

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 14 NOVEMBRE 2006**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 12 DECEMBRE 2006**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 14 novembre 2006

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Séminaire du conseil exécutif des 8 et 9 septembre 2006 : point d'étape sur le bilan du projet médical du plan stratégique 2005 – 2009.
- 2- Point sur le déploiement du système d'information du domaine patient (SIDOPA).
- 3- Bilan des travaux du groupe de la CME : informations – relations extérieures (GIRE).
- 4- Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007 : examen des postes vacants.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Approbation du compte-rendu de la séance du 17 octobre 2006.
- 7- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire, d'un chef de service hors CHU.
- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur les candidatures aux fonctions de praticien responsable de pôle clinique ou médico-technique des hôpitaux et des groupes hospitaliers :
 - Antoine Béclère (5 pôles) ;
 - Bicêtre (7 pôles) ;
 - Bichat – Claude Bernard (8 pôles) ;
 - Bretonneau (2 pôles) ;
 - Georges Clémenceau (1 pôle) ;
 - Henri Mondor - Albert Chenevier (8 pôles) ;
 - Lariboisière - FernandWidal (4 pôles) ;
 - Robert Debré (6 pôles) ;
 - San Savaldour (2 pôles) ;
 - Armand Trousseau (5 pôles).

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,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- ***en qualité d'invités permanents :***
 - M. le Pr 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,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,

 - M. le Pr LEPAGE, directeur du projet système d'information patient,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme PULVENIS, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de Mmes BRAILLY-TABARD, GIBOUR et PALAZZO et de MM. GOËAU-BRISSONNIERE, GUILLEVIN, HAUSFATER, LEGRAND, LE HEUZEY, LOULERGUE et PIETTE.

Avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour, il souhaite accueillir au sein de la commission médicale d'établissement M. LECLERCQ nommé directeur général de l'Assistance publique –hôpitaux de Paris le mois dernier.

Après avoir exprimé son plaisir à diriger l'AP-HP, **M. LECLERCQ** indique que les orientations définies et mises en place par son prédécesseur seront poursuivies, notamment dans le cadre du plan stratégique, qui lui semble être un élément fort de la conduite de l'institution. On devra évidemment intégrer les contraintes économiques dans le cadre d'une logique plaçant systématiquement le patient, ainsi que l'hôpital, au cœur du dispositif.

A l'occasion du premier conseil d'administration et du premier conseil exécutif auxquels il a assisté, il a pu constater que la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance avance avec sérieux. Cette réforme se poursuivra dans l'intérêt des modalités de prise en charge des patients et dans le respect des spécificités, lesquelles constituent la force des hôpitaux universitaires, notamment la spécialisation, qui ne doit pas se diluer au sein des pôles, point majeur sur lequel il reviendra prochainement. Si les pôles représentent une évolution en termes d'organisation, de fonctionnement, de mode de prise en charge et de mise en commun des moyens, il considère que les services doivent aider au développement de la discipline en tant que spécialité médicale.

Il se tiendra à l'écoute des membres de la CME pour tenter de faire progresser l'institution.

I- Séminaire du conseil exécutif des 8 et 9 septembre 2006 : point d'étape sur le bilan du projet médical du plan stratégique 2005 –2009.

La parole est donnée à **M. NAVARRO** pour présenter le point d'étape sur le bilan du projet médical afin d'évaluer les premières concrétisations du plan stratégique observées en 2005 et 2006 (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

Le plan stratégique définit quatre axes stratégiques :

- améliorer la réactivité de l'AP-HP pour mieux répondre aux besoins de santé ;
- agir pour que l'AP-HP soit choisie par des malades et soit plus attractive pour les personnels et les étudiants ;
- accentuer l'efficacité des activités hospitalo-universitaires de l'AP-HP ;
- ouvrir l'AP-HP sur l'extérieur.

Les programmes d'actions prioritaires.

a) La prise en charge des malades âgés.

