution des organisations à travers les applications actuelles.

##### Le projet du système d'information patient.

Après avoir expliqué les circonstances de la résiliation du contrat souscrit en avril 2007 avec le groupement Thalès General Electric, le calendrier prévisionnel du nouvel appel d'offres qui reporte de quatorze mois le projet initial, le rapporteur détaille le programme pour la période 2008 – 2009 qui consiste :

- à préparer la mise en place du système d'information clinique et à l'intégrer dans l'ensemble du projet ;

- à mettre en œuvre des référentiels communs basés sur des référentiels internationaux ou nationaux ou propres à l'AP-HP, uniquement en cas d'absence de tels référentiels, avant de lister les projets en phase de déploiement : le projet identité ; MediWeb ; la diffusion de l'image ; la demande d'examen ; le système de gestion des laboratoires (SGL) ; les blocs opératoires ; la reconnaissance vocale ; les réunions de concertation pluridisciplinaires ; les outils relatifs à la prescription et au plan de soins, pour l'heure mal interfacés les uns avec les autres.

#### Le suivi des projets.

Un comité de pilotage chargé de prendre les décisions se réunit mensuellement. Un comité consacré au système d'information du domaine patient (COSIDOPA), associant des représentants de la CME, des métiers et des hôpitaux, se réunit chaque trimestre. Le travail mené avec un certain nombre de collégiales (radiologie ...) doit se poursuivre en destination des cliniciens.

Enfin, il reste à désigner des experts métiers au sein de chaque hôpital, chargés d'aider à la finalisation des solutions.

#### La conclusion.

Le caractère ambitieux de ce projet justifie les exigences de l'AP-HP vis-à-vis des industriels. L'objectif consiste à remplacer par un système d'information intégré, les systèmes existants mais éclatés et ne communiquant pas. Le déploiement des applications actuelles vise à préparer le futur système d'information, lequel passe par des changements indispensables d'organisation et implique des évolutions culturelles. La constitution de référentiels communs et d'outils de partage d'information s'avère également un élément majeur, de même le passage à un déploiement industriel.

Enfin, M. LEPAGE insiste sur la nécessaire participation des prochains utilisateurs qui devront s'approprier le futur système d'information.

A l'issue de l'exposé, le débat est engagé.

Le système d'information de l'AP-HP constitue un projet considérable pour l'AP-HP, impactant de nombreux sujets dont le futur plan stratégique, note **M. FAGON**. S'il regrette la non concrétisation du système d'information patient dans les délais initialement prévus et avec l'interlocuteur industriel précédemment retenu, il importe désormais de profiter du délai supplémentaire avant la mise en œuvre de ce projet pour terminer l'installation des différents systèmes listés et pour modifier les organisations, les structures et probablement la coordination entre le projet relatif au système d'information patient et le projet relatif à la gestion. En effet, les connexions multiples entre ces deux projets imposent une meilleure coordination qu'à l'heure actuelle.

La mise en œuvre d'un nouveau système d'information fondait l'une des attentes majeures des présidents de comités consultatifs médicaux et des différentes communautés médicales dans le cadre de la préparation du plan stratégique en cours d'exécution, informe **M. AIGRAIN** soulignant leur déception. Il demande si la conclusion d'un nouveau contrat se traduira par un effort financier complémentaire.

**M. LEPAGE** espère que les industriels candidats tireront tout le bénéfice de l'expérience du premier appel d'offres. Si les offres présentées au second appel d'offres se révèlent inconsidérément excessives, l'AP-HP en tirera les conséquences. L'objectif reste de disposer d'un système d'information performant dans des délais raisonnables.

Puis, suite à une question de **M. HINGLAIS** relative au processus du transfert d'images grâce à MediWeb, **M. LEPAGE** précise que leur diffusion vers les services cliniques est prévue pour 2008. Le frein juridique a été desserré, celui technique le sera par l'arrivée d'une nouvelle version informatique permettant de comprimer les images, solution en cours de test au sein d'un hôpital. Le pendant de cette nouvelle fonctionnalité réside dans la limitation par les radiologues des images à transmettre, notamment dans le cadre de mécanisme de sélections automatiques. Une telle démarche s'applique déjà grâce à l'outil installé à l'hôpital Lariboisière depuis plusieurs années.

**M. VALLEUR** souligne la qualité de certains dispositifs de transmission d'image actuellement en œuvre, avant de suggérer d'implanter dans les services des logiciels de dictée vocale afin de rédiger les comptes rendus opératoires.

