

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 MAI 2008**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 8 avril 2008

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
- 2- Entrepôt des données partagé (EDP).
- 3- Premiers axes d'orientation de l'élaboration du plan stratégique pour la période 2010 à 2014.
- 4- Audit des centres labellisés pour la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP.
- 5- Compte épargne temps et tableaux de service.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 mars 2008.
- 8- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Proposition d'emplois de PHU au titre de la révision des effectifs pour l'année 2008 (nomination en mai 2009).

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chef de service.
- Avis sur la demande de renouvellement de prolongation d'activité de deux praticiens hospitaliers.
- Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activités sur plusieurs établissements.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- 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,
- Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- ***en qualité d'invité permanent :***

- 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. le Pr BASDEVANT, hôpital Hôtel Dieu,
- Mme JOURDAN, nouveau système d'information, domaine pilotage,
- Mme PARIER, nouveau système d'information, domaine pilotage,
- M. PINSON, direction de la politique médicale,
- Mme le Dr ROLLAND-BURGER, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***

- M. le Pr BERCHE, Mme HENRY, M. le Dr LOULERGUE et Mme le Dr SEGUIN.

*

* *

M. CORIAT ouvre la séance en procédant à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif.

- La préparation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2008.

Lors des deux dernières réunions, le conseil exécutif a travaillé à l'élaboration de l'EPRD 2008. La préparation de celui-ci intervient dans une conjoncture marquée par la forte baisse de l'activité des centres hospitaliers universitaires, hors quelques exceptions, dont l'Assistance publique – hôpitaux de Paris qui enregistre une activité soutenue au cours des trois premiers mois de cette année 2008, grâce à une mobilisation générale à laquelle la commission médicale d'établissement a participé.

Le second élément de contexte rendant les négociations difficiles avec le ministère porte sur la réforme des politiques publiques. Le rapport Larcher, communiqué prochainement, témoigne de la volonté d'implication de la part des pouvoirs publics. M. CORIAT s'attache enfin à préciser que sans l'activité soutenue des trois premiers mois de l'année, le directeur général ne pourrait appliquer la politique d'efficacité définie par la gouvernance de l'AP-HP et bâtie sur la progression de l'activité, laquelle dépend de l'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins.

On se situe dans la dernière ligne droite de l'élaboration de l'EPRD 2008, en collaboration avec les tutelles, indique le **directeur général**. Le ministère de la santé estimait l'objectif de progression d'activité de l'AP-HP, évalué à environ 2 %, trop élevé au regard de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé à 1,7 %, l'écart correspondant à environ 20 millions d'euros. Après l'arbitrage de la ministre, le ministère s'est aligné sur les propositions de l'institution, un écart d'une quarantaine de millions d'euros entre les ressources envisagées par l'AP-HP et les recettes dont elle dispose, restant à traiter. Il présentera la conclusion de ces négociations lors de la séance du mois de mai de la CME.

M. LECLERCQ insiste ensuite sur le caractère unique de la progression de l'activité de l'AP-HP par rapport aux autres CHU et remercie les chefs de pôle, les chefs de service, l'ensemble des équipes médicales, soignantes, administratives et techniques pour ce résultat. Tous ont favorisé cette reprise de l'activité qui approche 4 % fin février en hospitalisation complète supérieure à une nuit. Cette croissance, largement supérieure aux prévisions de l'AP-HP et du ministère, démontre que la politique alliant la ré-internalisation de certaines filières, la reconquête des parts de marché (chirurgie...), la reprise de l'activité dans certains secteurs de médecine technique, engendre une reprise globale de l'activité dans tous les hôpitaux de l'institution et témoigne d'une réaction de l'ensemble des équipes, au final la situation évolue favorablement.

Le **président** ajoute que l'augmentation de l'activité résulte aussi de la décision politique de la CME de maintenir les effectifs des équipes médicales et paramédicales, contrairement aux directeurs généraux d'autres CHU qui diminuent leurs personnels renforçant ainsi la perte d'activité. A l'approche de l'ouverture de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, il espère la confirmation à l'avenir de ce choix. Si dans un souci de rigueur budgétaire l'enveloppe consacrée au personnel médical ne progressera pas, on conservera néanmoins toutes les possibilités de recrutement de praticiens hospitaliers afin d'enregistrer une augmentation de l'activité, déclare M. CORIAT qui se félicite du caractère bicéphale de la gouvernance de l'AP-HP conduisant aux résultats évoqués.

- La conférence des doyens.

Comme chaque trimestre, le vice-président et lui-même ont participé à la conférence des doyens des unités de formation et de recherche (UFR) médicale liées à l'AP-HP. Les éléments actés concernent :

- l'implication des doyens dans la formation médicale continue (FMC) organisée par l'AP-HP ;
- la participation des doyens à la réflexion visant à transformer l'école de management des médecins hospitaliers (EMAMH) en une véritable école de management hospitalier ;
- la volonté des doyens de s'impliquer dans l'élaboration du plan stratégique.

II- Entrepôt des données partagé (EDP).

Ce point de l'ordre du jour fait l'objet d'une présentation à plusieurs voix.

Un des domaines du nouveau système d'information, le domaine pilotage, a vocation à récupérer les données provenant du nouveau système d'information et de les restituer sous la forme de tableaux de bord et d'indicateurs, indique **Mme PARIER**. L'entrepôt des données partagé (EDP) constitue un outil déjà déployé sur l'ensemble des sites de l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

- Les principes généraux.

L'EDP met à la disposition des utilisateurs des éléments facilement accessibles et fiables permettant le pilotage des données d'activité et des données relatives aux ressources humaines. La base de données commune et partagée pour tous les utilisateurs de l'AP-HP, le siège, les hôpitaux et les pôles, est ouverte à l'ensemble des sites depuis mai 2007 et ne comporte pas de limitation dans l'accès aux données.

- Le périmètre.

Actuellement, l'EDP comprend :

- les données issues de GILDA, du programme médicalisé du système d'information (PMSI) en médecine chirurgie obstétrique (MCO) et en soins de suite et réadaptation (SSR) et la valorisation théorique de l'activité ;
- les données relatives aux urgences, à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- les dispositifs médicaux implantables (DMI) et les médicaments figurant sur la liste de la tarification à l'activité (T2A) ;
- les données de ressources humaines (personnel médical et non médical) ;
- le découpage des structures en entités.

Dès le mois de juin, l'outil intégrera les données relatives :

- aux dépenses d'intérim du personnel non médical et au suivi de l'absentéisme ;
- au PMSI psychiatrique.

- Les utilisateurs.

