

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

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

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 9 SEPTEMBRE 2008**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

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

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.
- 2- Comité de lutte contre les infections nosocomiales :
  - les indicateurs de prévention nationaux et le bilan à l'AP-HP ;
  - les indicateurs de prévention spécifiques à l'AP-HP et les signalements externes d'évènements nosocomiaux.
- 3- Plan d'action de la formation médicale continue pour l'année 2008.
- 4- Plan stratégique futur : mise en place des groupes de travail thématiques.
- 5- Avis sur le renouvellement des membres des commissions locales d'activité libérale.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Information sur les internes en surnombre et sur la sélection des résidents étrangers des hôpitaux de Paris.
- 8- Information sur les candidatures des internes aux stages interrégions pour le semestre de novembre 2008 à mai 2009.
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 10 juin 2008.
- 10- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### Composition C

- Avis sur des désignations de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur la demande de mutation interne de 3 praticiens hospitaliers.
- Avis sur la validation de la période probatoire de 181 praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation de 2 chefs de service hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle.

### Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2008.
- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2008.

### Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2008.
- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2008.
- Avis sur une demande de mutation d'un PU-PH.

## 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 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 BERCHE, doyen ;
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
  - M. PEURICHARD, directeur du développement des ressources humaines ;
  
  - M. le Pr BRUN-BUISSON, président du comité de lutte contre les infections nosocomiales,
  - M. le Dr DAVID, direction du développement des ressources humaines,
  - Mme DEAL, direction de la politique médicale,
  - M. le Pr GALANAUD, président du comité d'orientation de la formation médicale continue,
  - M. GOTTMANN, direction de la politique médicale,
  - Mme GUINGOUAIN, adjointe à la directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  - M. le Pr JARLIER, délégué à la prévention des infections nosocomiales ;
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Dr ALVAREZ, M. le Dr BOIZAT, M. le Dr DOUARD, Mme HENRY, M. le Pr LEVERGE, Mme le Dr SEGUIN, M. le Pr VALLEUR.

\*

\*

\*

Le président **CORIAT** ouvre la séance en exprimant son émotion suite au décès de M. LASJAUNIAS, confrère impressionnant par ses qualités professionnelles et humaines remarquables, et leader incontesté au niveau européen et mondial de la neuroradiologie pédiatrique.

Au nom de la collégiale des radiologistes de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris qu'il préside, **M. MUSSET** atteste des nombreux messages reçus de collègues accablés par le décès prématuré de M. LASJAUNIAS. En travaillant avec lui par le passé, il a été fasciné par son intelligence, par sa passion pour la neuroanatomie, comme en témoignent ses ouvrages publiés et de référence dans le monde entier, ainsi que pour la neuroradiologie interventionnelle.

Visionnaire sur sa discipline, il était également un remarquable fédérateur et manager d'équipe, toujours disponible, heureux et fier de diriger le pôle de neuroscience de l'hôpital Bicêtre qu'il portait à bout de bras toujours plus haut dans l'excellence.

L'hommage rendu samedi dernier par les personnalités présentes venues de tous les horizons a illustré la qualité et la densité de l'œuvre accomplie durant sa vie professionnelle et rappelé sa capacité à remplir sa triple mission de soin, d'enseignement et de recherche.

Sa disparition constitue un drame pour l'hôpital Bicêtre, pour l'institution, pour la faculté Paris XI qui perdent un représentant des plus brillants et des plus renommés. Les pensées de soutien dans cette épreuve douloureuse se tournent vers l'épouse et les trois filles du défunt mais aussi vers son équipe médicale afin de faire perdurer et progresser ce que M. LASJAUNIAS a bâti.

L'assemblée observe une minute de silence en sa mémoire.

Puis le **président** engage l'examen des sujets inscrits à l'ordre du jour.

## **I- Information sur les travaux du conseil exécutif.**

### **- Le projet de loi « patient, territoire, santé ».**

**M. CORIAT** expose un certain nombre d'éléments du projet de loi « patient, territoire, santé » examiné par le parlement au cours du dernier trimestre 2008 et risquant d'impacter profondément le fonctionnement hospitalier. L'AP-HP doit s'organiser au plus tôt afin d'appréhender les modifications induites par ce texte.

*Le renforcement du pouvoir du directeur* lequel deviendra le seul véritable patron de l'hôpital. Toute idée de partage du pouvoir dans le cadre du futur directoire par une coprésidence avec la communauté médicale s'avère rejetée car en totale opposition à l'esprit de la loi. Néanmoins, il a été demandé que la représentation de la communauté médicale au directoire soit nommée par le directeur sur proposition de la commission médicale d'établissement. Il semble fondamental à M. CORIAT que des liens forts continuent d'exister entre le directeur aux pouvoirs renforcés et la CME, seule capable de garantir l'équité en matière de répartition de l'allocation des ressources.

*L'appellation chef de pôle* se substituera à responsable de pôle. Il disposera de tous les pouvoirs de gestion et d'organisation au sein du pôle.

*Le directeur pourra recruter des médecins en contrat de droit privé.* M. CORIAT espère la CME partie prenante de cette nouvelle démarche de recrutement car seuls les pairs peuvent valider les compétences médicales des candidats. La cohabitation au sein d'une même structure médicale des collègues relevant pour certains du droit public et d'autres du droit privé constituera sans doute le nouveau challenge des chefs de service.

*Une simplification des procédures de la recherche clinique des soins courants et des pratiques de soins s'appliquera* lorsque cette dernière n'induit pas l'évaluation de nouvelles molécules ou de procédures à bénéfice thérapeutique direct. La recherche sur les nouvelles molécules restera en revanche strictement encadrée.

*Un encadrement fort de l'activité libérale* exercée par les praticiens hospitaliers se traduira par des honoraires fixés au sein d'une commission de sages et par un temps consacré à l'activité libérale plus contingenté.

*La notion de territorialisation* sera créée ; les groupes hospitaliers intégreront des territoires et devront travailler en réseau.

Les personnes consultées par le ministère (les directeurs d'hôpitaux, les présidents de CME...) recevront le texte au cours de la dernière semaine de juillet. S'il obtient l'autorisation, M. CORIAT le diffusera aux membres de la CME. Les marges de discussion et de négociation du projet de loi apparaissent étroites.

