

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 13 FEVRIER 2007**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 10 AVRIL 2007**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 13 février 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Bilan des travaux du groupe personnel médical de la CME.
- 2- Bilan des travaux du groupe évaluation et finances de la CME.
- 3- Rapport de la mission sur l'hospitalisation à domicile.
- 4- Avis sur la modification du règlement intérieur type de l'AP-HP : la commission qualité et sécurité des soins de la CME et les comités locaux.
- 5- Avis sur la nomination du coordinateur des centres de prise en charge de l'hémophilie.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Avis sur les avenants aux conventions hospitalo-universitaires.
- 8- Avis sur une convention associant le centre hospitalier René Huguenin à l'AP-HP (UFR Paris Ile-de-France ouest).
- 9- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2007.
- 10- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007.
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 9 janvier 2007.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la validation de la période probatoire de 28 praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur la désignation d'un chef de service hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle.

Composition B

- Avis sur les emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU).

Composition A

- Avis sur les emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique ;

- *en qualité d'invités permanents :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen,
 - M. le Pr BERCHE, doyen,
 - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;

- *les représentants de l'administration :*
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - Mme WARGON, directrice déléguée à la coordination et au contrôle interne,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

 - M. le Pr BRODIN, responsable médical de l'hospitalisation à domicile,
 - M. CHEVALIER, direction des affaires juridiques et des droits du patient,
 - M. HAGENMÜLLER, directeur de l'hospitalisation à domicile,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme SAUVAGNAC, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mmes BOILEAU, FRANCES, TORRE et de MM. CHAUSSADE, GOËAU-BRISSONNIERE, MARY et NORDLINGER.

Avant d'examiner les points inscrits à l'ordre du jour, il évoque la démission de la CME de M. MADELENAT, suite à l'article paru dans la presse sur le thème de l'activité libérale qui le mettait en cause nominativement. M. MADELENAT n'a pas accepté cette pratique, que le président pour sa part, considère inacceptable.

Le président salue l'action constructive de M. MADELENAT au sein de la CME notamment à la présidence du groupe des structures, caractérisée par une rigueur et une droiture exemplaires, à l'image du remarquable bilan des travaux du groupe qu'il a présenté devant la CME.

I- Bilan des travaux du groupe personnel médical de la CME.

M. GUILLEVIN présente le rapport d'activité du groupe du personnel médical (GPM) de la CME qu'il préside (cf. document présenté en séance et sur le site de la CME).

Le groupe s'est réuni à quarante reprises avec une grande assiduité de ses membres. Son action s'inscrit dans quatre domaines d'attribution : la carrière des médecins ; la formation des médecins ; l'internat ; les gardes et astreintes.

La comparaison des effectifs médicaux présents à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en début et en fin de mandature de la CME montre une diminution du nombre de praticiens attachés, une stabilité de celui des praticiens hospitalo-universitaires et une augmentation modeste de celui des praticiens hospitaliers.

La carrière des médecins.

Le GPM s'intéresse à l'impact des modifications réglementaires et examine les dossiers individuels des personnels hospitaliers ou hospitalo-universitaires.

Les modifications réglementaires concernent :

- la constitution et la mise en œuvre de la commission de l'organisation et de la permanence des soins ;
- la procédure relative aux demandes de prolongation d'activité des praticiens hospitaliers ;
- la mise en place de la nouvelle procédure d'admission des médecins à diplôme hors-communauté européenne ;
- dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la procédure de désignation des responsables de pôles ;
- l'information régulière sur le nouveau statut des praticiens hospitaliers.

En quatre ans, le GPM a notamment instruit 1 271 demandes de nomination de praticiens hospitaliers dans le cadre de la révision des effectifs et s'est prononcé sur les 1 056 dossiers de nominations, mutations et divers mouvements des hospitalo-universitaires. Le rapporteur constate le nombre modeste des mobilités internes des hospitalo-universitaires et des praticiens hospitaliers.

La formation continue des médecins.

Le groupe a travaillé à partir des éléments existants comme l'école de management de l'AP-HP, les diverses formations et l'école de chirurgie et y a ajouté les revues en ligne dont il conviendrait d'augmenter le nombre.

De même, l'AP-HP devrait développer un site Internet de formation et d'information pour les médecins et patients sur le même modèle que celui des grands hôpitaux universitaires américains.

Les dossiers instruits pour la commission médicale d'établissement.

Ils concernent en particulier le volet médical du projet social et professionnel, les contrats d'activité libérale, les conventions et les recrutements de personnels médicaux hospitalo-universitaires des établissements liés par convention avec l'AP-HP.

De plus, la CME étant une instance de recours, le GPM a réexaminé des dossiers comportant des avis défavorables des comités consultatifs médicaux et arbitré des conflits au sein des hôpitaux.

M. GUILLEVIN met en exergue quatre constats majeurs :

- l'attractivité de l'AP-HP pour les praticiens, comme l'atteste le nombre de dossiers déposés ;
- une accélération modeste de la mobilité ;
- une amélioration de la titularisation de l'encadrement médical ;
- le choix exemplaire de l'AP-HP de titulariser des praticiens spécialistes des maladies rares.

L'internat.

On note la forte attractivité de l'AP-HP au regard chaque semestre des quatre-vingts demandes d'internes hors AP-HP pour effectuer leur stage inter-CHU à Paris, contre moins de trente demandes d'en partir. Ce surnombre a été rétabli durant le mandat.

L'accueil des internes s'est amélioré notamment grâce au travail de la commission université de la CME.

Le GPM a contribué de manière significative à l'organisation du fonctionnement de la carrière des internes et à l'amélioration de leur recrutement par filières et spécialités.

Si le nombre global d'étudiants en quatrième année du deuxième cycle des études médicales (DCEM 4) est passé de 897 à 1 432, le nombre d'internes inscrits dans le cursus en Ile-de-France a diminué car la majorité des postes a été créée dans des CHU de province.

Après avoir détaillé l'évolution du nombre de postes d'internes en Ile-de-France par filières, l'orateur indique que l'évolution globale du nombre d'internes s'avère favorable mais inégale selon les spécialistes.

Les gardes et astreintes.

La sous-commission du GPM présidée par MM. AIGRAIN et CHAUSSADE, a travaillé sur la nature des gardes, leur réduction et leur réaménagement. Un rapport dédié à ce thème sera présenté prochainement en CME.

Des souhaits à l'intention de la future formation du GPM.

A l'heure de la nouvelle gouvernance, a été conservé au GPM et à la CME un rôle dans le processus de sélection des candidats et de leur nomination. Cette fonction d'instruction et de choix des candidatures doit être maintenue.

L'examen des postes de praticiens hospitaliers par le prochain GPM devrait prendre encore plus d'ampleur avec une discussion sur le maintien des postes vacants.

La prochaine CME devra achever l'intégration des praticiens adjoints contractuels (PAC) initiée voici trois ans.

En outre, il faut adopter une attitude plus ouverte sur la mutualisation des moyens pour la création des nouveaux postes.

Pour finir, M. GUILLEVIN remercie tous les membres du GPM ainsi que l'équipe de la direction de la politique médicale pour son aide constante.