Au niveau de l'hôpital, les utilisateurs en capacité de réaliser des requêtes sont les services financiers, le contrôle de gestion, le département de l'information médicale (DIM), la pharmacie, la direction des ressources humaines et les cadres administratifs de pôle. En outre, les chefs d'établissements et leurs adjoints, les présidents de comités consultatifs médicaux, les responsables de pôle, voire les cadres paramédicaux de pôle, peuvent utiliser les requêtes réalisées par les intervenants précédemment cités.

Suite aux réactions de l'assemblée lors de la démonstration de l'outil par **Mme JOURDAN, M. CHATELLIER** tient à préciser certains points.

D'abord, il convient de se concentrer sur l'essentiel et non de focaliser sur l'accessoire, estime-t-il. Les progrès induits par cet outil se révèlent significatifs et les délais de réponse acceptables car avant la mise en œuvre de l'outil, il fallait lui adresser les requêtes, subir ses critiques, attendre un certain temps avant d'obtenir ou non une réponse.

Désormais, l'outil utilisable de manière individuelle, implique simplement de disposer d'une compétence comparable à celle d'un utilisateur avancé d'Excel. Tous les cadres de pôle, les médecins PMSI, les agents des services financiers, disposent d'une licence, aussi les membres de la CME peuvent leur adresser des requêtes.

Ensuite, l'outil admet un accès partagé aux données relatives aux cinq derniers exercices permettant d'observer les tendances et de répondre à la moitié des demandes sans s'adresser au siège. Le caractère partagé des informations donne lieu à la vérification rapide des anomalies et surtout des évolutions d'activité spécifiques à chaque établissement. La seule contrainte consiste à connaître le PMSI.

Enfin, l'EDP permet l'emploi par tous les utilisateurs de chiffres identiques. Il importe, insiste **M. CHATELLIER**, de partager l'outil afin de faire remonter les remarques pour corriger les erreurs ou proposer de nouvelles fonctionnalités.

Le **président** ouvre le débat en demandant les modalités d'obtention du mot de passe pour entrer dans le serveur.

Les demandes d'attribution d'une licence devront comporter la fonction du demandeur et être adressées à edp.support@sap.aphp.fr informe **Mme PARIER**. Le message de réponse précisera les modalités de connexion et le mot de passe. Tout utilisateur de l'EDP accède à l'ensemble des données. Environ cinq cents licences ont été délivrées ciblant un certain nombre de profils.

Il convient d'attribuer les licences, limitées en nombre, à des personnes utilisant réellement l'outil, opine **M. CHATELLIER** qui se réserve la possibilité, dans un second temps, de supprimer les licences accordées à des personnes ne consultant pas les données. Chaque hôpital comprend désormais au moins une dizaine de titulaires d'une telle licence.

M. DASSIER regrette que les membres de la CME n'aient pas directement accès à l'outil censé promouvoir la transparence. Aussi suggère-t-il la mise à disposition à ceux-ci d'un code générique d'accès. Dans le cas contraire, ils ne pourront répondre aux arguments avancés lors de réunions faute de n'avoir pu vérifier les informations transmises. Les membres de la CME ne doivent pas faire l'objet de restriction à l'accès à l'information.

Selon **M. CHATELLIER**, il ne s'agit pas d'une restriction mais de modalités d'accessibilité, la demande pouvant être présentée au cadre de pôle, même si cette solution comporte le désavantage de dépendre d'une autre personne. On pourra créer des comptes utilisateurs pour les membres de la CME mais on se réserve le droit de vérifier le taux d'utilisation de l'outil par chaque membre de l'instance.

Une grande majorité des cadres administratifs de pôle utilisent déjà l'EDP indique **M. FOURNIER** soulignant qu'au regard des perspectives d'évolution des structures, un certain nombre d'intervenants emploie la fonction relative à la valorisation théorique de l'activité au titre d'un « mini EPRD ». Il lui semble que cette dérive pose des problèmes.

Il s'agit d'une valorisation théorique de l'activité laquelle ne correspond pas parfaitement aux recettes finalement enregistrées, déclare **Mme PARIER**. Le mécanisme relatif à la facturation et à la valorisation, complexe, mérite une certaine pédagogie.

Pour **M. RICHARD** la qualité des données dépend en grande partie de l'implication des personnes chargées de saisir les données et du niveau réel du parc informatique local car dans certains hôpitaux, un acte réalisé dans un service d'urgences nécessite une triple manipulation qui risque de dégrader la qualité des données saisies. Les hôpitaux doivent donc être accompagnés afin d'assurer une saisie de qualité. Il constate par ailleurs une grande hétérogénéité entre les hôpitaux concernant les effectifs des structures du PMSI.

Enfin, plutôt qu'une large attribution de licences, il lui semble plus pertinent de diffuser l'information au sein du pôle sur l'existence d'un EDP chargé d'informations et aisément accessible.

M. CHATELLIER partage la position sur la publicité à mettre en œuvre, de même sur la nécessaire qualité de l'outil, élément d'autant plus important que les contrôles de l'assurance maladie s'avèrent très nombreux. Aussi, a-t-il renforcé les contrôles qualité réalisés au sein de chaque site afin de bloquer les résumés ne répondant pas aux normes.

Il remercie **M. RICHARD** d'avoir souligné la lourde charge de travail des équipes PMSI dont les effectifs se révèlent hétérogènes alors même qu'on éprouve des difficultés pour recruter des médecins PMSI. De plus, on se trouve toujours confronté à une situation transitoire concernant la compatibilité des différents logiciels implantés dans les hôpitaux d'autant que la mise en œuvre d'un nouveau système d'information n'exonérera pas d'entretenir les outils relatifs au PMSI.

Pour sa part, **Mme PARIER** informe qu'un audit indique que soixante-dix personnes utilisent l'EDP chaque jour, particulièrement les cadres administratifs de pôle, tandis que le taux d'utilisation par les médecins du PMSI dépend du niveau des outils existant dans leur établissement. Au global, le taux d'utilisation semble satisfaisant.

Puis à une question du **président** portant sur la nature des renseignements relatifs au personnel médical et aux tableaux des effectifs médicaux des services figurant dans l'EDP, elle répond qu'il s'agit d'informations sur les dépenses des personnels médical et non médical. Concernant le premier, l'EDP comprend un suivi des dépenses et des effectifs par catégories et par grades, affiné jusqu'au niveau de l'unité fonctionnelle.

M. SEBBANE regrette que l'exposé ne permette pas d'évoquer la question du budget consacré aux personnels intérimaires, lequel progresse parallèlement à l'augmentation de l'activité et qui alimente les discussions avec le siège.