Dans ce contexte, le conseil exécutif poursuit les réflexions engagées sur l'efficience, propose une politique de regroupements hospitaliers, juge nécessaire de stabiliser la gouvernance au sein des pôles. Les chefs de pôle et les chefs de service doivent pleinement jouer leur rôle respectif afin de contribuer à accroître l'activité et la qualité grâce à une organisation optimale, et la CME s'attachera à faire preuve d'imagination et de réactivité.

Par ailleurs, le président évoque une certaine démotivation habitant d'une part des chefs de service qui ne distinguent plus les contours de leur rôle, d'autre part des chefs de pôle qui ne voient pas se concrétiser la délégation de gestion ou le bénéfice des politiques engagées. Aussi, M. AIGRAIN, le directeur général et lui-même corédigent une lettre à leur adresse.

Le **vice-président** développe la démarche engagée à l'égard des responsables de pôle et des chefs de service qui consiste d'abord à leur transmettre une synthèse des diverses réflexions formulées, puis à réunir début septembre l'ensemble des chefs de pôle afin de les sensibiliser à nouveau à l'importance d'une bonne coordination avec les chefs de service, et de la politique d'efficience menée. Le texte indique notamment que si la mise en œuvre de la gouvernance s'avère inachevée, le bilan d'étape des trois premières années de son application mérite d'être souligné.

Alors que la CME devra procéder à la nomination de plus de quatre-vingts chefs de service dans les semaines à venir, le moment apparaît opportun pour rappeler les responsabilités du chef de service.

Le courrier rappelle que les chefs de service, chargés de mettre en œuvre les missions des services et de coordonner l'équipe médicale, jouent un rôle dans la coordination des soins et partagent la responsabilité avec le chef de pôle concernant l'attractivité du service. L'équipe médicale du service produit et organise les soins, les adapte et les évalue, assure l'enseignement et les activités de recherche. Le chef de service anime et pilote l'ensemble et met en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le rôle du chef de service se révèle essentiel dans le domaine médico-économique. Il assure l'attractivité de sa structure et de sa discipline, garantit les qualités professionnelles, humaines et relationnelles du personnel médical qu'il propose au recrutement du chef de pôle. Le dynamisme et la réputation du chef de service et de son équipe constituent des atouts majeurs dans la concurrence opposant certaines spécialités médicales et chirurgicales au secteur libéral. Il participe également à l'attractivité et à la visibilité universitaire, et pourra mener les politiques de contrôle de l'adéquation des prescriptions d'investigation ou de médicament. En outre, l'activité médicale et l'éthique n'étant pas solubles dans le cadre budgétaire, la qualité de la prise en charge médicale repose sur une forte implication du chef de service.

La prochaine loi renforcera le rôle des chefs de pôle aussi, conclut M. AIGRAIN, il importe de signifier le rôle des chefs de service afin de préparer le mieux possible l'AP-HP aux défis qui l'attendent dans les années à venir.

### **- La constitution des groupes hospitaliers.**

La création de groupes hospitaliers au sein de l'AP-HP contribue à la politique d'efficacité, indique le **directeur général**.

Sur la base des principes retenus :

- à part les sites implantés hors Ile-de-France, chaque hôpital devra être intégré dans un groupe hospitalier ;
- sauf exception, les hôpitaux d'un même groupe hospitalier devront relever d'une seule faculté de médecine ;
- les groupes hospitaliers créés devront disposer d'une taille critique suffisante tout en restant gouvernables,

les propositions de regroupement d'hôpitaux sont les suivantes :

- Bicêtre, Paul Brousse, Antoine Béclère ;
- Henri Mondor, Albert Chenevier, Emile Roux, en collaboration avec le centre hospitalier intercommunal de Créteil ;
- Joffre-Dupuytren, Georges Clémenceau ;
- Cochin, Hôtel Dieu, Broca ;
- Necker, Saint-Vincent-de-Paul, Institut de Puériculture de Paris ;
- Georges Pompidou, Corentin Celton, Vaugirard ;
- Ambroise Paré, Raymond Poincaré, Sainte Péline ;
- Robert Debré, Armand Trousseau : un travail d'approfondissement s'impose car ces hôpitaux ne relèvent ni du même GHU, ni de la même université ;
- Saint Antoine, Tenon, Rothschild ;
- Pitié-Salpêtrière, Charles Foix, Jean Rostand ;
- Bichat, Beaujon, Bretonneau ;
- Lariboisière, Saint Louis, Paul Doumer ;
- Avicenne, Jean Verdier, René Muret.

Il reste à traiter les cas particuliers des hôpitaux :

- Louis Mourier qui devrait se rapprocher du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre et pourrait par exemple rejoindre le groupe hospitalier Bichat, Beaujon, Bretonneau ;
- Charles Richet qui pourrait se rapprocher de l'hôpital de Gonesse.

Les concertations commenceront à partir de cette liste jointe à une note élaborée sur ce sujet et transmise aux présidents des comités consultatifs médicaux et aux directeurs d'établissement. Les directeurs exécutifs prépareront les éléments pour conforter l'installation de ces différents groupes hospitaliers, avise M. LECLERCQ.

#### **- La transplantation hépatique.**

Sans remettre en cause le travail du groupe chargé de réfléchir à l'organisation des greffes au sein de l'AP-HP dans le cadre du futur plan stratégique, le **vice-président** signale qu'il a sollicité les responsables médico-chirurgicaux des hôpitaux Beaujon et Paul Brousse afin de réfléchir à leur rôle de centre de transplantation hépatique au cours des cinq à sept prochaines années. Cette démarche permettra de lancer courant juillet un appel à projets visant à regrouper les centres de transplantation hépatique adulte de Paris intra muros, dans le cadre de la préparation du prochain plan stratégique. Les dossiers seront analysés à l'automne par un comité indépendant, au sein duquel le groupe consacré aux greffes jouera sans doute un rôle important. La CME procédera ensuite aux arbitrages résultant de cet appel d'offres.