Du point de vue du **président**, l'importance du travail accompli par le groupe des structures et par le groupe du personnel médical est insuffisamment relayée.

Le bilan révèle une absence consternante de mobilité laquelle constitue pourtant un des avantages considérables offerts par l'AP-HP. Si les membres de l'actuelle CME ont commencé à réfléchir aux difficultés et aux obstacles à la mobilité au sein de l'AP-HP, la future CME devra poursuivre ce chantier car une mobilité accrue de ses médecins serait profitable à l'institution.

Il souligne aussi la contribution au GPM de M. CHAUSSADE et M. AIGRAIN lequel présentera prochainement le travail important réalisé sur les gardes et astreintes.

Par ailleurs, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, il faut approfondir la réflexion sur la répartition des rôles entre le GPM et la CME sur certains dossiers bien que des avancées ont déjà été réalisées.

M. CORIAT observe qu'un grand nombre d'emplois de praticiens hospitaliers a été créé avec des enveloppes budgétaires allouées pour couvrir des demi-journées dans le cadre de l'aménagement de la réduction du temps de travail (ARTT). Il faudra s'assurer lors des futures créations de postes de praticiens hospitaliers, que ces postes seront accordés pour supprimer les plages additionnelles et réduire le niveau des comptes épargne-temps.

S'agissant de la mutualisation des moyens, il semble nécessaire à **Mme DEGOS** de réfléchir à une nouvelle méthode de répartition des postes de praticiens hospitaliers. Les postes vacants sont actuellement distribués en fonction davantage de la capacité du président de CCM et du chef de service à conserver les postes plutôt que des réels besoins des services.

Par ailleurs, une partie de la formation des jeunes médecins, internes ou chefs de clinique, dépend de leur présence dans les congrès internationaux organisés par les sociétés savantes, fréquemment à l'étranger. Actuellement, leur seul moyen de participer à ces séminaires consiste en des voyages émanant de l'industrie pharmaceutique. Aussi estime-t-elle que l'institution devrait les aider plus activement à prendre part à ces conférences.

M. CARLI aborde un sujet financier qui interpelle la communauté médicale et concerne en particulier l'anesthésie-réanimation et les urgences.

La direction des finances envisage de supprimer la possibilité de financer les postes de praticiens contractuels à partir de postes de titulaires vacants, or ce mode de recrutement s'avère important pour les anesthésistes-réanimateurs. Depuis quelques jours, on ne peut plus prendre un praticien à l'essai par ce biais qui lui permet d'acquérir un certain niveau en termes de qualification, de titres et travaux. On est obligé d'ajouter au poste de titulaire l'équivalent financier de six demi-journées, un coût impossible à supporter dans le contexte actuel.

L'intervenant attire l'attention de l'instance sur cette mesure car si elle devait perdurer, elle empêcherait de recruter cette année entre deux et cinq anesthésistes par service, engendrant des conséquences désastreuses sur la productivité. Il aimerait une clarification rapide de la situation et des instructions précises de la direction des finances.

Le groupe du personnel médical et la CME ne doivent pas jouer un simple rôle d'enregistrement insiste **M. AIGRAIN**. Ainsi, s'agissant des nominations de responsables de pôles, le GPM a regretté que le résultat des commissions d'audit local lui ait été soumis uniquement pour avis conforme. La CME doit conserver pense-t-il, la possibilité de mener des expertises.

Certaines difficultés réglementaires devront être levées pour permettre à la commission de se prononcer sur les nominations au sein des structures internes des pôles lorsqu'elles sont aussi importantes que la création de nouveaux services. S'agissant de décisions stratégiques pour l'institution, il s'avère donc essentiel que l'instance s'exprime sur celles-ci, même si l'évolution des textes complique quelque peu le processus.

En réunion de bureau de la CME a été évoquée la création éminemment stratégique d'un service à l'hôpital Bicêtre, or la réglementation fait que la CME pourrait ne pas se prononcer sur ce dossier.

M. LACAU ST GUILY évoque la dévolution aux comités consultatifs médicaux d'un certain nombre d'actions. Il pense que les instances centrales jouent un rôle important de régulateur dans l'ordonnement du fonctionnement de l'AP-HP. Le GPM doit conserver ce rôle primordial d'arbitrage, sans déléguer ses compétences aux CCM. Il rappelle qu'il peut exister des conflits autour des prérogatives respectives entre le responsable de pôle et le chef de service.

L'essentiel consiste, estime-t-il, à nommer un praticien de qualité à un poste justifié par son activité et son positionnement dans la structure.

En 2003, déclare **M. GUILLEVIN**, l'instance a tenté de déléguer de nouvelles compétences aux CCM qui disposent notamment du pouvoir de désignation des responsables d'unités fonctionnelles. Le GPM a eu l'occasion de constater la difficulté pour les CCM de démettre les responsables d'unités fonctionnelles, l'intervention du groupe était alors appréciée localement. L'arbitrage d'une instance centrale permet aux instances locales d'échapper à certaines décisions délicates.

M. BERCHE demandant l'âge moyen des praticiens hospitaliers, le nombre qui partira à la retraite dans les cinq années à venir et le taux de leur renouvellement, **Mme PORTENGUEN** répond que l'administration connaît leur âge moyen par spécialité médicale, sait par exemple que 50 % des effectifs de praticiens hospitaliers en anesthésie ont plus de cinquante ans et le **président** mentionne l'utilité de diffuser ces chiffres qui figurent certainement dans le projet social.

La diminution du nombre de postes d'internes en physiologie au cours de la dernière décennie s'explique selon **M. DUSSAULE** par le transfert de postes d'internes en explorations fonctionnelles physiologie vers la médecine en raison des carences de postes dans les services de médecine. Dans le cadre de la prochaine mandature de la CME, il serait important de réfléchir au retour de postes d'internes dans ces services de physiologie et en biologie. Dans le cas contraire, on s'exposerait à des difficultés considérables dans les dix prochaines années, tant pour la formation que pour le remplacement des praticiens séniors.

Les travaux présentés montrent clairement l'intérêt et l'efficacité du GPM indique le **directeur général** qui s'associe aux remerciements et félicitations formulés par les membres de la CME.

Un certain nombre de thèmes restent à traiter : l'amélioration de la fonctionnalité et de l'ergonomie du site Internet, la situation des PAC et la mobilité des praticiens laquelle nécessitera certainement un travail approfondi avec la composante universitaire.

L'approche proposée visant à faire remonter au GPM ces sujets lui paraît essentielle en terme de rigueur de traitement. Au cours de la prochaine mandature, sans remettre en cause leurs prérogatives, il faudra adapter le calendrier des différentes instances au regard du principe général de la gouvernance, et en particulier celui de la CME.

En 2006, le plan équilibre a été respecté ; en 2007, il faut rester extrêmement rigoureux sur certains éléments de gestion, dont les personnels médicaux. La direction générale n'a fixé aucune règle concernant le non-remplacement par un praticien contractuel sur un poste de praticien hospitalier vacant. Chaque cas doit être examiné individuellement dans le cadre de l'établissement, du pôle et de la discipline concernée afin d'aboutir à des solutions adaptées. Il n'est pas envisageable de ne pas recruter des anesthésistes au prétexte que les postes vacants devraient être gelés pour des raisons financières.