L'EDP mentionnera ces dépenses indique **Mme PARIER** mais les données recueillies ne précisent pas toujours le type de mission ou les services concernés. Il est néanmoins préférable de disposer de données même imparfaites car une telle démarche de transparence permet généralement d'enregistrer des progrès au fil du temps sur la qualité des données.

Mme MARCHAND s'interrogeant sur les sources des données et sur l'existence de tableaux nominatifs dans l'EDP, **M. CHATELLIER** répond que l'outil permet de regrouper les données issues de plusieurs logiciels : GILDA (serveur d'identité), SIMPA (logiciel relatif aux données du PMSI), TIGRE, GIPSI. Désormais mixées dans un seul serveur, ces données sont validées par des croisements classiques entre les données recensées au sein des logiciels sources et les résultats obtenus. Evidemment, l'outil ne comprend pas de données nominatives.

Au terme de la discussion, le **président** déclare qu'advindra sans doute l'occasion d'évoquer à nouveau cet outil. Pour sa part, il retient l'entrée dans une démarche de plus en plus transparente pour les médecins au sujet des données relatives à la gestion.

III- Premiers axes d'orientation de l'élaboration du plan stratégique pour la période 2010 à 2014.

En propos liminaire, le **président** souligne l'importance, dans le cadre des missions de la CME, de l'élaboration du plan stratégique de l'AP-HP pour la période 2010 – 2014. Ce plan fera l'objet d'une réflexion particulièrement fouillée afin de mettre en exergue les grandes orientations stratégiques de l'institution.

A cet égard, la direction de la politique médicale présente dès aujourd'hui le calendrier prévisionnel et la méthodologie d'élaboration du plan stratégique. A l'évidence, celui-ci devra intégrer des données relatives aux seuils d'activité, aux masses critiques d'activité, aux filières de soins, à la démographie médicale, ou encore aux pistes d'efficience mises en évidence par le groupe de travail codirigé par MM. AIGRAIN et GUIN.

L'exposé évoquera la méthode de préparation du plan stratégique mais non les éléments de fond, indique **M. FAGON** (cf. document mis en ligne sur le site Internet sécurisé de la CME). Le plan stratégique devra être adopté par les instances représentatives puis diffusé avant sa mise en œuvre en janvier 2010.

Le phasage prévoit :

- en avril 2008, une note d'orientation préliminaire indiquant le mode de travail et les grands axes conducteurs ;
- d'avril à décembre 2008, l'élaboration du cadrage général avant la transmission aux hôpitaux ;
- de janvier à juin 2009, le travail des hôpitaux et des groupements hospitaliers universitaires pour élaborer le projet d'établissement dans le cadre prédéfini, ainsi que le début de la rédaction des aspects transversaux du plan stratégique ;
- de juin à décembre 2009, la rédaction du plan stratégique et l'avis des instances représentatives.

L'une des premières étapes du travail consistera à lister les thématiques à retenir. Un comité assurera le pilotage global du plan stratégique en lien avec le conseil exécutif ; un groupe opérationnel d'organisation et d'appui se chargera de vérifier le respect du calendrier prévisionnel. Il apparaît également utile de souscrire des expertises extérieures à l'AP-HP, de vérifier les pratiques d'autres intervenants hospitaliers et de préciser la place des usagers de l'hôpital dans cette réflexion.

Sur cette base, on peut envisager la création de quatre groupes de travail dédiés :

- à la demande de soins couvrant une dizaine de thématiques à identifier ;
- à l'offre de soins de l'AP-HP au sein de son environnement notamment les complémentarités avec les partenaires, les regroupements à opérer en interne, la notion de taille critique, les investissements à réaliser, les différents types de prise en charge ;
- à l'organisation hospitalière : les blocs, les consultations, les hôpitaux de jour, les prescriptions, les fonctions supports, la logistique ;
- au plan social et professionnel : la formation, la démographie, l'attractivité, la sécurité, la qualité, les métiers et les compétences.

Quatre éléments nourriront ces réflexions :

- le rôle de centre hospitalier universitaire de l'AP-HP en matière de recherche et d'innovation qui orientera l'analyse de la demande et de l'offre de soins ;
- le travail relatif à l'efficacité qui intéressera l'ensemble des groupes et tout particulièrement les groupes consacrés à l'offre de soins et à l'organisation hospitalière ;
- la mise en œuvre du nouveau système d'information au cours de ce plan stratégique qui constituera un élément d'évolution considérable ;
- la dimension financière car il s'agit du premier plan stratégique organisé dans le cadre d'une T2A à 100 %.

Puis M. FAGON formule un certain nombre de remarques :

- le bilan du plan stratégique en cours constituera un chapitre à part entière du futur plan stratégique et étoffera la réflexion des quatre groupes de travail ;
- un texte introductif rappellera les valeurs et les ambitions de l'institution ;
- des projets, notamment immobiliers, pouvant ne pas être synchronisés avec le plan stratégique ;
- la politique d'efficacité regardera tous les aspects du plan stratégique ;
- l'utilité de souligner certains sujets, par exemple l'AP-HP dans son environnement ;
- l'élaboration du plan stratégique constituera une occasion de travail en commun de la communauté hospitalière et ne se limitera pas au projet médical de l'institution.

En outre, il conviendra d'instaurer un pilotage global, de réfléchir au rôle et à la place des différentes instances et aux liens avec les tutelles, et notamment de limiter la composition des groupes de travail à cinq ou six personnes pour une plus grande efficacité. Une synthèse des travaux sera ensuite réalisée.

Enfin, M. FAGON rappelle la nécessité impérieuse de s'appuyer sur une aide méthodologique extérieure à l'AP-HP afin de tenir la cadence et de faire émerger les points essentiels.

Au terme de la présentation, le débat s'ouvre.

La CME jouera un rôle essentiel dans la préparation du plan stratégique, observe le **vice-président**, chaque membre sera associé de manière étroite aux différents groupes de travail qui déclineront leurs réflexions devant le bureau de la CME et devant la CME plénière, laquelle exposera à chaque séance les avancées de ces groupes.

S'il a noté que les notions d'efficience, de recherche et d'innovation s'avèrent prises en compte, le **président** se demande toutefois à quel stade apparaîtra la notion de la T2A dans l'élaboration du plan stratégique.

La présentation mentionne la dimension financière avec les questions relatives à l'offre de soins et à l'organisation hospitalière répond **M. FAGON**. Les groupes de travail désigneront un membre chargé d'évaluer les conséquences médico-économiques des différents projets, notamment ceux aboutissant à des modifications de l'organisation. Le plan stratégique doit définir les valeurs, les ambitions et la mission de CHU d'Ile-de-France de l'AP-HP tout en intégrant la notion de la T2A.