La CME doit communiquer clairement sur le système d'information en destination des acteurs ne siégeant pas dans les instances, estime **M. LEVERGE** qui a participé aux travaux du COSIDOPA sur l'analyse fonctionnelle préparant l'appel d'offres. Entre 3 000 et 6 000 prescripteurs devraient utiliser au quotidien ce futur système d'information patient et les prescriptions de médicaments et de dispositifs médicaux représentent un budget de 800 millions d'euros par an. Cependant, on doit également prendre en compte le contrat de bon usage qui porte sur un volet de prescription de 230 millions d'euros hors GHS, et dont le non respect risque de remettre en cause l'équilibre budgétaire de l'institution. Or l'un des items de ce contrat correspond à l'exigence d'une prescription informatisée. L'inquiétude de l'intervenant sur le sujet, l'avait conduit lors de la séance de la CME de novembre 2006, à poser la question sur la conformité de l'engagement durant les trois ou quatre années de transition avant l'installation du futur système d'information patient.

Chaque nouvel interne doit recevoir une formation à l'utilisation du système d'information propre à chaque hôpital, il paraît impératif à **M. LEVERGE** de tendre vers un système d'information unique, connu de tous, efficient et répondant aux besoins de chacun. Le projet doit donc rendre cohérent les différentes fonctionnalités afin de satisfaire tous les acteurs.

L'orateur craint que le décalage induit par la rupture du contrat avec Thalès General Electric ne permette pas de répondre en temps utile aux exigences du contrat de bon usage. En outre, si le lissage des contrats de bon usage sur l'ensemble de l'AP-HP a favorisé celle-ci, l'analyse du respect de ce contrat hôpital par hôpital, la pénalisera.

Bien qu'il quitte l'institution en fin d'année, il travaillera au volet relatif à la prescription, source d'accidents iatrogènes provoqués par certains jeunes prescripteurs. A cet égard, la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et l'ARH ont demandé la rédaction de fiches de formation à destination des internes.

Par ailleurs, le système d'information relatif à la gestion logistique et financière (SAP) sans doute en œuvre dans deux ans, concerne au premier chef les pharmacies à usage interne (PUI) chargées de gérer les prescriptions. L'interfaçage entre le système clinique et le système logistique et financier se révèle plus complexe que l'interfaçage entre les différents systèmes cliniques. Il importe de s'assurer de la compatibilité entre ces deux systèmes qui auront des champs d'application communs ; ainsi, chaque appel d'offres induit une modification d'un tiers des 60 000 références comprises dans le référentiel commun des dispositifs médicaux utilisés par tous les chirurgiens.

Pour conclure, M. LEVERGE considère que la CME doit se montrer lucide sur les difficultés de cette démarche, mais consciente de la nécessité d'informer et de former l'ensemble des collègues. Aussi, malgré les travaux réalisés dans tous les groupes de travail, sans une volonté farouche pour réussir, on n'y parviendra pas, alerte-t-il.

**M. LEPAGE** se déclare favorable à l'acquisition d'outil de dictée vocale ou de reconnaissance vocale en contrepartie de la certitude de sa bonne utilisation car au cours des dix dernières années, un grand nombre d'applications acquises n'ont pas été implantées.

Par ailleurs, s'il approuve les propos de M. LEVERGE, il relativise les choses. Le retard résultant de la rupture avec Thalès se chiffre à quatorze mois, non à trois ans. La première mise en œuvre du système d'information patient dans un hôpital de l'AP-HP aura lieu en juin 2010 et pour cette date, l'ensemble des liaisons avec le système d'information gestion devra être installé.

Tandis qu'il se dit peu inquiet sur le volet relatif aux référentiels en raison du travail réalisé avec la direction économique et financière, lequel travail permet de définir un référentiel maître, il s'avoue en revanche préoccupé par la gestion des stocks en temps réel.

En sa qualité d'adjointe au directeur économique et financier, **Mme CLERC** assure qu'il existe une unité de vue entre les projets relatifs au système d'information patient et au système d'information gestion, comme en témoigne le risque identifié suite au décalage organisationnel du système d'information patient. Cependant, la rupture du lien avec Thalès n'implique pas un report de l'ensemble des chantiers en cours sur les différents outils relatifs à la relation patient. Par ailleurs, le travail concernant la mise en œuvre pratique du système d'information gestion s'engage, tandis que des groupes œuvrent en bonne intelligence avec les équipes relatives au système d'information patient, chacun étant conscient de l'importance d'une bonne coopération entre ces deux systèmes d'information.

Après avoir salué le travail réalisé, le **président** clôt la discussion dans l'attente du résultat de l'appel d'offres concernant le système d'information patient.