Il convient de raisonner en terme d'équilibre général au niveau de l'AP-HP et de s'assurer du bon fonctionnement des services. Les cas problématiques soulevés seront examinés et traités par M. NAVARRO.

Au terme du débat, le **président** requiert la rédaction d'un court texte accompagnant la présentation de M. GUILLEVIN afin de la publier sur le site de la CME.

II- Bilan des travaux du groupe évaluation et finances de la CME.

M. SCHLEMMER, président du groupe évaluation et finances, est invité à prendre la parole (cf. document présenté en séance).

Les missions assignées au groupe.

Les missions assignées au groupe s'inscrivent dans la continuité de nombreuses actions engagées dans le cadre de la mandature précédente.

L'objectif du groupe visait à assurer par l'évaluation :

- l'ajustement optimal des moyens, les recettes, aux cibles définies, les besoins médicaux, dans le cadre du nouveau système de tarification et de dotation budgétaire ;
- la promotion de la qualité, de l'efficience et de la sécurité, en intégrant la dimension « innovation ».

Le groupe a conduit ce travail, dont la méthodologie variait selon les sujets, en interface étroite avec la CME, la direction de la politique médicale et la direction des finances, en particulier sur trois points :

- l'évaluation des activités ;
- l'évaluation des pratiques, la sécurité des patients et la qualité de la prise en charge médicale ;
- l'accréditation des établissements de santé.

Le groupe s'est réuni quatre à six fois par an en moyenne, outre les sollicitations directes du siège.

Après avoir remercié les membres du groupe évaluation et finances et toutes les personnes qui se sont associées aux travaux, l'orateur décline les thématiques étudiées :

- l'évaluation des activités, l'analyse médico-économique et le codage ;
- les analyses par discipline, concernant les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins de longue durée (SLD), l'hépto-gastro-entérologie médicale et chirurgicale et la pathologie cardiovasculaire ;
- la tarification à l'activité (T2A) ;
- l'accompagnement et la pédagogie nécessaire à la mise en place du plan équilibre ;
- le suivi et l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux coûteux, dans la continuité du programme MEDINNOV.

L'accompagnement de la mise en place de la T2A.

Le groupe évaluation et finances a travaillé notamment sur l'utilisation de nouveaux outils d'analyse de l'activité et de la performance médicale avec le département de l'information médicale (DIM) de la DPM et sur les visions par établissement, discipline, service en comparant avec les établissements hors AP-HP. Des discussions entre le groupe et le siège on retient :

- les effets pervers de la référence permanente à la moyenne ;
- le problème des soins de recours et la place laissée à l'innovation médicale ;
- les difficultés récurrentes du codage ;
- la recherche des freins à l'activité, notamment l'aval des urgences ou la disponibilité du plateau technique.

Quatre objectifs fondamentaux se dégagent dans la mise en œuvre de la T2A : augmenter l'activité ; valoriser les actes ; suivre les durées moyennes de séjour (DMS) ; maîtriser les ressources. Le groupe évaluation et finances a souhaité compléter la vision gestionnaire de ces sujets en apportant une vision médicale.

Après avoir indiqué qu'il a participé au comité central de pilotage de la T2A décliné en quatre groupes de travail qui ont contribué à affiner les décisions prises au sein de l'institution, M. SCHLEMMER évoque les interrogations et les attentes des médecins concernant la réforme et l'aide au codage.

Le groupe évaluation et finances a aussi travaillé à :

- promouvoir les bonnes pratiques en matière de médicaments, de recours aux plateaux médico-techniques et de prestations réalisées hors AP-HP ;
- comprendre l'enjeu des conférences budgétaires, s'approprier le concept d'efficience et développer une culture de la comparaison ;
- garder un « parler médical », le malade et ses besoins demeurant au centre des préoccupations.

La gouvernance.

Les principaux points d'implication du groupe évaluation et finances dans l'application de la gouvernance concernent notamment :

- la sensibilisation et la formation aux enjeux de la T2A ;
- l'introduction d'une dynamique de comparaison ;
- les liens développés avec certaines disciplines ;
- le travail sur le codage et l'évaluation des activités ;
- les enjeux médicaux et la déclinaison sur le terrain de la gouvernance ;
- la nécessaire appropriation des concepts par le terrain et les retours concrets dans les services et les pôles ;
- la contribution à la prise de décisions stratégiques.

La politique de la qualité.

Il s'agit du deuxième axe de travail majeur du groupe évaluation et finances. Outre, l'accréditation, la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles, le groupe évaluation et finances a travaillé sur la dynamique de promotion de la sécurité des patients, en particulier grâce aux revues de morbidité-mortalité ou à l'analyse des événements graves. A cet égard, dans le cadre de cette politique de la qualité, avec les présidents de CCM et la DPM, le groupe s'est attaché à donner une certaine visibilité à la politique institutionnelle de promotion de la qualité de la prise en charge des malades, tout en laissant une large part aux initiatives locales des CCM. Cet enjeu à la fois local et institutionnel doit être pris en compte.

La conclusion.

M. SCHLEMMER retient plusieurs points positifs, notamment la qualité et l'intensité des échanges entre le groupe évaluation et finances et les directions du siège, les multiples interactions avec la CME, le siège, les hôpitaux et les disciplines, en particulier dans un contexte de réformes et de contraintes budgétaires. Ces interfaces étaient indispensables pour faire à la fois descendre au niveau des hôpitaux les informations et remonter vers le siège les réserves émanant du terrain.

Les prérogatives du groupe évaluation et finances se sont étendues à des éléments de gestion et à la mise en place de la politique de qualité et de sécurité.

Il mentionne ensuite certains points négatifs en particulier une mobilisation insuffisante des membres du groupe. Si la future formation de la CME entend réellement prouver qu'elle se préoccupe des thèmes évoqués, elle devra imposer un nombre minimum de membres inscrits dans le groupe.

Tant sur les éléments de gestion que sur les éléments de la politique de qualité, il existe un risque de décalage chronologique entre le groupe évaluation et finances, la CME et le conseil exécutif.

Le futur groupe évaluation et finances ou la future commission qualité devra peut-être se concentrer sur un travail de fond et la préparation de dossiers.

Enfin, les connexions entre le groupe et les commissions locales d'évaluation des hôpitaux souvent composées de deux ou trois personnes, ont été insuffisantes. Il convient de développer ces interfaces tant pour les aspects de gestion que pour la promotion de la politique qualité.

Le **président** salue le travail accompli et souligne l'évolution des missions du groupe avec l'arrivée de la T2A, de la nouvelle gouvernance et de la politique de la qualité.