La T2A constitue l'instrument de financement de la moitié des ressources de l'institution, précise le **directeur général**, soit l'un des éléments d'analyse des organisations et des activités dans le cadre du plan stratégique car l'élément fondamental réside dans la réponse de l'AP-HP à une demande de soins. A cet égard, elle doit s'organiser en intégrant la dimension T2A parmi d'autres éléments. En aucun cas la T2A ne doit empêcher l'AP-HP de satisfaire à certains besoins de soins et à ses missions, quel que soit le mode d'organisation et de financement retenu. Tout le travail consistera à optimiser l'organisation afin de répondre à cette demande.

Du point de vue de **M. SCHLEMMER**, la dimension universitaire devra enrichir la réflexion qui révélera sans doute un certain nombre de contradictions face auxquelles on devra se montrer en capacité d'ambition et de courage et ne pas reculer devant des décisions à prendre.

Il lui semble en particulier difficile d'assurer une offre de soins de proximité tout en respectant les exigences en matière de masse critique. Aussi, faut-il envisager des organisations spécifiques à chaque hôpital et lutter contre l'isolement et la satellisation en mutualisant un certain nombre d'activités entre différents sites. A cet égard, possédant une vue géographique plus large que les directeurs d'hôpitaux, les doyens et les directeurs de GHU devront s'ériger en acteurs majeurs de la réflexion.

Une logique identique doit s'appliquer au sujet des disciplines, poursuit **M. SCHLEMMER**. Les doyens aideront à dégager les notions de recherche, d'innovation, d'attractivité, de masse critique, et d'autre part à se distancier de certains éléments de réflexion limitant la capacité d'innovation. On devra clairement se montrer imaginatif et courageux.

Suite à la question de **M. CAPRON** relative aux critères qui serviront à choisir des rubriques à inscrire au chapitre de la demande de soins, effet de mode ou effet de masse, le **président** informe que l'idée consiste à décliner d'abord les grandes activités médicales, puis à se concentrer sur les sujets qui posent un problème. La réunion programmée samedi prochain permettra aux membres de la CME de choisir librement les thèmes.

On doit bâtir une offre sujette à répondre à la demande de soins, intervient le **directeur général**, et adopter un raisonnement simple pour analyser cette demande. Sur la base des disciplines médicales et cliniques existantes, l'AP-HP définira, dans le cadre des GHU, la réponse à cette demande dans une discipline donnée tout en prenant en compte les plans de santé publique. On n'échappera pas à un screening complet des disciplines médicales afin de vérifier la manière de satisfaire les besoins de la population et d'envisager des modes d'organisation différents, par exemple dans le domaine des greffes, de l'interventionnel ou encore du cancer.

M. LECLERCQ s'ancre au principe selon lequel l'AP-HP doit se trouver en capacité de répondre à l'ensemble des besoins thérapeutiques et diagnostics en tant qu'hôpital universitaire à la responsabilité de niveau national.

Vis à vis de la demande de soins, observe **M. FAYE**, il convient d'abord de réaliser le bilan des points positifs et négatifs de l'offre de soins actuelle de l'AP-HP avant de décider du renforcement de ce qui marche ou l'abandon de ce qui ne marche pas, voire du positionnement sur de nouveaux secteurs d'activité. Par ailleurs, il approuve le souhait du directeur général de procéder à une analyse spécialité par spécialité, même si les limites entre les spécialités s'avèrent de plus en plus floues notamment entre la chirurgie, l'imagerie et l'endoscopie interventionnelle.

Selon **M. LYON-CAEN**, il importe également de ne pas négliger l'examen de l'évolution des prises en charge et des pathologies. Se limiter à lister des spécialités constituerait une approche réductrice car l'évolution pourrait bouleverser l'organisation des soins et des hôpitaux. Par ailleurs, le rôle des doyens consisterait, de son point de vue, à faire accepter la notion d'évolution des métiers et des spécialités, laquelle évolution réside dans la transversalité et dans la multidisciplinarité, prises en compte par **M. FAGON** dans sa mention de l'interventionnel, des greffes et des cancers impliquant des prises en charge multidisciplinaires. Il s'agit donc d'axer la réflexion sur l'examen des grandes thématiques médicales mais aussi sur l'évolution des prises en charge, tout particulièrement dans l'analyse de la demande.

Un certain nombre de pôles assure déjà une prise en charge médico-chirurgicale transversale très élaborée avec des zones indifférenciées, et comprenant une approche technique intégrée entre plusieurs disciplines, signale **M. FOURNIER** qui s'interroge sur la manière dont la commission stratégie et recherche de la CME alimentera la réflexion sur l'analyse de la demande de soins.

En outre, il estime que les volets « l'offre de soins » et « l'organisation hospitalière » pourraient se regrouper dans un seul chapitre portant sur la structuration que l'AP-HP adopte en qualité d'établissement hospitalier tenu de répondre aux items listés dans la rubrique « la demande de soins ». De même, la rubrique « l'investissement » mériterait de figurer dans le chapitre « l'organisation », volet dédié à la structuration de l'activité hospitalière sur lequel pèseront les questions économiques.

Un des rôles majeurs de la commission stratégie et recherche, sans doute présente au sein du comité de pilotage et du comité d'organisation, consistera à lister les grandes thématiques de la demande de soins, précise **M. FAGON** tandis que le **président** ajoute qu'elle a également pour mission d'analyser les incidences des innovations thérapeutiques actuelles et futures dans l'offre et la demande de soins et de les intégrer dans le plan stratégique.

Cette présentation intervenant en amont de la préparation du plan stratégique, **M. CORIAT** signale qu'un certain nombre d'éléments compléteront éventuellement le projet.

IV- Audit des centres labellisés pour la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP.

Mme ROLLAND-BURGER engage la présentation de l'audit réalisé auprès des centres labellisés pour la prise en charge de l'obésité à l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Après avoir évoqué le contexte de santé publique et l'historique de la démarche de labellisation, elle rappelle les critères d'obtention du label de centre de référence.

Les centres retenus devaient

- disposer :
 - d'un coordinateur médical du circuit décisionnel ;
 - d'un staff pluridisciplinaire et des services médicaux critiques ;
 - de services médicaux et de plateaux médico-techniques de support ;
 - d'équipements et de matériels spécifiques ;
 - de soins péri-opératoires standardisés,
- réaliser plus de trente interventions bariatriques par chirurgien et par an et prendre en charge plus de trois cents patients en consultation médicale par an ;
- assurer un suivi à long terme avec un système de reporting et conclure des liens avec la médecine de ville et les services de SSR ;
- s'engager dans des programmes d'éducation, de formation et de recherche.