Une réorganisation de la transplantation hépatique préalable au terme de la réflexion engagée dans le cadre de la préparation du volet médical du plan stratégique de l'AP-HP se justifie, explique le **président**, par la demande de l'hôpital européen Georges Pompidou de développer ce secteur d'activité à l'occasion du recrutement d'un chef de service.

Par ailleurs, eu égard aux implications sur le domaine de la transplantation hépatique des gardes et des astreintes, ces dernières entreraient désormais dans le financement des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC). L'utilité de chaque garde sera donc analysée. L'institution devra se montrer dynamique dans l'évaluation de la pertinence des gardes et astreintes, déclare M. CORIAT.

Puis il ouvre le débat.

**M. RUSZNIEWSKI** et **M. BERCHE** demandant des précisions sur le recrutement des médecins en contrat de droit privé, le **président** indique que ce mode de recrutement opéré par les directeurs sous le contrôle de la CME et sur la base d'objectifs d'activité, concerne toutes les disciplines et toutes les catégories de médecins. Le ministère constatant le recours par de nombreux centres hospitaliers à des « mercenaires », vise à clarifier et à moraliser le dispositif en cohérence avec la logique induite par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Ainsi, le responsable de pôle en accord avec les chefs de service pourra ventiler la masse budgétaire disponible avec une grande souplesse.

En l'absence d'élément précis, le **directeur général** pense toutefois que la loi ou les textes d'application aborderont sans doute la question de la rémunération maximale des médecins sous contrat afin d'éviter les surenchères caractérisées.

**M. DASSIER** s'interroge sur la réalité de la transparence du contenu des contrats lesquels comprendraient une part fixe, une part forfaitaire susceptible d'intégrer les gardes, une part liée au mérite et à la performance, or ce type de système a montré ses limites en Angleterre et aux Etats-Unis. Par ailleurs, alors que les contentieux actuels entre un praticien et un établissement se règlent devant un conseil de discipline, voire parfois devant un tribunal administratif, la réforme risque d'ouvrir la voie de conflits devant les prud'hommes.

Pour sa part, le **président** se dit attentif dans le cadre de ces contrats au rôle réservé à la CME, seule instance en capacité de garantir l'équité en matière d'allocation des ressources et d'éviter les dérives entre les pôles.

Par mesure d'honnêteté, **M. CAPRON** revient sur son intervention critique lors de la précédente séance de la CME, à l'égard de la fermeture de lits au motif de l'absence de personnel non médical. Suite à cette intervention, sa direction hospitalière lui a proposé de recruter du personnel intérimaire pour rouvrir les dix lits fermés dans son service. Mais, le coût de ce personnel intérimaire se révélant supérieur au gain attendu de l'accroissement d'activité, il a renoncé à ce type de recrutement.

S'agissant des regroupements hospitaliers, **M. GARABEDIAN** regrette que les présidents de CCM n'aient pas été associés en amont de cette réflexion qui devrait être globale et intégrer les doyens afin de prendre en compte notamment la question du lien de certains rapprochements hospitaliers avec les universités. Par ailleurs, il convient de vérifier l'impact réel de ces regroupements hospitaliers d'un point de vue médical et économique.

La politique d'efficience implique de trouver la taille critique des activités du siège, des activités médicales ou de celles de support, explique le **directeur général**. Le conseil exécutif a estimé que l'un des moyens pour atteindre cet objectif consiste à créer des groupes d'hôpitaux. Sur cette base, une démarche a été animée par la direction générale et les directeurs exécutifs, puis exposée au conseil exécutif le 1<sup>er</sup> juillet. La présentation du dossier en CME vise non à recueillir l'avis de celle-ci mais simplement à montrer les pistes de travail. Désormais s'ouvrira une démarche fondée sur la concertation avec les directions hospitalières et les CCM concernés, puis avec la direction générale et la CME, démarche s'appuyant sur des propositions formulées par la direction générale.

S'il adhère à l'idée du regroupement d'hôpitaux, **M. MUSSET** pense cependant que la démarche doit être menée d'une manière non radicale. D'autre part, il voudrait connaître la logique globale de ces regroupements hospitaliers notamment au plan géographique car il lui paraît plus logique d'attendre la constitution des territoires de santé avant de procéder aux regroupements.

En outre, il s'interroge notamment sur les conséquences concrètes des regroupements, sur la communication avec les praticiens de terrain, sur l'intégration des groupements hospitaliers universitaires dans cette démarche et sur le risque d'ajouter un échelon supplémentaire à la structuration actuelle. Enfin, il croit préférable de réaliser des expériences pilotes avant de généraliser le dispositif.

La logique globale renvoie à la notion d'efficience répond le **directeur général**. En organisant au mieux les trente-sept hôpitaux de l'AP-HP aux niveaux médical, administratif, technique et logistique, on aboutira à un ensemble plus efficace et on réalisera les gains de productivité nécessaires à l'objectif de convergence fixé en 2012.

Concernant les territoires de soins, soit l'AP-HP les créera, soit ils lui seront imposés. Après une phase de concertation, les groupes d'hôpitaux, déterminés parfois dans le cadre d'alliances ou de coordination avec des établissements voisins, permettront de délimiter les territoires de soins.

S'agissant des conséquences pratiques, la constitution d'un groupe hospitalier induira le maintien d'une seule direction, d'un seul CCM et d'un seul conseil exécutif local ; en revanche, certaines instances liées aux problèmes de site (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail...) subsisteront dans chaque hôpital.

Les groupements hospitaliers ne forment pas un échelon supplémentaire. Actuellement les trente-sept hôpitaux sont placés sous le contrôle des directeurs exécutifs des groupements hospitaliers universitaires en lien étroit avec les directions centrales. Ceux-ci devront créer puis gérer au quotidien chaque groupe hospitalier qui disposera d'un seul EPRD.

Enfin, déclare M. LECLERCQ, fixer une cible générale a été préféré à une expérience pilote, tout en sachant que certains groupes hospitaliers l'atteindront plus vite que d'autres.