Dans la perspective de la mandature à venir, **M. LEVERGE** formule une demande. Selon lui, avec la T2A, l'AP-HP sera prochainement confrontée à des enjeux financiers et de qualité qui reposent sur le contrat de bon usage signé avec l'assurance maladie et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Le directeur général signe au nom de l'institution l'avenant prévoyant une vérification du respect des engagements 2006 au 15 octobre 2007. Le respect de ces engagements pose un problème de faisabilité pour deux ordres de raisons :

- la totalité des 6 000 médecins seniors n'est pas complètement informée ou convaincue du poids de cette organisation de l'évaluation ;
- l'absence de temps pour développer le savoir-faire, les outils techniques et les systèmes d'information nécessaires pour agir efficacement dans ce domaine.

Ce dossier est actuellement suivi par le cabinet du directeur général, la DPM et quelques collègues dont il fait partie au sein d'un comité de pilotage « du bon usage ». Il souhaite que ce comité de pilotage puisse s'insérer dans le groupe évaluation et finances de la future formation de la CME, afin d'accentuer la mobilisation sur ce sujet, suggestion appréciée par le **président**.

M. RICHARD regrette que souvent les médecins ne soient pas suffisamment impliqués sur ces sujets et voudrait savoir d'une part, si l'enseignement de l'évaluation, de la qualité et de ses approches médico-économiques bénéficie d'une place définie dans le cursus de formation des médecins, d'autre part, si les études de médecine contiennent au moins des rudiments sur le fonctionnement de la T2A.

Les internes et les chefs de clinique remplissent au sein des services des missions importantes et beaucoup ont vocation à s'initier à la recherche clinique. A ce titre, l'intervenant demande si les sujets évoqués s'avèrent reconnus comme une thématique de recherche que les doyens sont susceptibles d'intégrer dans le cahier des charges d'un bon profil hospitalo-universitaire.

Au quotidien, les praticiens sont pris par les activités de codage ou de participation aux instances locales dont on devrait les soulager pour s'impliquer sur ces sujets. Il conviendrait qu'ils puissent échanger par exemple dans le cadre de séminaires avec des personnes travaillant au sein des commissions d'évaluation pour mieux en comprendre l'impact. Du point de vue de M. RICHARD, la majorité des collègues est convaincue de l'importance de cette démarche mais a besoin d'être accompagnée par la CME, le conseil exécutif et les directions locales.

M. BAGLIN déclare que la commission pédagogique nationale chargée de la réforme des études examine comment former les étudiants sur ces thèmes, notamment sur celui du dossier médical. La difficulté principale réside dans la demande de réduire de six à cinq ans les deux premiers cycles des études médicales, sachant que le DCEM4 est consacré en grande partie à l'examen classant national, pour l'enseignement théorique. Les étudiants de deuxième cycle peuvent comprendre ces problématiques mais n'y accorderont aucune importance si elles ne sont pas intégrées dans cet examen.

De nombreux praticiens hospitaliers ont été nommés dans les cellules informatiques intervient le **vice-président**, mais les hôpitaux n'ont pas recours aux aides à la codification contrairement aux établissements privés qui les utilisent. Il s'étonne qu'à l'AP-HP on n'ait pas accès à ces outils dans une pratique quotidienne et estime qu'ils devraient être diffusés de manière plus volontariste en son sein.

Suite à ces observations, **M. SCHLEMMER** apporte des précisions.

L'année dernière, à la demande de la conférence nationale des doyens et de la Haute autorité de santé, le groupe avait organisé une journée thématique sur l'enseignement de la qualité en médecine. Une première sensibilisation à cet enjeu majeur devrait être prévue dès le deuxième cycle, puis de manière plus accentuée dans des enseignements de spécialité du troisième cycle ; il devrait en être de même pour la recherche clinique.

S'agissant du temps médical consacré au codage, les hôpitaux pourraient favoriser le recrutement de techniciens dédiés à l'optimisation du codage. A cet égard, la CME ou un groupe évaluation a certainement un rôle à jouer en matière d'incitation et d'animation politique et collective.

Un des enjeux déterminant de la prochaine CME sera l'appropriation d'un certain nombre d'outils et de concepts par le terrain. Il faut que chacun comprenne la nécessité de s'intéresser à l'analyse médico-économique des activités qu'il exerce. Objectif médical et non de gestion, elle constitue le seul moyen d'accompagner des projets de réorganisation et de dégager des marges de manœuvre pour injecter de nouvelles ressources sur certains secteurs prioritaires.

Cet élément se révèle déterminant pour l'AP-HP, pour la future CME et pour la future commission évaluation.

M. NAVARRO ajoute que M. CHATELLIER, chef du département de l'information médicale (DIM) à la DPM, doit poursuivre l'effort engagé car il existe encore dans ce domaine une hétérogénéité frappante. Ce sujet, déjà souligné l'année dernière, sera mis en valeur dans le cadre des conférences activité, stratégie, performance (ASP).

Avec le DIM, la DPM effectuera un travail de terrain pour améliorer la pratique du codage et des co-morbidités, en veillant toutefois à ne pas trop charger les services.

III- Avis sur la modification du règlement intérieur type de l'AP-HP : la commission qualité et sécurité des soins de la CME et les comités locaux.

La parole est donnée à M. CHEVALIER pour exposer l'avant-projet de la mise en place à l'AP-HP de la commission qualité et sécurité des soins de la commission médicale d'établissement et des comités locaux. Ce projet peut être enrichi d'observations et d'amendements éventuels de la CME, avant sa présentation devant le conseil d'administration, probablement au mois de mars. Le texte proposé traduit les orientations arrêtées par le bureau de la CME réuni en décembre et janvier dernier (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le rappel du cadre juridique.

L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit la création d'une ou plusieurs sous-commissions, placées sous l'égide de la CME, chargées de la qualité et de la sécurité des soins. Le décret du 15 mai 2006 en précise les modalités de mise en place :

- la substitution des nouvelles commissions aux commissions *ad hoc* existantes ;
- l'introduction des nouvelles instances dans la réglementation des vigilances ;
- le cadre général est fixé par le décret, lequel renvoie au règlement intérieur de l'établissement pour la composition des commissions, la création des comités locaux et l'articulation entre les niveaux central et local.

L'organisation proposée.

La formation plénière.

Le terme retenu dans le projet, commission qualité et sécurité des soins, s'attache à accentuer l'idée d'une commission à part entière, dédiée à la question de la qualité et de la sécurité des soins. Elle comprendrait une formation plénière et des comités spécialisés en fonction des politiques de vigilances connues aujourd'hui.

Le règlement prévoit également la constitution d'un ou plusieurs comités locaux dans chaque hôpital, rattachés aux CCM.

La formation plénière serait composée :

- du président de la CME ;
- du directeur général ou de son représentant ;
- des présidents des différentes formations ou comités spécialisés ;
- de membres prévus par la loi ;
- d'un pharmacien, d'un odontologiste et d'une sage-femme désignés par la CME ;
- d'un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- d'un représentant du comité technique central d'établissement ;
- d'un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Aux missions précisées dans le décret le règlement intérieur ajoute :

- l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la rédaction d'un rapport annuel présenté à la CME et au conseil d'administration agrégeant les rapports des différentes formations spécialisées et incluant l'activité des comités locaux ;
- la composition précise des comités spécialisés : les comités *ad hoc* existants sont repris dans ces nouvelles formations spécialisés ;
- la définition des orientations d'activité des comités spécialisés et des comités locaux.