- Les résultats de l'audit.

L'audit met en exergue des acquis et des points forts de la labellisation :

- l'exemplarité de la démarche d'évaluation externe ;
- la mobilisation des équipes médico-chirurgicales ;
- la multidisciplinarité effective dans la majorité des centres ;
- l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) dans le respect des recommandations ;
- l'information délivrée aux patients et la démarche d'enseignement ;
- l'existence d'une production scientifique,

et situe un certain nombre de difficultés notamment :

- la saturation des capacités d'accueil et de suivi ;
- l'inadaptation de l'ergonomie, des équipements et des transports ;
- l'insuffisance des relais extérieurs et du maillage avec les services de SSR ;
- les problèmes de tarification ;
- le déficit de psychologues et de diététiciens ;
- le défaut de dossier informatisé et de registre.

A son tour, **M. BASDEVANT** indique que les problèmes d'obésité surviennent de plus en plus précocement y compris les formes sévères chez des enfants et des adolescents, phénomène accentué par un effet social majeur et une longévité croissante des patients gravement obèses suite aux progrès de la médecine cardio-vasculaire. On passe ainsi d'une problématique cardio-vasculaire à une problématique de handicap, notamment au niveau ostéo-articulaire et respiratoire.

- L'offre de soins.

En pédiatrie, il n'existe pas de prise en charge de l'obésité grave en Ile-de-France en dehors des services de pédiatrie de l'AP-HP mais les réseaux ville-hôpital s'avèrent relativement efficaces pour la prise en charge des obésités communes de l'enfant.

En médecine adulte, la prise en charge de l'obésité grave en Ile-de-France se situe exclusivement à l'AP-HP. Le problème majeur concerne la prise en charge des urgences et l'inadaptation du matériel de transport des malades obèses, en particulier par le SAMU.

En chirurgie, entre 2003 et 2006, la concurrence avec le secteur privé est importante. La part de l'AP-HP dans les activités de chirurgie bariatrique augmente : le nombre d'interventions chirurgicales a presque doublé au sein de l'institution suite à la labellisation des centres. Les patients opérés à l'AP-HP souffrent de formes nettement plus graves d'obésité associées à des comorbidités plus importantes que les patients opérés dans le secteur privé.

L'institution dispose de trois services de SSR spécialisés dans la prise en charge de l'obésité implantés :

- à l'hôpital maritime de Berck, indispensable dans l'accueil des personnes atteintes d'obésités extrêmement sévères avec handicap moteur ;
- à l'hôpital marin d'Hendaye, expert dans les maladies rares (Prader Willi) ;
- à l'hôpital San Salvador, spécialisé dans l'accueil de longue durée de jeunes patients, activité qui mérite réflexion,

et s'est par ailleurs dotée d'un plateau technique adapté à la prise en charge des patients obèses, notamment en matière d'imagerie.

- Les pistes d'action.

La stratégie de l'AP-HP se construit autour de trois axes qui tendent à :

- s'adapter à l'épidémiologie, en tenant compte de l'évolution globale de la corpulence de la population notamment en termes d'équipement, de transport, d'imagerie, d'architecture et de suivi ;
- affirmer l'expertise et la fonction de service public de l'AP-HP dans le domaine de la prise en charge des formes graves, multicompliquées, des obésités sévères de l'enfant et de l'adolescent afin de garantir l'accès aux soins de ces patients, d'offrir une offre de soins adaptée, de poursuivre la recherche et l'innovation, d'identifier un nombre limité de centres de référence hyper spécialisés ;
- être concurrentiel car l'AP-HP accueille les formes les plus graves d'obésité et les patients les plus précaires, ce sujet posant le problème du plateau technique, du codage et de la tarification.

A l'issue de l'exposé, la discussion s'ouvre.

L'épidémie d'obésité, notamment dans ses formes graves, atteint la pédiatrie observe **M. AIGRAIN** qui insiste sur la pénurie de lits de SSR pédiatriques consacrés à l'obésité. Eu égard à l'inadaptation de la tarification relative à la prise en charge des jeunes adolescents, il lui semble nécessaire de mettre en œuvre une démarche de lobbying institutionnel afin de modifier la nomenclature dans ce domaine.

M. LYON-CAEN demande d'une part, si on ne devrait pas saisir l'occasion de l'épidémie d'obésité pour réfléchir à un renouveau de la pédiatrie sociale et pour envisager l'organisation du dépistage actuellement négligé au sein de l'AP-HP, d'autre part, si les progrès de la spécialité et la stratégie à mettre en œuvre permettent d'appréhender la fin de cette épidémie.

L'obésité constitue une maladie nutritionnelle, psychologique et sociale, avec des déterminants génétiques, répond **M. BASDEVANT**. Au niveau épidémiologique, on connaît les déterminants et on dispose de courbes d'évolution. On sait que l'augmentation de la courbe d'épidémiologie au sein d'un pays se poursuivra durant trente ans.

De nombreuses actions de dépistage ont été menées en France, notamment dans le domaine de la pédiatrie alors qu'il n'existe aucun système d'accueil pour orienter les personnes dépistées ; aussi la vraie question selon **M. BASDEVANT**, se pose en terme de dispositif d'aval et non de dépistage.

La maladie de l'obésité comprend effectivement des déterminants médico-sociaux. Le volet social et comportemental n'étant pas pris en compte à l'heure actuelle dans la tarification, le système de soins rencontrera des difficultés pour affronter l'épidémie d'obésité si cet élément n'évolue pas.

Cette pathologie exige une réponse pluridisciplinaire du point de vue de **M. LAJONCHERE**, chaque centre de l'AP-HP devant combler ses lacunes en la matière, car selon les cas, les volets de la psychiatrie – addiction ou des explorations fonctionnelles, ne sont pas assurés. Or ces centres pluridisciplinaires s'avèrent un élément à avancer face à la concurrence afin de démontrer que l'intervention de l'AP-HP ne se limite pas à la chirurgie. En effet, il convient de garder à l'esprit, en particulier parmi les chirurgiens, que le traitement de l'obésité ne correspond pas systématiquement à une intervention chirurgicale. Ce message mérite d'être relayé par la CME et ses commissions, considère l'intervenant.

Par ailleurs, on doit porter le pan universitaire de ce sujet de santé publique, de même il importe de créer des liens entre les hôpitaux intervenant dans le domaine des SSR et les centres labellisés pour la prise en charge de l'obésité. Enfin, l'amélioration des tarifs passe par la preuve que l'AP-HP assure une prise en charge de meilleure qualité que le secteur privé.