Selon **M. FOURNIER**, le processus enclenché accélère les initiatives des regroupements initiés depuis plusieurs années. Cependant, l'exercice consiste à réaliser des sommes algébriques de comptes d'exploitation sur la base des regroupements proposés. Cette démarche révèle des groupements presque à l'équilibre financier, d'autres en déficit conséquent. Aussi lui paraît-il périlleux de mettre en exergue cet élément sans prendre en compte les perspectives de développement hospitalo-universitaires qui fondent essentiellement ces rapprochements.

Les regroupements proposés semblent à **M. DRU** organisés autour non de projets médicaux mais plutôt de considérations économiques.

On propose de regrouper des hôpitaux figurant sur un même territoire, disposant de complémentarités et permettant d'améliorer les filières de prise en charge des patients, indique le **directeur général**. Certes, ce projet vise clairement un objectif économique mais il repose avant tout sur une réflexion relative aux territoires médicaux et aux filières médicales.

Puis M. LECLERCQ livre trois informations factuelles.

- Dans le cadre de l'affaire examinée par le Conseil d'Etat, le commissaire du gouvernement a proposé le maintien de la suspension du permis de construire sur le site Necker – Enfants Malades. Cependant, l'argumentaire développé dans les conclusions du commissaire du gouvernement permet d'envisager l'attribution prochaine d'un nouveau permis de construire ne risquant pas l'annulation.
- Suite à la panne électrique importante survenue à l'hôpital Saint Antoine, le directeur général dit avoir déclenché un processus de contrôle de l'ensemble des dispositifs de sécurité électrique au sein de l'AP-HP.
- L'action visant l'absence de codage d'un certain nombre d'actes en protestation contre le décret réformant la redevance de l'activité libérale pénalise fortement l'AP-HP au niveau financier.

Pensant que la CME devrait voter une motion pour demander clairement et solennellement l'arrêt du boycott du codage qui retentit sur l'équilibre des comptes de l'AP-HP, **M. LYON-CAEN** propose quelques phrases qui pourraient servir de trame à une motion.

L'activité libérale correspond à un droit statutaire intervient **M. FAYE**. Toutefois, les praticiens concernés comprennent parfaitement les préoccupations de l'AP-HP et pourraient remettre en cause les modalités d'action choisies si le directeur général, les directeurs généraux de CHU et les syndicats de directeurs des hôpitaux les rejoignaient pour solliciter la suppression de ce décret. L'impact fort pour l'hôpital de l'action engagée démontre que les praticiens ayant une activité libérale et leurs équipes rapportent un volume de recettes important à l'hôpital.

Le **vice-président**, qui a déjà indiqué à la précédente CME que la rétention du codage des activités médicales se trompait de cible, estime que l'instance ne peut pas s'associer au texte proposé, en particulier car ce dernier nie l'activité importante induite par des praticiens exerçant une activité libérale lesquels contribuent largement à l'augmentation de l'activité de l'institution. De plus, opposer la CME à un groupe de praticiens qui se défendent face à un projet que même le commissaire du gouvernement du Conseil d'Etat juge pénalisant pour les praticiens concernés, constituerait selon lui une erreur. On doit, opine-t-il, reprendre le lobbying au niveau du gouvernement afin que les syndicats soient associés à la négociation des mesures prévues sur ce sujet dans la future loi « patient, territoire, santé ». Dans ce cadre, il appelle de ses vœux la reprise la plus rapide du codage des actes médicaux.

**M. PETIT** croit savoir qu'une grève doit respecter un cadre juridique précis et doit reposer sur un motif pour lequel l'employeur se trouve en capacité de négocier. Or, il souligne qu'à sa connaissance, le directeur général de l'AP-HP n'est pas en capacité de modifier lui-même le décret en cause.

On ne doit pas se tromper de combat, avise **M. GARABEDIAN**, et agir avec raison en prenant soin de ne pas diviser le corps médical. La grève du codage peut être discutée comme moyen d'action approprié, mais par ailleurs il ne peut approuver les propos visant à casser l'activité libérale pourtant bénéfique pour l'hôpital lorsqu'elle se déroule dans les règles que peu de praticiens outrepassent, l'administration étant alors en droit d'agir.

**M. FAYE** précise que le codage reste réalisé par les praticiens grévistes lesquels transmettront l'information dès l'ouverture des négociations réelles et sérieuses avec le ministère.

S'il comprend les collègues insatisfaits du décret, **M. DASSIER** souhaite savoir si la rétention du codage constitue une action légale et acceptable.

Le **directeur général** répond que ce mode d'action n'est ni acceptable ni légal.

La CME ne peut rester indifférente devant une rétention du codage impactant directement les finances de l'AP-HP contrainte d'emprunter pour y faire face, observe le **président**. De nombreux intervenants requièrent des négociations sur ce sujet dans le cadre du projet de loi « patient, territoire, santé ». Par ailleurs, il a entendu, non une attaque contre l'exercice de l'activité libérale, mais simplement une demande de l'arrêt du boycott du codage afin de ne pas pénaliser la politique de retour à l'équilibre. Dans ce contexte, il propose la rédaction immédiate d'une motion par deux ou trois collègues.

Une fois rédigé, M. CORIAT donne lecture du texte :

*« Les praticiens exerçant une activité libérale ont engagé un mouvement national d'arrêt de la transmission du codage des activités d'hospitalisation. Cette action fait peser une lourde menace sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2008 de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et sur les engagements pris d'équilibre financier qui garantit les emplois et les investissements futurs. La commission médicale d'établissement demande solennellement aux médecins concernés de mettre un terme à ce mode d'action. C'est dans cet esprit que la commission médicale d'établissement rappelle que l'exercice d'une activité libérale est une possibilité offerte à tout praticien hospitalier. C'est pourquoi la commission médicale d'établissement souhaite que la situation conflictuelle actuelle trouve une solution rapide dans le cadre de négociations. »*

**M. LACAU ST GUILY** déclarant attendre de la CME le vote de ce type de motion pour chaque mouvement de grève au sein de l'institution, le **président** précise qu'il ne s'agit pas d'un mouvement de grève mais d'une démarche illégale puisqu'aucun préavis de grève n'a été déposé.

Il semble normal à **M. DASSIER** qu'un syndicat manifeste sa réprobation par le biais de la grève ou du lobbying.