## **VII- Contrôle de l'activité libérale à l'AP-HP.**

Le cadre réglementaire de l'exercice et du contrôle de l'activité libérale dans les établissements hospitaliers, ainsi que les résultats de l'audit sur les modalités d'affichage des honoraires et sur la conformité aux règles de droit, font l'objet d'un exposé respectivement par Mme RIVET et Mme EVEN (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

## 1- Le cadre réglementaire de l'exercice et du contrôle.

### *Les conditions d'exercice*

La possibilité d'exercer une activité à titre privé à l'hôpital, indique **Mme RIVET**, est réservée aux praticiens titulaires à temps plein, sous réserve d'un contrat préalablement signé entre le praticien concerné et le directeur de l'hôpital d'affectation après l'approbation du contrat par le directeur de l'ARH et contre le paiement d'une redevance à l'hôpital.

A l'AP-HP, seuls 300 praticiens exercent une activité libérale, majoritairement des PU-PH, soit 6 % des médecins ayant droit à un tel exercice, contre 15 % de moyenne nationale. La renommée des services où s'exerce l'activité libérale a pour conséquence une forte médiatisation de l'activité libérale à l'AP-HP.

Clares en apparence, les règles d'encadrement de l'activité libérale sont néanmoins difficiles à apprécier :

- l'intérêt du service public ;
- la limite de temps et d'activité ;
- la production de l'activité à titre personnel.

### *Les conditions et les difficultés du contrôle*

Le contrôle est dévolu aux commissions de l'activité libérale, composées à parité de médecins et de représentants des autorités de tutelle et du conseil d'administration, l'administration assurant uniquement un rôle de secrétariat. Elles établissent des rapports, examinent les cas litigieux, émettent des avis à la demande de la tutelle, mais seul le directeur de l'ARH peut suspendre ou retirer le contrat. L'AP-HP comprend une commission centrale et des commissions locales.

Le contrôle est rendu malaisé par des outils relativement imparfaits, tels :

- l'absence dans le système d'information d'outil de recueil de l'activité produite à titre public et privé ;
- la non-inscription des patients étrangers dans les relevés du système national d'information inter-régime (SNIR) transmis à l'hôpital par les caisses de sécurité sociale ;
- les difficultés pour repérer le temps consacré à l'activité libérale ;
- les difficultés pour vérifier le respect de l'équité de traitement des patients dans le cadre de la gestion des rendez-vous.

### *Les mesures proposées pour améliorer le contrôle*

L'amélioration du contrôle passe par la transparence grâce d'une part, à un guide et une formation à l'usage des professionnels hospitaliers, d'autre part, au suivi informatique de l'activité publique et libérale des praticiens concernés.

Les autres axes d'amélioration consistent notamment à :

- veiller à l'information du patient ;
- renforcer le rôle des commissions locales, en accord avec la commission centrale ;
- auditionner les praticiens en cas de problème ;

- définir des critères pour motiver les avis de la CME et du conseil d'administration ;
- utiliser les tableaux de service, une fois informatisés, pour tracer les limites de temps.

## 2- L'audit relatif à l'exercice de l'activité libérale.

A son tour, **Mme EVEN** fait part de la saisine du pôle AVEC par le directeur général début 2007 pour réaliser un état des lieux des modalités d'affichage de l'activité libérale et vérifier la bonne application des règles de droit.

Menée entre février et avril 2007 dans vingt-six hôpitaux par l'audition des directeurs d'établissement, des présidents de commissions locales d'activité libérale et de CCM, des secrétaires médicales et d'une cinquantaine de praticiens pratiquant un exercice libéral, l'enquête réalisée sur les lieux de consultations des 297 praticiens concernés révèle que sur :

- l'affichage des tarifs : 79 praticiens (soit 27 %) n'affichent pas leurs tarifs et dans 71 % des cas, l'affichage s'avère incomplet ;
- le lieu d'affichage : 49 % des affichages sont placés en salle d'attente conformément à la réglementation, contre 51 % d'affichages non conformes.

Les quatre recommandations formulées dans le rapport prévoient :

- d'adresser une lettre personnalisée et signée par le directeur général aux 79 praticiens ne respectant pas les règles d'affichage : courrier transmis aux praticiens concernés le 5 juin 2007 ;
- de rappeler aux directeurs d'hôpitaux les règles de l'affichage : rappel réalisé début juin par le directeur du pôle AVEC ;
- d'organiser une formation pour les secrétaires médicales concernées, sous l'autorité de la DPM : formation mise en œuvre ;
- de mener une enquête de contrôle concernant les 79 médecins irrespectueux de la réglementation : enquête réalisée en septembre et octobre 2007.

La seconde enquête a permis de vérifier que 68 des 79 praticiens s'étaient conformés aux exigences de la réglementation ; les 11 praticiens restants y ont procédé en novembre 2007.