Elle constitue un sujet majeur pour l'AP-HP, au regard du nombre de lits concernés et des difficultés rencontrées.

Le court séjour gériatrique : l'objectif de créer cent cinquante lits sur l'ensemble du plan est réalisé à 26 % en 2006.

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) : le plan prévoit mille lits supplémentaires grâce à la réouverture de trois cents lits fermés par manque de personnel, l'installation de cent cinquante lits autorisés avant l'adoption du plan et la création de six cents lits. A la mi-2006, environ cent cinquante lits ont été rouverts et quarante deux lits créés. L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) n'a pas autorisé la création prévue de soixante lits de SSR spécifiques à l'hôpital Charles Richet.

Les hôpitaux de jour gériatriques et de réadaptation : éléments essentiels à la fluidité du dispositif, dix des cinquante places prévues ont été créées.

Les équipes d'intervention gériatrique : autre élément important pour accroître la fluidité, cinq des neuf équipes prévues ont été installées.

Les soins de longue durée : l'objectif vise la fermeture de huit cents lits, cinq cents lits dans la mise aux normes et l'humanisation des services et trois cents lits transformés en lits de SSR. Après avoir fermé trois cent trente lits, le rythme initial de fermeture a été ralenti pour tenir compte des délais de création des lits de SSR.

Le rendu de crédits par l'AP-HP accompagnant la fermeture de lits a permis de financer mille quatre vingt quatre places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), dont trois cent quarante cinq consacrés à la lourde dépendance.

Outre les nombreux points positifs du bilan sur la gériatrie, une enquête a permis de démontrer que l'AP-HP accueille plus de patients lourds que d'autres structures (54 % contre 44 % en moyenne en Ile-de-France), élément qu'elle pourra faire valoir lors de prochaines négociations avec la tutelle.

Néanmoins, le rythme d'installation des structures de court séjour gériatrique et de SSR s'avère insuffisant. Il convient par ailleurs, de poursuivre les efforts en termes d'innovation, d'organisation et de recherche ; un séminaire sera organisé en 2007 à cet effet.

b) La prise en charge des personnes vulnérables.

Les maladies mentales : le plan stratégique prévoit un renforcement des moyens dédiés à leur prise en charge, tant dans le domaine de la pédiatrie que chez l'adulte.

Les personnes handicapées : le dispositif s'est organisé dans le cadre d'un schéma de prise en charge des malades victimes de lésions cérébrales acquises, avec un renforcement des lits de soins intensifs neurovasculaires, de soins de suite et réadaptation dédiés aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de l'organisation de filières spécifiques.

La médecine physique et rééducation (MPR) : sur la création prévue de quatre vingt treize lits et vingt quatre places entre 2005 et 2009, trente lits ont déjà été créés à l'hôpital Paul Brousse, dix places de jour consacrées à la réadaptation seront créées au groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard en 2007 et dix huit lits complémentaires au groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal en 2008.

Deux projets majeurs sont en cours, la constitution d'un pôle de rééducation à l'hôpital Rothschild et la création d'un pôle consacré à la rééducation cardiaque à l'hôpital Corentin Celton.

Les soins palliatifs : l'objectif consiste à augmenter le nombre de lits dédiés grâce à la transformation de cent vingt lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'ici à 2009. L'extension a été réalisée dans quatre unités existantes. Par ailleurs, vingt huit lits sont déjà opérationnels dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2006 et soixante lits le seront en 2007 tandis que les équipes mobiles ont été renforcées au sein de cinq hôpitaux et trois places d'hôpital de jour ont été créées à l'hôpital Paul Brousse.

L'addictologie : il s'agit d'améliorer l'accès aux soins pour les malades en situation de dépendance vis-à-vis de l'alcool, du tabac et de la drogue. Six lits de sevrage ont été créés à l'hôpital Jean Verdier, des projets d'unités transversales d'addictologie sont constitués au sein de différents hôpitaux et l'identification d'unités fonctionnelles d'addictologie a été décidée.