Rejoignant ce point de vue, **M. FAYE** ajoute que si les collègues concernés sont conscients de l'importance des finances, ils ont retenu ce moyen d'action pour alerter l'ensemble des acteurs sur les problèmes posés par ce décret et démontrer leur détermination.

De plus, il rappelle que l'exercice d'une activité libérale fait partie du statut des praticiens hospitaliers et suppose que ceux qui ne font pas ce choix perçoivent une prime de service public exclusif. Il s'agit donc d'un droit statutaire et non d'une faculté offerte.

La CME adopte la motion par 34 voix pour et 7 voix contre. Un membre ne participe pas au vote.

## **II- Comité de lutte contre les infections nosocomiales :**

- **les indicateurs de prévention nationaux et le bilan à l'AP-HP ;**
- **les indicateurs de prévention spécifiques à l'AP-HP et les signalements externes d'évènements nosocomiaux.**

En introduction, **M. FAGON** informe que le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est mis en place dans le cadre de la commission centrale de la qualité et de la sécurité des soins, elle-même émanant de la CME. Le CLIN a été recomposé en accord avec le président sortant et le responsable central de l'hygiène hospitalière. Lieu de liaison avec les CLIN locaux et les praticiens hygiénistes des sites, cette instance détermine aussi la stratégie de lutte contre les infections nosocomiales au sein de l'AP-HP. A ce titre, elle tiendra un rôle prééminent pour définir cette politique dans la préparation du prochain plan stratégique. Ainsi, toutes les directions centrales sont impliquées car la gestion des infections nosocomiales résulte souvent de problèmes techniques, architecturaux ou de personnel.

### **- Les indicateurs de prévention nationaux et le bilan de l'AP-HP.**

**M. BRUN-BUISSON** présente les indicateurs destinés à mesurer l'activité de lutte contre les infections nosocomiales (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

*Les cinq indicateurs nationaux :*

- ICALIN (indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales) publié depuis 2006 (année 2004) ;
- ICSHA (indice de consommation des solutions hydro-alcooliques) publié depuis 2007 (année 2005) ;
- SURVISO (surveillance des infections de sites opératoires), depuis 2007 ;

- ICATB (indice composite d'activités en faveur du bon usage des antibiotiques) publié pour la première fois en 2008 (année 2006) ;
- SARM, devrait être publié au début de l'année prochaine,

ont été rassemblés dans un score agrégé dont la finalité s'attache à informer les usagers et à fournir une vision globale de l'ensemble. Les quatre indicateurs composant actuellement le score agrégé sont pondérés et ajustés selon l'activité des établissements.

*Le bilan de l'AP-HP* se révèle contrasté avec de très bons résultats pour certains hôpitaux et de très mauvais pour d'autres. Au niveau national, le score va de 98 à 60. La mise en place des critères demandés apparaît plus difficile pour les hôpitaux de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD), néanmoins un certain nombre d'entre eux se trouve très bien classé. Les regroupements d'hôpitaux permettront de pallier la dispersion des résultats.

Pour finir, M. BRUN-BUISSON précise que les résultats portent sur l'année 2006 en raison du décalage entre la transmission des données et l'analyse réalisée. On peut espérer une amélioration de cette situation dans le prochain bilan. Les indicateurs, définis de façon minimale, seront sans doute affinés et plus exigeants dans le cadre du prochain plan national pour la période 2009 – 2012.

#### **- Les indicateurs de prévention spécifiques à l'AP-HP et les signalements externes d'évènements nosocomiaux.**

A son tour, M. JARLIER expose le volet spécifique à l'AP-HP (cf. document mis en ligne sur le site internet de la CME).

*Les indicateurs propres à l'AP-HP*, ne sont pas redondants mais complémentaires des objectifs nationaux. Ils sont plus exigeants que ces derniers et permettent de conserver l'avance de l'institution dans ce domaine. Néanmoins des efforts restent à produire sur notamment :

- les effectifs des équipes opérationnelles d'hygiène ;
- la surveillance des infections du site opératoire (ISO) ;
- la surveillance de la consommation d'antibiotiques ;
- la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes ;
- la prévention de la légionellose ;
- la couverture vaccinale des patients en SSR et SLD.

*Les signalements aux autorités sanitaires* d'infections nosocomiales portent chaque année sur environ 90 à 100 cas. M. JARLIER évoque la gestion des signalements par l'équipe opérationnelle d'hygiène, indique que les principaux motifs de signalement externes concernent les épidémies et mentionne dix-huit décès (pour huit signalements) représentant une faible partie des décès dus aux infections nosocomiales. Au fil du temps, la culture de la révision des décès anormaux progresse dans les pratiques, déclare-t-il.

Puis il cite l'exemple des aspergilloses, d'origine toujours multi-factorielle, qui ont fait l'objet de quatre signalements et de cinq décès en 2007 et l'exemple des cas de tuberculose, chez des membres du personnel, qui entraînent le rappel d'un nombre élevé de patients.

Enfin, les nombreuses épidémies d'entérocoques enregistrées à l'AP-HP ces dernières années ont conduit le siège à proposer des mesures renforcées, adoptées par le ministère de la santé en 2006. Depuis, le nombre de cas a diminué ainsi que la durée des épidémies.

**Mme DEGOS** demandant des éléments chiffrés récents sur la vaccination à l'AP-HP contre le virus de l'hépatite B, **M. JARLIER** répond manquer de données précises. Cependant, on constate globalement que la couverture s'avère correcte pour le personnel non universitaire ; elle n'est pas connue pour le personnel universitaire qui relève de la médecine du travail de l'université.

Les vaccinations obligatoires sont vérifiées par les médecins du travail de l'AP-HP pour l'ensemble du personnel, signale **M. CHOUDAT**. Le déploiement d'un dossier médical informatisé des agents sur l'ensemble de l'AP-HP est maintenant achevé. Ce logiciel, CHIMED, est commun à l'hôpital et à certaines universités. Il permettra d'obtenir dans les années à venir des données plus précises sur la couverture vaccinale.