Face à l'épidémie d'obésité mondiale, **Mme DEGOS** demande en quoi la réflexion engagée à l'AP-HP peut s'inspirer des réflexions menées dans les pays déjà confrontés à ce problème.

M. GARABEDIAN informe de la constitution à l'hôpital Armand Trousseau d'un groupe de travail sur ce thème dans le cadre de la pédiatrie avant de mentionner un problème d'organisation au sein des centres labellisés lequel se traduit par de longs délais de rendez-vous. La valorisation de ces activités devrait également être revue car pour l'heure, les services en charge de l'obésité s'avèrent déficitaires, aussi espère-t-il que le plan stratégique permettra de revoir le dispositif en la matière.

La solution réside dans la labellisation de centres experts pour lesquels on pourra présenter une demande de tarification spécifique au ministère opine **M. BASDEVANT**. En revanche, il pense que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) se montrerait réticente à augmenter la tarification générale alors que cette pathologie concerne entre trois et quatre millions de personnes.

Par ailleurs, l'épidémie d'obésité progresse dans tous les pays au monde. L'inflexion à la hausse du pourcentage de population obèse s'est produite dans les années 1950 et 1960 aux Etats-Unis, dans les années 1970 et 1980 en Grande Bretagne, dans les années 1990 et 2000 en France et en Chine. Au fil du temps, apparaissent d'une part une poursuite de la progression au sein des populations défavorisées ou migrantes et d'autre part, une stabilisation puis une diminution de la prévalence dans les populations favorisées. Ainsi, explique M. BASDEVANT, dans le Val de Marne, on observe depuis l'an 2000 une stabilité de l'obésité infantile dans les collèges riches mais un doublement de cette obésité dans les collèges situés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) pour atteindre un taux de 30 %. On peut donc anticiper l'évolution moyenne du taux de prévalence dans la population, tout en prenant en compte les différences sociales. Il rappelle enfin que l'obésité concerne désormais également un nombre croissant de personnes âgées.

Les services de gériatrie commencent à recevoir des personnes âgées au-delà de soixante-cinq ans au profil social spécifique et souffrant d'obésité importante, qu'aucun autre service ne prend en charge, déclare M. SEBBANE. Le plan stratégique devra prendre en compte le mode d'entrée caractérisé par la perte d'autonomie, et la poly-pathologie. La dimension « obésité », sans doute à ses débuts concernant les patients âgés, se révèle problématique pour l'avenir selon l'intervenant.

M. RICHARD souhaite sensibiliser l'assemblée des conséquences sur le quotidien dans l'organisation de chaque discipline, de la prise en charge des patients obèses dans les hôpitaux. Une approche visant à intégrer les spécificités liées à la prise en charge de la population obèse, notamment de la population obèse morbide, doit se prévoir dès la formation des équipes, estime-t-il, c'est pourquoi il convient de distinguer l'adaptation du dispositif hospitalier et la création de centres de référence observe M. BASDEVANT qui explique, suite à une question du **président** relative à la réponse appropriée que le plan stratégique pourrait apporter, qu'il faut renforcer les centres de référence plutôt qu'augmenter leur nombre et ensuite préciser la manière de mettre en œuvre une prise en charge en amont et en aval. En outre, l'AP-HP doit mener une action de lobbying auprès de la DHOS afin d'obtenir une valorisation des actes plus adaptée aux actes réalisés dans les centres de référence et des services de SSR prenant en charge des patients obèses.

Ouverts à la revalorisation du financement de certains groupes homogènes de séjours (GHS) ciblés, les responsables de la mission T2A au ministère pourront entendre cette demande, conclut le **président**.

V- Compte épargne temps et tableaux de service.

En introduction, le **président** annonce que l'EPRD pour l'année 2008 prévoit une ligne budgétaire pour provisionner les comptes épargne temps (CET). Il importe de faire preuve de rigueur et d'équité dans l'abondement des CET, or plusieurs présidents de comités consultatifs médicaux lui ont signalé le caractère hétérogène de cet abondement au sein de leur établissement et attendent de la CME des conseils et des recommandations dans ce domaine. A ce titre, M. CORIAT souligne la portée de la mission confiée à la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS), présidée par MM. CHERON et DRU. Ainsi, le sujet du CET constitue une problématique nouvelle pour les communautés médicales qui mérite une approche méthodologique claire et transparente au risque de rompre la cohésion au sein des équipes.

Le bilan relatif au CET réalisé par la DPM, toutes les catégories médicales confondues, illustre l'ampleur du problème indique **M. CHERON** avant de préciser que seuls les chiffres relatifs aux praticiens hospitaliers à temps plein, soit entre 70 % à 75 % des jours épargnés sur les CET, font l'objet de l'exposé (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

- Le constat.

Au 31 décembre 2006, 143 000 jours avaient été épargnés depuis 2002, dont 100 000 pour les praticiens hospitaliers à temps plein. On enregistre un accroissement entre 40 000 et 50 000 jours par an et le nombre moyen de jours placés par an sur chaque CET, seize jours en 2006, progresse alors même que le nombre de praticiens hospitaliers croît depuis 2002.

Le nombre de jours épargnés par CET pour les praticiens hospitaliers à temps plein varie :

- de un à deux selon les hôpitaux en fonction de la politique de rémunération ou non des plages additionnelles ;
- peu entre les différentes spécialités mais on observe de fortes variations selon les services.

- Les objectifs.

La résolution de ce problème qui s'aggrave alors même que les jours épargnés sur les CET devront être financés, passe par la mise en œuvre d'un tableau général annuel de service prévu par la loi afin :

- de permettre une équité entre les services ;
- de favoriser l'adoption de règles communes dans l'organisation du temps médical ;
- d'anticiper les tensions démographiques.

- Les mesures à adopter.

La CME doit inciter à l'effort de transparence, d'organisation et de vigilance à mener par les instances locales et les groupes de spécialité en rappelant la législation qui impose :

- le repos de sécurité à tout praticien à l'issue d'une nuit de permanence ;
- la transmission des tableaux mensuels nominatifs prévisionnels et réalisés. En l'absence de ces tableaux, les jours de réduction du temps de travail (RTT) et des congés annuels du mois doivent être considérés comme pris.

Il est également prévu de réunir le 23 avril 2008 les présidents des collégiales et les présidents des COPS locales afin de souligner l'ampleur du problème et de rappeler l'emploi du tableau d'activité, sur la base du modèle de tableau général annuel utilisé par la collégiale des urgences et que l'orateur explicite en terminant sa présentation.