Il est prévu notamment, à court terme de constituer deux pôles importants d'addictologie à l'hôpital Paul Brousse et à l'hôpital Jean Verdier, à moyen terme de s'associer au plan en cours de préparation par le gouvernement dans le domaine de l'addictologie.

L'obésité : dans le cadre de la mise en place d'un schéma d'organisation de la prise en charge de cette pathologie, dix hôpitaux ont été labellisés (six destinés aux adultes, cinq destinés aux enfants). Le dispositif sera évalué en 2007.

Les maladies rares : l'AP-HP recouvre près de la moitié des centres de référence au niveau national.

c) La prise en charge des malades atteints de cancer.

L'articulation entre le plan stratégique et le plan cancer apparaît comme un élément fondamental de l'activité de l'AP-HP avec une progression de 4 % en 2005, soit 16 % de l'ensemble des hospitalisations et 30 % de l'activité de cancérologie en Ile-de-France. Axe majeur du plan stratégique, cette spécialité constitue un des chantiers prioritaires du président de la République.

Par rapport aux objectifs portant sur les soins, 138 réunions de concertation pluridisciplinaires ont été identifiées, couvrant 16 thématiques ; si la généralisation du processus est assurée, un manque d'homogénéité demeure. Peu de centres de coordination en cancérologie sont déjà opérationnels, mais les coordonnateurs ont systématiquement été désignés. L'AP-HP a participé à l'expérimentation nationale du dispositif d'annonce et travaille en lien avec l'institut national du cancer (INCa) sur un projet de formation pour le personnel infirmier. Le parcours de soins personnalisé reste à concevoir.

La préparation centralisée des chimiothérapies se met en place même si elle est parfois contrariée par la nécessité de restructurer certains locaux amenant à envisager des sous-traitances entre les hôpitaux.

Les réseaux de santé en cancérologie connaissent un certain retard de mise en œuvre, seul le réseau nord est opérationnel depuis octobre 2006, les autres n'interviendront qu'en 2007. Un séminaire institutionnel en mai 2006 a abouti à la création d'un groupe d'appui cancer destiné notamment à produire des outils à destination des équipes et pour la recherche, des relations sont développées avec le cancéropôle et les industriels et divers outils de soutien envisagés.

La prospective dans ce domaine vise des regroupements efficaces (ex. : cancer du foie), la création de départements de recherche, des phases d'essais plus précoces, le renforcement de la collaboration avec les unités INSERM et les universités.

d) L'amélioration de la fluidité de la prise en charge des malades.

Une étude consacrée à la durée de passage aux urgences a mesuré le pourcentage de passages inférieurs à quatre heures d'attente. Cette démarche permet de procéder à des comparaisons avec les résultats obtenus dans d'autres unités en France ou à l'étranger. Les résultats dans les services d'urgence pédiatrique enregistrent un certain progrès par rapport à un passé récent.

Par ailleurs, un nombre non négligeable de personnels médicaux a été affecté aux services d'urgences (13,7 emplois de praticiens hospitaliers au sein des urgences adultes et 9 au sein des urgences pédiatriques).

Enfin, l'amélioration de la fluidité passe par le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). L'objectif du plan stratégique concerne quatre cents places (trois cents places en gériatrie, cent places en réadaptation et en soins pathologiques neurologiques). L'ouverture de cent vingt places est programmée en 2006.

e) La refondation des liens entre l'AP-HP et l'université et le développement de la recherche clinique et biomédicale.

De nombreuses actions ont été menées relatives à la refondation du lien entre l'AP-HP et l'université et le développement de la recherche.

Ainsi, une réflexion concernant les plate-formes de ressource biologique et une démarche visant à créer des départements de recherche sont en cours, d'autre part, le département de recherche clinique et du développement (DRCD) a pris des mesures relatives à la sécurité des essais.