Deux facteurs préoccupent **M. FAGON**. L'un porte sur les nombreux travaux à réaliser sur différents sites de l'AP-HP, parfois dans des lieux sièges de patients immunodéprimés. Eu égard au risque majeur d'aspergillose, il importe, estime-t-il, de ne pas s'obstiner à maintenir sur place ces patients même avec l'intervention de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

L'autre s'adresse aux cas de tuberculose parmi les personnels soignants lesquels génèrent de grandes manœuvres de rappel de patients. En outre, le constat d'une dégradation de l'état général de certains soignants et le taux croissant des cas de tuberculose parmi ces personnels au cours de l'année 2008, imposent une extrême vigilance. Aussi, doit-on suggérer aux personnes concernées de consulter la médecine du travail ou leur médecin dès les premiers signes d'une altération de leur santé.

Le **vice-président** salue la qualité du travail réalisé autour de la question des infections nosocomiales.

### **III- Plan d'action de la formation médicale continue pour l'année 2008.**

Ce dossier fait l'objet d'une présentation à deux voix (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Pour sa part, **M. GALANAUD** se propose d'exposer le travail du comité d'orientation de la formation médicale continue (COFMC) après environ trois mois de fonctionnement.

Les objectifs visent à :

- obtenir (objectif atteint) l'agrément de l'AP-HP par le conseil national de la formation hospitalière pour la formation médicale continue (FMC) ;
- proposer des formations d'excellence en s'appuyant sur les forces de l'institution ;
- répondre aux besoins des praticiens et de l'institution.

Après avoir décliné le calendrier des réunions, M. GALANAUD précise à propos des quatre commissions spécialisées prévues dans le cadre du COFMC, qu'il attend la parution d'une nouvelle réglementation pour celle dédiée aux situations professionnelles formatrices. Pour celle relative au dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se met en place une interface en lien avec la commission de la qualité et de la sécurité des soins et la commission de la vie hospitalière. Une réunion commune se tiendra au mois de septembre.

### **- La commission des formations présentielles.**

Cette commission est, pour mémoire, chargée du plan de formation et de l'attribution des aides financières individuelles. Des modifications de procédures ont été introduites dans les modalités de fonctionnement de cette commission notamment :

- le regroupement des demandes d'aides pour la participation aux congrès afin de disposer d'une vision globale ;
- la transmission des dossiers des candidats sous forme numérique ;
- l'avis explicite du chef de service et du responsable de pôle sur chaque demande ;
- le principe, pour les séjours à l'étranger, d'un contact direct avec le chef de service et/ou avec le candidat.

L'analyse des deux premières sessions montre :

- une acceptation de la majorité des demandes pour un montant de 146 000 euros ;
- un nombre identique de demandes pour le premier semestre 2008 à celui enregistré au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2007 ;
- un montant engagé au premier semestre 2008 comparable à celui engagé pour le même semestre de l'année 2007.

L'orateur détaille ensuite les motifs de refus ou d'acceptation de financement pour des demandes de séjour à l'étranger, de congrès avec ou sans communication, de financement d'études. Ces dernières demandes s'avèrent nombreuses, d'un coût variable parfois élevé, avec un important afflux à la session d'octobre. Leur impact pour l'institution est difficile à évaluer.

Neuf demandes de financement pour séjour à l'étranger ont reçu un avis favorable. Dans trois cas, il s'agissait de séjours de quelques semaines, pour des études ou acquisition de compétences ciblées, en relation avec un projet de service. Ces demandes de financement de séjours brefs ont des points communs avec certaines demandes de financement d'études, qui concernent la participation à des cours internationaux de haut niveau. Dans six cas, il s'agissait de séjour de recherche d'une année, pour des CCA, des praticiens hospitaliers ou des MCU-PH sur des projets cohérents avec les thèmes de recherche des services ou pôles de réinsertion des candidats.

Le comité de sélection des candidatures aux formations proposées dans le cadre de l'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) 2008 – 2009, a accepté vingt-huit demandes ainsi qu'une dizaine de formations pour des personnes hors AP-HP.

### **- La commission des formations individuelles et à distance.**

Les abonnements en ligne représentent près des trois-quarts du budget de la FMC et concernent cinq bases de données. La tendance montre une diminution du nombre de revues tandis que le coût des abonnements croît régulièrement. On note aussi une augmentation du nombre de téléchargements. Se pose la question de l'augmentation de l'offre ou de sa diminution pour dégager des marges de manœuvre, de même, celle de la diversification de l'offre avec UpToDate, sorte d'encyclopédie médicale en ligne focalisée sur la pratique médicale. L'outil ne couvre pas encore toutes les disciplines et l'abonnement reste d'un coût élevé.

L'été sera consacré à la réflexion sur le plan de formation 2009, de son contenu à la lumière de ce qui s'est passé en 2008 et des suggestions recueillies. De nombreux avis ont plaidé pour une plus grande utilisation de la vidéoconférence et de l'enregistrement vidéo des sessions.

A son tour, **M. PEURICHARD** trace les grandes lignes de la formation au management des médecins assurée pour l'essentiel par l'EMAMH née d'un partenariat original entre l'AP-HP, Paris VII et l'Ecole des Mines. Cette formation a été suivie par 765 médecins, dont 73 responsables de pôle ; on compte 45 demandes pour cette année.

Dans le cadre des orientations de la formation médicale continue, trois éléments sont à noter :

- les contenus des formations répondent-ils aux exigences de l'institution et à l'actualité ;
- l'université Paris VII souhaitant revoir le partenariat avec l'école, la présence universitaire et les modalités d'évaluation des connaissances sont-elles suffisantes ;
- l'offre de formation destinée aux médecins en particulier en matière de management, connaît une forte évolution au niveau général et s'est beaucoup diversifiée.

L'objectif sera de réexaminer cette question en septembre 2009, d'une part, par une mise à jour de l'offre accessible aux médecins aujourd'hui, et d'autre part, par une meilleure appréciation des besoins des médecins de l'AP-HP. A cette fin, un organisme professionnel prestataire serait chargé de définir ces besoins sur la base de questionnaires et de groupes de référents, comprenant des professionnels et des responsables de pôle. Les membres du comité d'orientation se demandent par exemple si le caractère diplômant des formations et le partenariat avec l'université sont importants pour l'institution ; M. PEURICHARD répond positivement à cette question.