La CME avancera avec volontarisme et pragmatisme sur ce dossier particulièrement important, déclare le **président** notamment en rappelant que le tableau de service s'avère différent du tableau de présence ; seul le premier comporte l'organisation générale du service laquelle permet d'apprécier le nombre de jours à épargner en CET.

Pour sa part, **M. DRU** précise que les CET font l'objet d'études suite au protocole signé le 16 janvier 2008 par trois des quatre organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers. L'analyse porte sur le nombre de jours figurant sur les CET (le stock) et sur le nombre de jours alimentant les CET depuis le 1^{er} janvier 2008 (le flux). Le stock au 31 décembre 2007 pourra faire l'objet d'une rémunération à hauteur de la moitié des jours épargnés si le praticien le souhaite. Cette mesure nécessite la publication des textes réglementaires et toute demande, sur la foi de tableaux de service, devra parvenir à l'administration avant le 30 juin 2008.

A partir du 1^{er} janvier 2008, les jours alimentant le CET devront être comptabilisés dans le cadre d'un tableau de service qui sera également en compte lors de l'examen de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers.

Après avoir signalé que la révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers pour l'année 2009 sera initiée dans une quinzaine de jours selon la démarche suivie l'an passé, laquelle repose sur la pertinence médicale et la nécessité d'assurer une progression de l'activité, et aussi en tenant compte des tableaux généraux d'activité des services, le **président** craint qu'en raison de l'absence de rigueur sur certains sites dans la gestion du dossier des CET, les rémunérations versées dans ce contexte ne provoquent des ruptures d'égalité entre les praticiens.

M. CAPRON juge indispensable de communiquer rapidement et efficacement à destination des chefs de service, en leur réexpliquant soigneusement la réglementation sur les RTT, les CET et les plages additionnelles.

M. REMY souhaitant obtenir les données relatives au CET par discipline, **M. CHERON** déclare que chaque collégiale disposera des relevés de la situation de sa spécialité au niveau de chaque établissement. Les collégiales devront réfléchir à un socle d'organisation commun à leur spécialité. Par ailleurs, il reste à déterminer une organisation au sein du pôle validée par la COPS locale. Enfin, ces dispositifs devront intégrer l'évolution des organisations et des métiers.

Du point de vue de **M. DASSIER**, il convient de réfléchir à l'ensemble des activités exercées dans un service avant de définir le dimensionnement humain pour assurer ces activités, au risque d'aboutir à gaspiller du temps médical au niveau des blocs opératoires.

Par ailleurs, il rappelle d'une part, que des relevés individuels d'activité doivent être transmis chaque quadrimestre à chaque praticien hospitalier or dans les faits seuls certains établissements délivrent ces relevés, d'autre part, que les plages additionnelles ne peuvent exister en l'absence de contrats établis au préalable. Ces différents éléments participent à l'attractivité du statut de praticien hospitalier, selon l'intervenant.

Par ailleurs, les collègues qui anticipent leur départ en soldant leur CET ne sont pas remplacés durant cette période induisant une augmentation de l'activité des collègues en fonction.

Selon **M. DRU**, de nombreux hôpitaux ont utilisé les budgets attribués au titre de la RTT pour obtenir des postes de praticiens hospitaliers sans pour autant permettre aux collègues de poser les jours de RTT dus.

Le nombre moyen de jours épargnés, note **M. LEVERGE**, s'élève à environ cinquante jours dans les services cliniques, quarante jours dans les services de radiologie ou de biochimie et trente-quatre jours dans les services de pharmacie. Un excès de rigueur de la part des chefs de service de pharmacie aboutit à pénaliser les membres de cette spécialité. **M. CHERON** signale que la pharmacie comprend le plus grand nombre de CET ouverts et le total des jours épargnés équivaut à celui des autres spécialités. **M. LEVERGE** complète en indiquant que la discipline ne possédant pas encore de corps hospitalo-universitaires, cela est normal, mais eu égard au nombre de praticiens hospitaliers, cela reste très inférieur aux autres disciplines.

Le **président** attire l'attention sur le fait que si les chefs de service n'ont pas toujours joué correctement leur rôle de contrôle sur les CET, les directions locales des affaires médicales auraient dû les conseiller sur ce sujet.

Dans ce contexte de carence, le directeur général et lui-même ont cosigné une lettre destinée aux directeurs d'hôpitaux et aux présidents de CCM pour leur demander de procéder à l'établissement dans les plus brefs délais des tableaux généraux annuels de service. Il lui semble indispensable que les directions locales des affaires médicales informent l'ensemble des chefs de service de la règle du jeu, aident les présidents de CCM à renseigner leurs collègues, rappellent la possibilité de monétiser les CET.

Le **directeur général** se félicite de l'implication de M. CORIAT et de M. AIGRAIN sur ce dossier et de la volonté de la CME de le gérer de manière rigoureuse. Il confirme le rôle des directions fonctionnelles consistant à rappeler les règles et à conseiller les responsables de pôle et les chefs de service. Aussi, en accord avec le président, il a demandé que soit rapidement délivrée aux directeurs des affaires médicales une formation sur ce sujet, ouverte à tous les membres de la CME et de la COPS qui en feraient la demande. Par la suite, un guide sur la gestion du temps de travail rappellera les règles en la matière.

Afin de vérifier les effets de la sensibilisation en cours, **M. HARDY** voudrait une information régulière en CME de l'état des CET. Le **président** acquiesce tout en soulignant que le contrôle s'exerce en premier lieu au niveau de l'hôpital et que le tableau général de service s'élabore avec le CCM.

M. MUSSET s'enquiert de la validation des plannings prévisionnels et de l'inscription éventuelle sur ceux-ci des hospitalo-universitaires au même titre que les praticiens hospitaliers.

L'organisation du planning prévisionnel relève de la responsabilité du chef de service ainsi que du responsable de pôle, répond **M. CHERON**, aussi peut-on imaginer une double validation. Excepté lors de sous-effectif démontré, il n'y a pas lieu de prévoir des plages additionnelles dans les plannings prévisionnels, justifiant à cet égard l'intérêt de mener la réflexion au sein des services et des pôles pour les établir.

Par ailleurs, les universitaires consacrant la moitié de leur temps à leurs fonctions hospitalières, doivent figurer sur le planning prévisionnel. A partir du tableau d'activité, qui définit les postes de soins cliniques, peut s'évaluer le pourcentage de temps dédié aux activités autres que celles cliniques. La mention des activités universitaires constituerait une démarche transparente à l'égard d'une équipe, d'un conseil de pôle ou d'un bureau de pôle, estime M. CHERON.