L'AP-HP a doublé le budget consacré au soutien à la recherche biomédicale, a pris un engagement important auprès de centres de recherche et travaille à la refondation des liens avec l'université.

De même, un soutien aux projets de recherche du DRCD et de la direction de la politique médicale se met en place et il convient de considérer que la valorisation de la recherche et des innovations est devenue indispensable.

Certains progrès peuvent se mesurer : le taux d'inclusion de protocoles en oncologie est passé de 5 % en 2004 à 6 % en 2006, le nombre de publications a progressé de 10 % en deux ans.

L'année 2007 devra permettre de constituer un nouveau conseil scientifique, sur la base des nouvelles règles définies et de mettre en œuvre un comité de pilotage de la recherche. Il sera nécessaire de redéfinir les liens avec l'INCa et l'INSERM, afin de fidéliser les chercheurs et d'anticiper au mieux les appels d'offres.

f) La qualité, la sécurité, l'efficience.

Il s'agit de promouvoir la sécurité du patient par les revues de mortalité et de morbidité (RMM), aussi certaines pratiques doivent-elles être généralisées et formalisées, tandis que le renforcement de la prévention des infections nosocomiales reste une priorité.

g) Les programmes d'action concertée inter-GHU.

La biologie : les cent soixante dix actions identifiées visent un objectif soit de réorganisation et de restructuration, soit de qualité et de sécurité. Ces actions, 89 % engagées et 30 % réalisées, permettent l'optimisation des organisations (notamment des mutualisations de gardes), la création de plate-formes mutualisées et la répartition inter-sites.

Les plateaux techniques et l'imagerie : une augmentation de l'offre de soins en matériels a été enregistrée.

Une étude réalisée sur les délais de prise en charge a révélé une pénurie de personnels médicaux et de manipulateurs en radiologie. Aussi, la direction du personnel et des relations sociales (DPRS) a présenté un plan d'attractivité de recrutement pour faire face à la pénurie de manipulateurs en radiologie.

La périnatalité et la pédiatrie : le renforcement et l'amélioration passent par un programme d'actions concertées inter groupement hospitalier universitaire (GHU) portant notamment sur des maternités et sur la prise en charge spécifique des adolescents.

M. NAVARRO achève son exposé en détaillant par GHU le calendrier relatif aux principales opérations de transfert.

Le **président** ouvre la discussion.

Le nombre insuffisant de lits de SSR induit, selon **M. DEBRE**, une embolisation des lits de court séjour par des patients déjà opérés ou en fin de vie, empêchant de prendre en charge d'autres patients. L'effort doit donc porter essentiellement sur ce point.

Favorable à la création d'équipes mobiles de précarité, il regrette l'absence d'équipe de ce type dans le domaine de la gériatrie. On pourrait ainsi visiter des malades ayant déjà été pris en charge dans les services de gériatrie de l'AP-HP et qui seraient surveillés par vidéosurveillance.

Concernant les patients suicidaires ou victimes d'addictologie, il rappelle que la fondation santé des étudiants de France dispose d'un certain nombre de lits d'accueil. Or malgré les démarches engagées afin de mettre en œuvre un partenariat, il n'a pas obtenu de réponse de la part de l'AP-HP.

M. BERNAUDIN remarque qu'il convient de ne pas apporter uniquement une réponse médicale aux problèmes d'addictologie et de suicidologie, contrairement à la démarche mise en œuvre par l'industrie pharmaceutique.

De plus, il estime que le rôle de l'AP-HP dans le domaine du dépistage doit faire l'objet d'une réflexion et rappelle que le plan cancer auquel l'AP-HP participe n'est pas le premier mis en œuvre. Un précédent plan cancer prévoyait la prise en charge des soins au sein de sites hautement spécialisés et de sites de proximité, aussi lui semble-t-il pertinent de s'adosser à une telle organisation dans le cadre du plan cancer actuel.