Par ailleurs la loi dispose que la commission doit être informée de tous les événements indésirables qui surviennent dans les établissements, des résultats de la certification, et recevoir les délibérations touchant au domaine des vigilances de chacune des instances consultatives centrales.

Les comités spécialisés.

Ils comprendraient :

- le président de la commission qualité et sécurité des soins ou son représentant ;
- un président et des membres permanents désignés par le directeur général sur proposition de la CME après avis du conseil exécutif central.

Chacun des comités exerce les missions et attributions réglementaires propres à son domaine de vigilance.

Le projet reprend les attributions actuelles des commissions centrales (infections nosocomiales, médicaments, douleur et alimentation), sous deux réserves : la création d'une formation dédiée à l'évaluation des pratiques professionnelles et celle d'une formation consacrée aux vigilances et rassemblant l'ensemble des correspondants chargés des différentes vigilances au siège.

Le niveau local.

L'organisation proposée reprend la configuration adoptée au niveau central. Chaque hôpital dispose d'une totale liberté pour créer en fonction de sa taille et de son activité un ou plusieurs comités rattachés au CCM.

La composition du comité local est fixée par le CCM tandis que le directeur de l'hôpital désigne les membres. Participeront également à ce comité :

- un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un représentant du comité local d'établissement ;
- un représentant du CHSCT ;
- un représentant de la commission chargée des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, qui devra assurer les missions réglementaires.

Le comité a en charge l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que la définition d'un programme d'actions et de recommandations annuelles à remonter vers la commission qualité et sécurité des soins, laquelle l'intégrera dans son rapport annuel.

L'articulation entre les instances centrales et locales sera définie chaque année par la commission qualité et sécurité des soins, qui précisera les conditions dans lesquelles les comités locaux exerceront leur activité. Elle prévoira la possibilité d'inviter les représentants des comités locaux dans les formations spécialisées.

Les recommandations, avis et programmes définis au niveau local ou par les formations spécialisées devront être intégrés dans le rapport annuel que la commission qualité et sécurité des soins rendra chaque année au conseil d'administration.

M. NAVARRO donne lecture de trois modifications du projet, entérinées par **M. de PROST** et demandées par M. BERGMANN, président de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) :

- ajouter page 2, chapitre 1-1, dans le descriptif des missions de la formation plénière : « fixe les principes-cadres d'organisation, de fonctionnement et *d'animation* des comités locaux ».
- Supprimer page 4, chapitre 2-1 :
 - dans le titre : *et juste prescription* ;
 - dans l'avant dernier paragraphe : *co-présidé par le CEDIT et la formation chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles*.

M. LEVERGE intervient pour expliciter son interprétation de l'esprit de la loi au regard de la déclaration au Président de la République sur la nouvelle gouvernance, disponible sur Internet : « *Les divers comités et commissions de vigilances réglementaires, jugés trop nombreux, seront remplacés par une ou plusieurs sous-commissions de la commission médicale d'établissement créées à cet effet par le règlement intérieur. Il doit en résulter une simplification de leur fonctionnement. [...] Les établissements les plus importants pourront, s'ils le souhaitent, maintenir sous cette nouvelle organisation l'ensemble des commissions existantes* ». Les deux seuls comités cités tout au long de la déclaration sont le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et la COMEDIMS qui reprennent les deux mots-clés de l'accréditation et de la certification, c'est-à-dire la qualité et la sécurité. Or ces deux notions, à travers le contrat de bon usage, renvoient directement au CLIN et à la COMEDIMS.

Aussi, il ne partage pas l'orientation prise par l'AP-HP et à ce titre il démissionnera de toutes les structures dans lesquelles il siège aujourd'hui. Il considère que le règlement intérieur n'a pas à aller à l'encontre de l'esprit des lois et du texte, ce qui sera pourtant le cas si personne ne s'oppose à ce projet.

Il souhaite constructive cette déclaration solennelle afin de contribuer à doter la future CME d'outils efficaces en matière de qualité et de sécurité des soins.

M. SCHLEMMER pense qu'il faut en effet s'intéresser à l'esprit des textes. Cependant, ses conclusions diffèrent de celles de M. LEVERGE. Selon lui, le texte vise à donner une plus grande visibilité aux citoyens sur la politique de la qualité des établissements de santé et à apporter une réponse plus appropriée et transparente à l'exigence de sécurité des citoyens et de ceux qui les représentent.

Une commission clairement chargée de la qualité et de la sécurité pourra centraliser l'ensemble des éléments déjà existants ou à développer et aussi permettre aux collègues de retrouver certains éléments auxquels ils sont habitués et qui fonctionnent depuis longtemps, tant au niveau central qu'au niveau local, tels la COMEDIMS, les CLIN ou les comités de liaison en alimentation (CLAN).

Par ailleurs, certains éléments présentés invitent les établissements à mettre en place des systèmes instantanés et réactifs de détection des événements indésirables ; ainsi une cellule de veille permanente doit être déployée à l'échelle locale.

Aucune structure existante ne se voit retirer ses prérogatives, il s'agit simplement de regrouper ces éléments dans un bloc « qualité ».

En outre, estime-t-il, la « juste prescription » concerne l'ensemble des prescriptions. A cet effet, même si les échanges entre la COMEDIMS et la commission qualité et sécurité des soins devront être extrêmement étroits en la matière, il convient de s'assurer que le champ de la juste prescription sera identifiable dans son intégralité, avec toutes les interfaces nécessaires.

La visibilité extérieure sera plus grande avec une commission unique, supervisant l'ensemble de la politique qualité de l'établissement.

M. FAGON souscrit pleinement aux propos de **M. SCHLEMMER**.

Il paraît important à **M. RICHARD** que la CME assure un rôle de pilotage sur l'ensemble des sujets portant sur la qualité et la sécurité des soins.

Au cours des dernières années, si la CME a été régulièrement informée de l'activité de la COMEDIMS, du CLIN et des autres structures de vigilance, il a l'impression que la CME et donc la communauté médicale, ne s'impliquaient pas suffisamment dans les orientations et le pilotage des différentes actions.

Dans ce contexte, la création d'une commission supplémentaire ne lui semble pas gênante car il s'agit d'identifier la responsabilité de la CME et de ses membres en matière de qualité et de sécurité des soins.

D'accord avec ce point de vue, **Mme DEGOS** considère important que les CCM qui vont se former désignent chacun une commission qualité et sécurité des soins regroupant les correspondants pour ces différentes thématiques.

La CME émet un avis favorable par 23 voix pour et 5 abstentions au projet de modification du règlement intérieur de l'AP-HP.

IV- Rapport de la mission sur l'hospitalisation à domicile.

Le **président** introduit le dossier en soulignant le rôle majeur joué par l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le volet de l'aval des malades au sein du plan stratégique. Il faut également appréhender ce dossier et y réfléchir dans la perspective d'une vision future de l'HAD.

L'exposé, indique **M. HAGENMÜLLER**, se propose de dresser le bilan de l'HAD et de décrire les orientations envisagées (cf. document mis sur table en séance).