Sur la base de ce travail, il indique en conclusion qu'une évolution du dispositif en matière de formation au management soit proposée.

Le **président** s'interrogeant sur une augmentation éventuelle de l'enveloppe budgétaire consacrée à la FMC si le nombre de demandes progressaient, notamment pour soutenir la mobilité ou la coopération internationale des jeunes collègues, **M. PEURICHARD** se dit prêt à solliciter et à justifier une augmentation de l'enveloppe consacrée aux séjours à l'étranger ainsi qu'à réexaminer la répartition des charges et des dépenses ; ce volet de la FMC constitue en effet un élément de la politique de fidélisation des médecins à l'AP-HP.

Concernant les abonnements, **M. BERCHE** pense envisageable de conclure un partenariat avec les universités et d'éliminer les revues jamais citées avec une modulation selon les disciplines. Il faudrait discuter avec les responsables des bibliothèques des universités en vue d'un tel partenariat. Par ailleurs, il souhaite connaître le budget consacré à l'EMAMH.

**M. DAVID** précise que le coût de production de l'EMAMH (tronc commun) s'élève à 25 000 euros au total, soit 2 000 euros par personne et **M. PEURICHARD** mentionne l'importante contribution en temps d'interventions des personnels de l'AP-HP.

Le **président** déclare que M. RYMER mène une réflexion sur le positionnement de l'EMAMH à visée d'ajuster sa capacité de répondre pleinement aux attentes et de s'adapter à un environnement en évolution.

Par ailleurs, il tient à attirer l'attention de l'assemblée sur UpToDate. Il lui semble vain d'accepter l'offre d'une mise à disposition gratuite de huit mois sans s'y abonner à terme. Un groupe de travail devrait préparer la décision à prendre concernant cet outil, avise-t-il.

Les adjoints de **M. CAPRON** considèrent l'outil indispensable en médecine interne. Lui-même ne peut se prononcer pour les autres spécialités, n'ayant aucune expérience personnelle de l'outil. Néanmoins, il opte en faveur d'une mise à disposition expérimentale.

**Mme DEGOS** demandant le nombre de revues supprimées et obtenues par le biais d'UpToDate, **M. GALANAUD** répond que l'impact de cette suppression doit être étudié. La suppression des revues totalisant moins de cinquante connexions par mois aurait un impact financier limité car les éditeurs proposent des abonnements en « package ». La tendance sera probablement une diminution du nombre de revues en ligne pour ne conserver que les meilleures.

Il importe de distinguer deux catégories de revues : celles consultables immédiatement, celles accessibles au coup par coup. Mais, signale **M. GALANAUD**, les éditeurs s'organisent pour que la seconde possibilité soit complexe et semée d'embûches.

Il s'avère indispensable pour l'ophtalmologie, peu concernée par UpToDate, observe **Mme Brigitte GIRARD** de consulter des revues spécialisées d'excellente qualité internationale même si elles n'ont pas nécessairement l'*impact factor* comme le Lancet. Cette notion d'*impact factor* résulte de la qualité du journal mais aussi du nombre de lecteurs. Une spécialité comptant moins de spécialistes aura moins d'impact, de ce point de vue, qu'un journal de médecine interne. Il est donc nécessaire de poursuivre les abonnements spécifiques en ophtalmologie tout en permettant à ces services un accès aux revues plus généralistes par UpToDate par exemple.

Il convient d'interroger les collégiales sur les revues qu'elles considèrent pertinentes, déclare le **président** estimant utile d'assurer une information large sur les actions de la FMC. A cette fin, il suggère que le COFMC adresse une lettre à l'ensemble des CCM et la rende accessible sur le site de la CME.

#### **IV- Plan stratégique futur : mise en place des groupes de travail thématiques.**

Dans le cadre de la préparation du projet médical du futur plan stratégique, des groupes de travail thématiques brosseront avant la mi-novembre un tableau de l'offre et de la demande de soins par spécialités. Un médecin et un directeur coordonneront chaque groupe que le **président** invite à rejoindre, le cas échéant.

Les travaux de ces groupes, informe **M. FAGON**, débuteront prochainement et dès la rentrée, ils étudieront de manière plus précise les organisations et les offres de soins de l'AP-HP. Les orientations annoncées concernant les regroupements hospitaliers constituent un élément majeur de la réflexion.

La lettre de mission adressée aux pilotes de ces groupes appelle notamment à réaliser une analyse complète et détaillée des évolutions de la demande de soins dans la thématique concernée, en centrant l'analyse sur les pathologies nécessaires à une prise en charge hospitalière, sans ignorer les aspects de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique, et parallèlement à réaliser une analyse de l'évolution des prises en charge liée à l'avancée des connaissances et aux innovations scientifiques, techniques et organisationnelles.

Puis **M. FAGON** donne lecture des treize groupes constitués dont les coordonnées électroniques et téléphoniques des pilotes figurent sur le site de la CME, chaque groupe étant supporté par un référent au sein de la direction de la politique médicale pour des raisons de logistique et pour apporter des éclairages sur la répartition régionale des activités.

Les travaux doivent aboutir avant le 11 novembre dans la rédaction d'un texte de cinq à huit pages.

**V- Avis sur le renouvellement des membres de la commissions locales d'activité libérale.**

**M. FAGON** présente à l'assemblée **M. GOTTSMANN**, responsable du département des ressources humaines médicales de la DPM.

**M. GOTTSMANN** expose le dossier relatif à la désignation par la CME de deux membres pour chacune des vingt-deux commissions locales d'activité libérale (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

**M. GARABEDIAN** informe avoir décliné l'offre de siéger à la commission locale d'activité libérale de l'hôpital Henri Mondor, aussi, afin de compléter la liste des personnes soumise à l'avis de l'instance, il propose la candidature de **M. AUDRY**, exerçant l'activité libérale à l'hôpital Armand Trousseau.

La CME approuve à l'unanimité la désignation proposée pour le renouvellement des commissions locales d'activité libérale.

**VI- Avis sur des contrats d'activité libérale.**

Le nouveau contrat d'activité libérale et le renouvellement de onze contrats d'activité libérale sont adoptés par 33 voix pour, 4 voix contre et 4 abstentions.