Du point de vue de **M. LACAU ST GUILY**, l'enquête s'inscrit dans un contexte suspicieux vis-à-vis de l'activité libérale. De plus, les modalités de la perception de la redevance ont été modifiées voici trois mois suite à un arrêt du Conseil d'Etat. Constatant un certain manque de clarté de la part de l'administration à l'égard des praticiens exerçant une activité libérale, il requiert des précisions sur les modifications induites par cette décision.

Le **vice-président** se félicite d'abord du ton neutre et objectif de la présentation, avant d'annoncer l'annulation du décret prévoyant de fixer la redevance en fonction du montant réel des actes facturés hors nomenclature, essentiellement dans le domaine de la chirurgie esthétique. Il s'est renseigné auprès du directeur des finances, lequel a donné l'instruction aux hôpitaux de maintenir les modalités présidant à l'encaissement des redevances avant l'arrêt du Conseil d'Etat. Les chèques seront encaissés sur des comptes d'attente jusqu'à la publication d'un nouveau décret.

### **VIII- Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Les membres de la CME se prononcent par 24 voix pour, 4 voix contre et 10 abstentions sur les trois nouveaux contrats d'activité libérale et le renouvellement de cinq autres.

### **IX- Modalités d'intégration des pharmaciens dans le CHU.**

**Mme PORTENGUEN** donne lecture du dossier portant sur l'intégration des pharmaciens dans le CHU (cf. document mis sur le site Internet de la CME).

#### Le cadre réglementaire.

Un décret du 23 mai 2006 prévoit la création du corps des PU-PH et des MCU-PH des disciplines pharmaceutiques et ouvre une procédure d'intégration d'une durée de trois ans à compter du 25 mai 2006. Les candidats doivent remplir, à cette date, les conditions fixées par l'article 35, l'intégration directe et l'article 36, l'intégration après avis d'une commission nationale d'intégration, explicitées par Mme PORTENGUEN, aucune intégration au sein du CHU n'étant de droit.

#### Le calendrier prévisionnel.

La démarche consiste d'abord à positionner les praticiens selon la procédure d'appartenance, puis à soumettre les propositions au conseil de gestion universitaire et à la CME au plus tard au mois de février 2008. Le décret statutaire annoncé pour avril prochain permettra de nommer les membres de la commission nationale d'intégration. Un second décret portera sur la reprise de l'ancienneté dans les carrières hospitalières tandis qu'une nouvelle fenêtre d'intégration se profile en juillet 2008.

#### La nouvelle carrière des PU-PH de pharmacie.

La nouvelle carrière des PU-PH de pharmacie prévoit une promotion au grade de MCU-PH après deux ans au grade d'AHU (corps à créer) et une promotion au grade de PU-PH après trois ans au grade de MCU-PH.

Mme PORTENGUEN termine l'exposé sur les questions soulevées par la réforme de la discipline pharmaceutique.

Après avoir rappelé le régime spécifique des pharmaciens fixé par la loi Delong votée en 1979, laquelle explique que la valence hospitalière des carrières hospitalo-universitaires des pharmaciens coûte la moitié de celle des praticiens hospitaliers, **M. LEVERGE** mentionne un cas de figure où le coût du poste passe de 52 000 euros à 106 000 euros. Le débat relatif aux moyens consacrant cet élément sera rapidement ouvert et la négociation avec la DHOS et le ministère de l'éducation nationale concernant les autorisations de postes, menée. Cette négociation permettra de créer une pépinière d'AHU, que la CME devra aider à créer, souligne l'intervenant qui rappelle qu'un poste d'assistant spécialiste financera deux postes d'AHU.

Dans le cadre de la révision des effectifs relative à la discipline pharmaceutique, l'AP-HP a clairement indiqué au ministère de l'enseignement supérieur qu'elle allait s'engager dans cette voie, indique le **président**. Le ministère trouvera des aménagements afin de permettre à la discipline pharmaceutique de bénéficier des statuts hospitalo-universitaires.

**X- Question diverse.**

**Mme GAUSSEM** souhaite savoir s'il est nécessaire que tous les signataires d'une publication émanant de l'AP-HP soient validés dans SIGAPS et la procédure pour associer à ces publications les internes y ayant participé.

Les chefs de cliniques doivent valider les publications dans SIGAPS, informe **M. WEILL** mais les internes ne peuvent le faire, car non répertoriés dans le dictionnaire des auteurs.

**M. VALLEUR** signale la possibilité de demander aux chefs de service de valider le nom des chefs de clinique associés aux travaux faisant l'objet d'une publication, mais ayant depuis migrés, en demandant à SIGAPS le code lié aux chefs de clinique concernés.

\*

\*

\*

La séance est levée à 13 heures.

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

**Mardi 12 février 2008 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 30 janvier 2008 à 16h30.**

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

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