La mission portait sur deux sujets :

- les segments d'activité créés dans le plan stratégique ;
- l'organisation et le fonctionnement de la structure de l'HAD,

tandis que parallèlement à ce travail, **M. DENORMANDIE** étudie l'amélioration du processus de sortie de l'hôpital. Les deux démarches convergent totalement.

La méthode suivie reposait sur des entretiens et des tournées avec les personnels de l'HAD. L'insuffisance de données statistiques pertinentes et validées constituait une réelle difficulté méthodologique.

Pour sa part, **M. BRODIN** rappelle les éléments de définition et de contexte de l'HAD. La circulaire du 1^{er} décembre 2006 repositionne l'activité de l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation.

Un malade accueilli en HAD comporte une charge en soins importante et un accueil souvent long pour les soins de réhabilitation, de rééducation ou d'accompagnement.

Si l'offre de l'HAD est polyvalente et généraliste, le médecin traitant de ville y joue un rôle central ; l'HAD est complémentaire des activités des services de soins infirmiers à domicile et des activités des acteurs libéraux.

L'HAD est soumise aux logiques d'accréditation, de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles au même titre que les autres établissements de santé.

Le contexte national.

La France compte une grande diversité de structures d'HAD, environ deux cents, publiques ou privées, souvent de petite taille (dix à trente lits), qui fonctionnent sur un mode salarié, libéral, ou mixte.

A 100 % en T2A depuis 2006, l'HAD offre actuellement, sur l'ensemble du territoire, environ huit mille places, l'objectif étant de doubler cet effectif à l'horizon 2010.

La notion de domicile peut aussi s'appliquer à un logement-foyer ou à une maison de retraite.

On prévoit une forte croissance du secteur des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en particulier en Ile-de-France. Les progrès des technologies de la communication permettent de développer la prise en charge à domicile de certaines pathologies.

L'évolution de la démographie médicale exerce un impact sur le travail avec le médecin traitant et sur son rôle dans les structures d'HAD.

Le contexte régional.

L'équipement disponible en Ile-de-France se révèle très supérieur à la moyenne nationale, 90 % de l'offre régionale dépend de trois structures et se caractérise par une superposition des territoires d'intervention des HAD.

L'Ile-de-France se distingue par la multiplicité des offres alternatives, des partenariats et une grande diversité des offres de praticiens libéraux.

L'HAD de l'AP-HP.

Avec 265 000 journées réalisées en 2006 et un taux de remplissage de 89 %, l'activité de l'HAD se révèle en croissance par rapport à l'exercice précédent.

L'activité de nutrition parentérale à domicile constitue une mission de service public national et concerne quatre-vingt-dix malades suivis par l'AP-HP mais répartis sur l'ensemble du territoire français.

Depuis l'ouverture des hôpitaux de jour à l'AP-HP, on constate une diminution des chimiothérapies ou des suivis post-chimiothérapie réalisés en HAD, et une augmentation régulière des pansements complexes et du suivi des grossesses à risque.

Puis **M. HAGENMÜLLER** commente la répartition de l'activité entre les groupes homogènes de tarif (GHT). On constate une prépondérance des séjours plutôt moins lourds que la moyenne nationale, notamment du fait de l'importance de l'activité d'obstétrique.

L'organisation de l'HAD à l'AP-HP.

L'HAD est planifiée autour du patient, autour duquel se trouve la coordination qui organise l'admission avec le prescripteur hospitalier (une équipe de coordination par GHU). Les dix-neuf unités de soins dont deux pédiatriques et une obstétrique assurent, ensuite, la prise en charge globale avec des équipes multidisciplinaires, un service social et des activités supports.

L'HAD collabore avec de nombreux partenaires hospitaliers ou libéraux.

Les unités transversales d'obstétrique, de rééducation et de diététique sont basées à la Pitié – Salpêtrière. Les unités Robert Debré et du Kremlin-Bicêtre se partagent l'activité de pédiatrie.

Le bilan.

Les faiblesses.

L'HAD dispose de 820 places théoriques et le plan stratégique en annonce 400 places supplémentaires ; en 2006, elle a pris en charge quotidiennement en moyenne 726 patients et depuis le début de l'année 2007, a atteint plusieurs fois le seuil de 790 à 800 patients par jour.

On observe un faible renouvellement des patients, des difficultés organisationnelles dans l'offre de soins (week-end, garde...) et dans la collaboration avec les libéraux.

L'HAD se caractérise par un défaut de connaissance réciproque et de liens avec les services prescripteurs, une présence médicale insuffisante sur le terrain, des pratiques hétérogènes, un système d'information inadapté, des structures cloisonnées, une faible approche médico-économique et un manque de collaboration avec le siège. En outre, le financement de l'activité de nutrition parentérale doit être mieux identifié.

Les forces.

L'HAD possède certaines forces :

- l'autonomie, la motivation, la polyvalence et le niveau d'expérience du personnel soignant ;
- une offre de soins polyvalente ;
- une réforme engagée de la coordination produisant ses premiers résultats ;
- le renforcement de la présence médicale ;
- le rôle important sur le terrain de l'encadrement ;
- le bon déroulement du premier exercice en T2A ;
- la rationalisation de la logistique ;

- le maillage territorial assuré par les unités ;
- l'appartenance à l'AP-HP ;
- le travail engagé sur l'informatique ;
- l'insertion de l'HAD dans le réseau national.

Les orientations.

Il importe d'améliorer le fonctionnement de l'HAD pour mieux prendre en charge les patients en développant quatre principes généraux :

- mieux organiser la prise en charge ;
- manager autrement ;
- moderniser la gestion ;
- optimiser la gestion de l'information.

A son tour **M. BRODIN** décrit les actions à mener pour développer l'activité :

- maîtriser la croissance ;
- assurer une offre polyvalente élargie ;
- renforcer les filières de recrutement.

Il convient de poursuivre la médicalisation de l'HAD en recrutant pour chaque unité de soins un médecin qui suive son activité ; améliore la sécurité des pratiques et développe le codage médical, assure une permanence des soins effective et la médicalisation de la décision d'entrée et de sortie d'HAD, et renforce les informations figurant dans le dossier du patient.

En dehors de Grenoble, l'HAD de l'AP-HP est un des premiers espace à pouvoir offrir des perspectives de recherche et d'enseignement de nature universitaire.

M. HAGENMÜLLER signale que la direction de l'HAD a déjà engagé les travaux nécessaires à son évolution notamment en rencontrant des représentants des hôpitaux gériatriques pour regarder la manière d'améliorer concrètement le nombre de patients issus de ces services pris en charge en HAD.

Le **président** ouvre le débat après avoir apprécié la clarté de la présentation foisonnante de projets attractifs.

Selon **Mme DEGOS**, il faudrait réfléchir aux moyens de structurer la communication, concernant ces nouvelles organisations et missions de l'HAD, avec les hôpitaux car pour l'instant elle n'est pas effective.

M. LACAU ST GUILY mentionne un travail en cours visant à constituer un réseau de cancérologie parisien. L'objectif tend à faciliter le retour du patient en ville, à permettre une meilleure interaction entre l'hôpital et la ville et à simplifier les échanges d'informations autour du patient revenu à l'hôpital.