En outre, le volume des CET de praticiens hospitaliers avéré supérieur à la moyenne dans un service, une telle situation peut s'expliquer par une mauvaise gestion mais aussi par le fait que des praticiens hospitaliers se sont investis dans une activité de recherche ou d'enseignement. Le second cas se mesurera par le classement du service à la faculté et le premier par le nombre de contrats de recherche ou de publications.

S'il approuve ces propos, **M. RYMER** précise cependant que le texte de loi relatif aux hospitalo-universitaires prévoit qu'il appartient aux PU-PH de ventiler librement leur temps de travail entre les soins, l'enseignement et la recherche, selon les exigences de chaque spécialité. Il paraît donc impossible de préciser de manière institutionnelle la ventilation du temps de travail de ces praticiens.

A son tour, **M. DASSIER** pense possible de déterminer la part de l'activité d'un PU-PH dévolue aux activités autres que celles de soins. Cet élément permettra au service de fixer le nombre de praticiens hospitaliers nécessaires au fonctionnement normal de celui-ci.

Mme MARCHAND signale le refus de certains chefs de service d'établir des tableaux de service.

M. FAYE déclare que les tableaux de service doivent tenir compte de la continuité des soins, avant de préciser que le bilan 2007 mentionne un provisionnement des CET à hauteur de 90 millions d'euros.

Le **président** rappelle que le chef de service est responsable de l'organisation médicale, de l'animation de l'équipe, de l'organisation des activités de recherche et d'enseignement, et doit aussi s'impliquer dans l'élaboration des tableaux prévisionnels d'activité. Dans le cas contraire, il sera dessaisi de cette fonction au profit du responsable de pôle, gestionnaire des aspects économiques et de l'organisation générale, créant dès lors une situation préjudiciable à l'équilibre entre les différentes fonctions au sein du pôle.

VI- Avis sur des contrats d'activité libérale.

Les nouveaux contrats d'activité libérale, le renouvellement de contrats et l'avenant sont approuvés par 28 voix pour, 4 voix contre, 10 abstentions. Un membre de la CME ne prend pas part au vote.

VII- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 mars 2008.

Le compte-rendu de la séance du 11 mars 2008 est approuvé à l'unanimité des votants après la demande formulée par **M. LEVERGE** d'ajouter dans son intervention page 25, paragraphe 4 : « ... la conférence des présidents *d'universités*, laquelle... ».

VIII- Questions diverses.

- Le temps de travail des praticiens hospitaliers.

M. DASSIER demande la transmission aux praticiens hospitaliers de leurs relevés individuels d'activité chaque quadrimestre conformément aux dispositions réglementaires. Par ailleurs, il serait souhaitable de son point de vue que des contrats dont le modèle reste à définir au niveau central ou local soient conclus afin de permettre l'ouverture éventuelle de plages additionnelles.

Le **président** souscrit à la proposition de contractualisation pour comptabiliser les plages additionnelles en toute transparence et équité tandis que **M. PINSON** annonce que le nouveau système d'information de gestion des ressources humaines médicales permettra d'homogénéiser les pratiques pour l'heure disparates en matière de relevés individuels d'activité. La DPM travaillera avec les directeurs des affaires médicales de manière à accélérer le processus.

- La gestion des rendez-vous et des plages opératoires en réseau.

Pour avoir contribué à initier la mise en place du logiciel IPOP dédié à la gestion des rendez-vous et des plages opératoires en réseau, en cours de mise en œuvre dans un certain nombre d'hôpitaux, **M. LACAU ST GUILY** note qu'aucun bilan précis de cette expérimentation n'a été réalisé avant de généraliser l'utilisation de l'outil. Or un tel bilan aurait sans doute permis d'éviter des dysfonctionnements majeurs, de même, on ne dispose pas d'une visibilité réelle concernant le développement ultérieur du logiciel.

Suite à l'échec du premier appel d'offres relatif au système d'information, l'urgence consistait à optimiser au maximum le « temps ouvré » des blocs opératoires, déclare le **président**. L'un des participants à l'appel d'offres relatif au système d'information de l'AP-HP a intégré à son offre le logiciel IPOP afin de couvrir le volet relatif à la gestion des blocs opératoires. L'attente du résultat de l'appel d'offres en cours explique sans doute la situation bloquée. Une fois la procédure arrivée à son terme, on pourra demander la mise en place d'un système de gestion des blocs opératoires interfacé avec les services de chirurgie.

M. LAJONCHERE précise que le module « interprétation et statistique » est en cours de développement avec les utilisateurs. De plus, les hôpitaux, dont l'hôpital Tenon, ont reçu des informations précises sur le déploiement d'IPOP avec une visibilité du calendrier jusqu'à l'automne. Certes, **M. LEPAGE** devra gérer un certain nombre de corrections et de développements de l'outil.

M. LACAU ST GUILY tient néanmoins à affirmer en CME que cet outil, toujours en cours de développement, n'est pas utilisable en l'état. Les utilisateurs actuels doivent se l'approprier rapidement pour le faire évoluer avant sa généralisation à l'ensemble des hôpitaux.

Si **M. VALLEUR** se félicite de la mise en œuvre d'un outil de gestion et d'optimisation des blocs opératoires à l'AP-HP, il espère cependant que ce logiciel constituera la base de l'outil de gestion des blocs opératoires figurant au sein du futur système d'information de l'institution car les changements permanents de logiciel causent des difficultés aux utilisateurs.

M. PETIT informe de la satisfaction des utilisateurs d'IPOP à l'hôpital Saint Antoine au titre de logiciel de gestion des plages opératoires. En revanche, ils ont demandé des fonctionnalités supplémentaires permettant l'exploitation des données afin d'améliorer l'organisation des blocs opératoires.

- La continuité des soins.

L'arrêté du 20 mars 2008 modifiant les indemnités versées dans le cadre de la continuité des soins a été publié au Journal officiel du 4 avril 2008, annonce **M. LEVERGE**. Le titre de cet arrêté mentionne clairement la permanence pharmaceutique. Depuis la mise en œuvre d'une prescription informatisée et la conclusion d'un contrat de bon usage, un nombre croissant de pharmaciens assurent de manière officieuse l'astreinte opérationnelle dans les hôpitaux de court séjour. L'intervenant sollicite la reconnaissance de ces astreintes opérationnelles pour couvrir les pharmaciens en cas de problème et précise que l'impact financier de cette demande serait limité.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 50.

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

Mardi 13 mai 2008 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 30 avril 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.