**VII- Information sur les internes en surnombre et sur la sélection des résidents étrangers des hôpitaux de Paris.**

En préambule, **M. CAPRON** annonce que le groupe des internes et résidents étrangers de la commission temps et effectifs médicaux de la CME se réunit régulièrement notamment afin de communiquer clairement sur les différents statuts d'internes et les possibilités de recrutement d'internes.

Le premier travail de fond réalisé concerne les internes en surnombre répartis principalement de la manière suivante :

- les internes originaires des régions hors Ile-de-France, en stage inter-CHU ;
- les résidents étrangers des hôpitaux de Paris ;
- les internes médaillés.

Puis il invite l'assemblée à se conférer au document qui lui a été transmis lequel, une fois validé par la CME, sera affiché sur son site et diffusé largement au sein de l'institution.

Pour sa part, **Mme DEAL** engage l'information sur la sélection des résidents étrangers des hôpitaux de Paris pour la période 2008 – 2009 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME), objet depuis deux ans, d'une modification de la procédure, qu'elle explique. Le jury a sélectionné trente-cinq dossiers, contre vingt-cinq l'an dernier, sur les quatre-vingt-douze déposés dont soixante et onze étaient recevables.

Cette désignation concerne vingt et une spécialités, dont six en pédiatrie et cinq en neurologie, pour vingt-deux pays représentés. Les candidats sont affectés dans seize hôpitaux. L'administration espère que les évolutions de procédure permettront une meilleure représentation des pays étrangers, des disciplines et des établissements.

### **VIII- Information sur les candidatures des internes aux stages interrégions pour le semestre de novembre 2008 à mai 2009.**

**M. CAPRON** décline les différentes catégories de transferts d'internes pour la période concernée (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME) :

- les internes provinciaux sollicitant un stage à l'AP-HP. Sur les cent quarante-trois demandes, dont quatre lauréats de la médaille, cent vingt-cinq ont obtenu un avis favorable ;
- les internes d'Ile-de-France sollicitant un stage hors subdivision d'origine. On enregistre soixante-quatre candidatures ainsi réparties :
  - dix-sept dans les services de province pour quinze retenues,
  - vingt-sept dans les services hospitaliers des DOM-TOM pour vingt retenues,
  - quatorze à l'étranger pour cinq retenues,
  - six dans les services de santé des armées pour quatre retenues.

**Mme DEAL** souligne la forte augmentation du nombre d'internes de province arrivant à Paris résultant de la hausse du nombre de postes d'internes déployés en province alors que leur nombre tend à se réduire à Paris. Ces évolutions découlent de la nouvelle répartition de la démographie médicale sur le territoire français. Les décisions publiées dans le Journal officiel d'hier augurent une poursuite de cette tendance.

Puis à l'adresse du **président** qui souhaite connaître la répartition annoncée des internes, **Mme DEAL** précise que le nombre d'internes a augmenté de quatre-cents au plan national mais diminué de dix en région Ile-de-France. En médecine, le nombre d'internes s'avère stable depuis quatre ans malgré l'augmentation du nombre d'internes dans le cursus à hauteur de mille internes environ. En chirurgie, le nombre d'internes reste stable par rapport aux deux dernières années après un accroissement au cours des années précédentes. En psychiatrie, on note une diminution importante passant de quarante postes à trente-six postes soit une diminution de 10 %. Dans toutes les autres disciplines, les quotas attribués se révèlent sensiblement équivalents à l'année dernière sauf en médecine du travail et en biologie médicale, où l'on passe de onze postes à six postes.

Le **président** demandant les moyens d'actions pour influencer sur cette répartition et qui la décide, **M. BERCHE** dit savoir simplement que cette répartition procède de l'idée selon laquelle les internes réalisant leur internat en province seront attachés à la province. A ses yeux, il résulte de ce principe, des internes moins bien formés car dans une petite ville de province, seuls un ou deux services peuvent les former dans une discipline donnée. Lorsque ce service est en perdition et ne publie rien, comme c'est le cas de dix ou quinze CHU, les internes sont très mal formés. Ils essaient alors de revenir à Paris et présentent des demandes inter-CHU. L'afflux considérable de ces demandes constitue une perversion du système. Il vaut mieux que les internes soient très bien formés dans d'importants CHU puis les obliger à aller en province. La répartition appartient au ministère de la santé et à **M. DESMONT** en particulier. L'intention de mieux répartir les médecins est louable mais la méthode choisie peu pertinente.

### **IX- Approbation du compte-rendu de la séance du 10 juin 2008.**

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité des votants.

## **X- Questions diverses.**

### **- La prime d'activité sectorielle et de liaison.**

Mme LE HEUZEY évoque la prime d'activité sectorielle et de liaison pour les praticiens hospitaliers en psychiatrie prévue par un texte paru en 2007, pour une mise en œuvre à compter de janvier 2007.

Sur les vingt-trois hôpitaux de l'AP-HP où exercent des psychiatres et des pédopsychiatres, seuls huit versent cette indemnité avec une date d'effet et de paiement variables.

La question est réglée pour l'année 2008, déclare M. FAGON. Il rappellera aux directeurs d'établissement les instructions relatives au paiement de cette prime conditionné par la transmission à l'administration des tableaux de service. Pour l'année 2007, ces tableaux ne sont pas encore parvenus à l'administration.

Le **président** invite Mme LE HEUZEY à veiller sur l'envoi à l'administration pour tous les services de psychiatrie au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre, les tableaux de service validés pour 2007. Le paiement de la prime s'en suivrait.

### **- Le compte épargne temps (CET).**

M. FAYE signale que les collègues praticiens hospitaliers nommés PU-PH voient que la rémunération des jours épargnés leur est refusée, y compris pour la période de praticiens hospitaliers. Il demande des précisions sur cette position de l'administration.

Les textes sont clairs intervient M. FAGON : en changeant de statut, ces agents perdent leurs droits sur les jours accumulés dans un CET.

\*

\*

\*

La séance est levée à 11 heures 50.

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

**Mardi 9 septembre 2008 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 27 août 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.