Parmi les divers intervenants impliqués l'HAD, qui possède non seulement une capacité de prise en charge mais aussi une capacité logistique, a cependant été plutôt absente dans la constitution du réseau. Elle doit y trouver sa juste place et chercher à s'insérer dans ce tissu, pour y jouer peut-être un rôle éminent. A cet effet, elle doit tisser des liens avec les diverses institutions concernées.

Mme MARCHAND note l'absence de mention dans les orientations sur les relations avec les laboratoires lesquels ne savent pas comment se positionner par rapport à l'HAD et ont également connu des problèmes de confidentialité dans la transmission par fax de données nominatives. Dans certains hôpitaux, la mise en place des serveurs de résultats permet aux personnels de l'HAD d'accéder plus facilement à ces informations.

Elle évoque aussi le problème de l'acheminement des prélèvements en voiture et sur des systèmes non sécurisés.

M. DUSSAULE s'interroge sur la proposition d'augmenter le nombre des patients porteurs de pathologies lourdes pris en charge en HAD et sur ses conséquences. Une augmentation de la durée d'hospitalisation à domicile pourrait entraîner un blocage du système si la durée moyenne de séjour (DMS) n'était pas suffisamment prise en compte. Aussi, il demande s'il existe une comparaison des DMS des différentes structures d'HAD et s'il s'agit d'un élément évalué par l'index de performance, comme dans les services cliniques.

M. PIETTE souligne l'organisation réellement performante mise en place aujourd'hui même si celle-ci peut encore progresser. Dans le domaine de la gériatrie, on est parvenu à raccourcir les durées de séjour et à multiplier le nombre de sortants en HAD.

Elle doit aider à fluidifier les filières d'hospitalisation et une réinsertion rapide au domicile, le temps que les structures de soins puissent s'y mettre en place. La médicalisation fondée sur cette double compétence des médecins au temps partagé entre l'hôpital et l'HAD, constitue un système exemplaire.

Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication devrait intensifier la fluidification des parcours des patients en permettant des sorties plus précoces et en facilitant le lien entre l'hôpital de référence et le patient retourné à son domicile.

Au terme de la discussion, **M. HAGENMÜLLER** donne des éléments de réponse.

S'il importe en effet de faire savoir que l'HAD évolue et peut prendre en charge plus de patients, la communication évoquée prendra du temps, et il travaille sur les outils nécessaires pour avancer en bon ordre.

Il entend généraliser une démarche qui permettra à l'HAD de trouver sa juste place dans les réseaux de cancérologie.

Les deux préoccupations exprimées au sujet des laboratoires, les transports des prélèvements et la sécurisation de l'information, sont partagées avec l'HAD, prête à élargir ce travail avec ses partenaires des laboratoires.

Le lien entre la lourdeur et la DMS constitue un indicateur suivi avec la plus grande attention car une augmentation de la première ne doit surtout pas se traduire par une sédimentation du système. La solution à ce problème réside dans l'augmentation générale de l'activité.

Après avoir cité les six entités en France comparables par la taille (santé service en Ile-de-France, Lyon, Grenoble, Bordeaux, Nantes et Lille), **M. HAGENMÜLLER** souligne la difficulté pour confronter les différents modèles.

Les nouvelles technologies constituent un des axes de travail prioritaires pour l'année 2007. Point de convergence important avec **M. DENORMANDIE** dont un collaborateur se consacre entièrement au développement des NTIC et de la télémédecine, l'HAD s'associera à ce travail.

V- Avis sur la nomination du coordinateur des centres de prise en charge de l'hémophilie.

La CME est sollicitée pour se prononcer sur la candidature d'un praticien de l'AP-HP à la fonction de coordinateur régional des centres de prise en charge de l'hémophilie, indique **Mme SAUVAGNAC**.

Les trois centres de l'AP-HP ci-après assurent la prise en charge de 20 % des patients français et 85 % des patients d'Ile-de-France :

- le centre de Bicêtre, sous la responsabilité de M. LAMBERT, suit une population de 485 personnes ;
- le centre de Cochin, sous la responsabilité de M. STIELTJES, suit une population de plus de 350 personnes ;
- le centre de Necker, sous la responsabilité de M. ROTHSCILD, suit une population de 550 personnes.

La désignation d'un coordinateur est prévue par la circulaire du 22 août 2001. La fonction de coordination en Ile-de-France étant actuellement vacante, les trois responsables des centres de l'AP-HP se sont accordés sur une coordination tournante, débutée par M. LAMBERT. La procédure retenue envisage le dépôt d'une candidature par la DPM à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), avec l'accord de la CME.

Les membres de la CME émettent un avis favorable unanime.

VI- Avis sur des contrats d'activité libérale.

Avant de donner lecture du dossier portant sur les contrats d'activité libérale, **Mme PORTENGUEN** signale que les vacances de chefferies de services universitaires sont parues au Journal officiel. L'administration informe individuellement tous les candidats.

M. NAVARRO précise que certains postes ont bénéficié de rattrapage, notamment pour les services de chirurgie de l'hôpital Beaujon et du groupe hospitalier Pitié – Salpêtrière qui ont été inscrits à la demande de la DPM.

M. BERNAUDIN rappelle que depuis quatre ans, il demande un audit de ces contrats afin d'évaluer sans a priori les aspects positifs et négatifs de l'activité libérale. Il considère que si cet audit avait été réalisé au niveau de l'instance, la récente dérive journalistique aurait peut-être été évitée.

Les contrats présentés sont adoptés à la majorité des membres votants.

VII- Avis sur les avenants aux conventions hospitalo-universitaires.

Mme PORTENGUEN fait savoir que dans le cadre de la révision des effectifs, plusieurs emplois sont mis à disposition et requièrent des avenants aux conventions hospitalo-universitaires (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

A l'occasion de ce point de l'ordre du jour, **M. AIGRAIN** évoque la situation d'un praticien lié par convention à l'hôpital Foch et dont les conditions ont été sévèrement réduites de manière unilatérale par la direction et le conseil d'administration de l'établissement.

Il pense utile de conditionner ces conventions par un droit de regard sur les modalités de travail des collègues.

Pour **M. FAGON** le sujet regarde plus généralement les rapports entre l'AP-HP et d'autres établissements d'Ile-de-France. On a aujourd'hui peu de visibilité sur ces liens et en particulier la place de praticiens formés et exerçant à l'AP-HP mais aussi dans des établissements hors AP-HP, sur des secteurs fortement concurrentiels. Ces dossiers devront, de son point de vue, être examinés prochainement avec la plus grande attention car ils représentent de réels enjeux d'activité.

M. BAGLIN explique que l'hôpital Foch connaît des difficultés financières et qu'à ce titre, le directeur avait décidé notamment de réduire le service de chirurgie digestive du praticien en question. L'intervenant a attiré l'attention du directeur sur les conséquences d'une telle décision en lui suggérant d'étudier avec l'intéressé les possibilités de lui conserver une activité digne d'un hôpital universitaire et de lui offrir des conditions de travail correctes.

Par ailleurs, il a indiqué au directeur que si la politique de l'établissement se baserait uniquement sur la T2A, il serait difficilement envisageable d'investir des postes hospitalo-universitaires sans une visibilité suffisante. Aussi lui a-t-il conseillé de prendre contact avec l'AP-HP et avec l'ARH pour étudier ces différentes problématiques.

Il a également écrit au président du conseil d'administration pour lui faire part de son inquiétude sur ce cas précis.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité moins une abstention.

VIII-Avis sur une convention associant le centre hospitalier René Huguenin à l'AP-HP (UFR Paris Ile-de-France ouest).

Cette convention a pour objet indique **Mme PORTENGUEN** l'affectation d'un MCU-PH au centre hospitalier René Huguenin.

Cet établissement, l'un des trois centres de lutte contre le cancer d'Ile-de-France, intervient **M. BAGLIN** possède un service de médecine nucléaire très bien équipé. Lors de la commission de répartition des postes d'internes, il a été constaté un manque de postes d'internes localisés dans les services de médecines nucléaires. Cette convention permet donc une convergence d'intérêts.

S'il comprend que les unités de formation et de recherche (UFR) médicales ont besoin de terrains de stages plus nombreux avec l'évolution du numerus clausus et s'il conçoit également la nécessité de couvrir la totalité du champ de formation en recourant parfois à d'autres établissements que ceux de l'AP-HP, **M. FAGON** observe qu'il s'agit dans ce cas d'un universitaire formé à l'AP-HP, développant une activité dans un établissement objectivement en concurrence avec des établissements, en particulier du GHU ouest, confirmant sa remarque précédente.

Selon lui, l'AP-HP doit se montrer extrêmement vigilante à cet égard.

La CME émet un avis favorable à l'unanimité moins trois abstentions.

IX- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre l'année 2007.

Mme PORTENGUEN procède à la présentation du dossier relatif à la révision des effectifs hospitalo-universitaires sur lequel l'instance s'est prononcée en septembre dernier (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME). Les postes sont parus au Journal officiel du 29 décembre 2006.

X- Avis sur l'additif à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007.

Les membres de la CME adoptent à l'unanimité moins une abstention la création de postes et la transformation d'un poste à temps partiel en poste à temps plein, inscrits dans l'annexe jointe au compte-rendu.

XI- Approbation du compte-rendu de la séance du 9 janvier 2007.

Le compte-rendu de la séance du 9 janvier 2007 est approuvé à l'unanimité.

XII- Questions diverses.

La stérilisation de l'Hôtel-Dieu.

M. LEVERGE évoque les difficultés que connaît le pharmacien de l'Hôtel-Dieu en raison de problèmes liés à la stérilisation de l'établissement. Les agréments de la DRASS et du préfet contraignent à établir un accord sur trois missions essentielles pour l'hôpital : la radio-pharmacie, les préparations hospitalières et la stérilisation des dispositifs médicaux (DM). Il est parfois difficile tant au plan matériel que financier d'assurer ces mises en conformité. L'Hôtel-Dieu a décidé d'externaliser l'activité de stérilisation mais le chef du service d'ophtalmologie formule des remarques sévères sur la prestation réalisée. Le risque d'infection nosocomiale n'est donc pas anodin.

Si l'intervenant a soutenu l'action de son collègue de l'Hôtel-Dieu, tandis que l'hôpital Européen Georges Pompidou apporterait son aide à l'établissement, il souhaiterait néanmoins, que la CME appuie la communauté médicale, pharmaceutique et administrative de l'Hôtel-Dieu afin que celui-ci puisse se mettre en conformité rapidement.

M. LEPERE déclare qu'un consensus entre la communauté médicale de l'Hôtel-Dieu, les pharmaciens et l'administration, a conduit à supprimer l'activité de stérilisation pour à terme, la regrouper sur le site de l'hôpital Cochin. Cette opération de mutualisation des services pour une partie du groupement hospitalier universitaire ouest fait l'unanimité.

Afin de préparer ce regroupement qui entrera en vigueur à l'horizon 2009, d'éviter d'engager des travaux importants, et en accord complet avec le pharmacien du site, il a été décidé d'externaliser cette activité. Un prestataire extérieur intervient depuis le 15 janvier. Les difficultés constatées se limitent à la chirurgie ophtalmologique.

Lors du CCM tenu hier soir, la directrice de l'Hôtel-Dieu a proposé à titre temporaire, pour la seule activité d'ophtalmologie, de réinternaliser la stérilisation dans les prochains jours, décision prise dans le respect de tous les acteurs impliqués.

Dès la bonne formule trouvée, la stérilisation sera externalisée jusqu'en 2009 puis reprise par l'hôpital Cochin comme le prévoit le plan stratégique des deux établissements.

M. GUILLEVIN s'interroge sur le devenir des nombreux praticiens hospitaliers nommés spécifiquement pour la stérilisation au cours des dernières années.

Les standards téléphoniques de l'AP-HP.

Mme DEGOS signale un relâchement depuis un à deux mois de la prestation des standards téléphoniques des hôpitaux. Elle étaye sa remarque en mentionnant que son appel à l'hôpital Tenon n'a été pris qu'au terme de quatre tentatives, de plus la standardiste n'a pas été en mesure de l'orienter vers l'interlocuteur souhaité.

Selon **Mme MARCHAND** les appels internes aboutissent mieux mais elle estime que la priorité devrait être donnée aux patients qui téléphonent de l'extérieur pour prendre des rendez-vous.

Les recueils de données.

M. GUILLEVIN relaye la demande du groupe des pharmaciens chargés des immunoglobulines intraveineuses. Chaque année, ils indiquent que le logiciel dont ils disposent pour recueillir les données ne fonctionne pas et se trouvent contraints de travailler sur des tableaux Excel qu'ils conçoivent sur leur ordinateur personnel. Compte tenu de l'importance du budget des immunoglobulines, il estime qu'un effort pourrait être fait pour le recueil de ces informations restituées à la France entière.

M. LEVERGE déclare que ce sujet s'inscrit dans le projet cible du système d'information. Depuis le 1^{er} janvier 1995, la traçabilité nominative des lots des médicaments dérivés du sang s'avère obligatoire. Le logiciel du centre national de transfusion sanguine n'a ni passé le cap de l'an 2000, ni été remplacé. Chaque hôpital doit donc utiliser les outils locaux qui deviennent progressivement obsolètes.

La mise à niveau ou la modernisation des outils de transition rencontre des difficultés. Il a abordé le sujet avec le directeur général et avec le directeur de la direction du système d'information.

Le SAMU social.

M. GUILLEVIN évoque les difficultés actuelles du SAMU social pour trouver des lits, en attendant de s'installer définitivement à l'hôpital Corentin Celton. Le directeur général a été alerté de la situation. L'intervenant aimerait que l'assemblée ait connaissance de la localisation future du SAMU social et de ses lits.

Mme PORTENGUEN répond que ce dernier est pour l'instant installé sur l'hôpital Jean Rostand. Des recherches sont en cours en liaison avec la direction générale pour trouver une nouvelle localisation.

*

* *

La séance est levée à 11 heures 50.

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

Mardi 6 mars 2007 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 21 février 2007 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.