Enfin, à l'aune de l'article paru dans le magazine l'Express sur la fœtopathologie à l'hôpital Saint Antoine, il lui paraît indispensable que l'AP-HP soutienne ses fœtopathologistes dont le travail s'avère particulièrement difficile.

Au regard des évolutions démographiques, **Mme DEBRAY-MEIGNAN** se réjouit du développement de la prise en charge de la gériatrie au sein de l'AP-HP, l'ouverture de l'HAD ayant constitué un élément positif. Elle souligne la nécessité de mener de manière parallèle la fermeture des lits de SLD et l'ouverture des lits d'EHPAD.

En second lieu, si l'ouverture de lits consacrés aux patients victimes d'AVC ou d'autres maladies dégénératives au sein des hôpitaux gériatriques peut constituer un élément positif, elle rappelle qu'une telle organisation revient à amputer une partie de l'offre gériatrique et d'autre part à alourdir la prise en charge en gériatrie de services disposant d'une densité de personnel très faible et devant accueillir des patients porteurs de pathologies de plus en plus lourdes. Tandis que cette situation accentue les difficultés de recrutement des personnels et engendre des problèmes de fonctionnement supplémentaires, Mme DEBRAY-MEIGNAN souligne la nécessité de promouvoir la valorisation des acquis de l'expérience gériatrique pour les soignants.

Il apparaît à **M. FAYE** que de nombreuses mesures mises en œuvre dans le plan stratégique trouvent leur origine dans de nouvelles organisations. Il importerait d'évaluer la consommation de temps médical induite par ces évolutions.

Par ailleurs, il constate d'une part, que les projets architecturaux impactent les capacités d'investissement dans d'autres domaines, aussi souhaite-t-il que le conseil d'administration examine jusqu'où cette logique pourra s'appliquer, d'autre part, que le principal frein à la fluidité de la prise en charge des malades en chirurgie est le goulot d'étranglement au sein des blocs opératoires en raison d'une pénurie d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et d'infirmiers anesthésistes (IADE). Cette pénurie influe sur la capacité de l'AP-HP à augmenter son activité, or l'exposé n'a pas évoqué ce point.

M. LACAU ST GUILY, qui partage cette analyse sur l'activité chirurgicale, se félicite à propos de la cancérologie, qu'au-delà de la création de structures, certains modes de fonctionnement changent. L'enjeu stratégique consiste à répondre dans les meilleures conditions aux multiples appels d'offres, face à des concurrents extrêmement réactifs. Afin de corriger les lourdeurs résultant de la complexité de l'organisation de l'AP-HP, le développement à poursuivre de « guichets uniques » constitue à ses yeux un progrès majeur. Cependant, on enregistre encore de mauvais résultats relatifs aux délais de mise en œuvre des traitements des patients confiés à l'AP-HP.

Enfin, il déplore que le siège ne joue pas suffisamment un rôle d'arbitrage dans le cadre des regroupements géographiques de moyens menés au sein des GHU car il ne lui paraît pas possible de considérer uniquement la position de concurrence des hôpitaux.

M. NAVARRO prend acte avec intérêt de la proposition visant à se rapprocher des associations d'étudiants en charge des personnes suicidaires. Il précise que de tels partenariats sont déjà envisagés concernant les sujets âgés, notamment avec les EHPAD.

Mme PULVENIS déclare que l'AP-HP travaille effectivement à la constitution d'équipes mobiles externes expérimentales, chargées d'intervenir au sein des EHPAD, en lien avec la direction générale et la Ville de Paris.

Même si l'accueil de patients victimes d'AVC risque de limiter la disponibilité des équipes gériatriques, cette démarche s'avère indispensable selon **M. NAVARRO**, afin de lutter contre les blocages au sein des services de MCO. Une telle organisation permettra la mise en œuvre de soins plus spécialisés, influant sur la motivation des personnels.

Il tient à confirmer que l'AP-HP doit jouer un rôle majeur dans le domaine du dépistage et prendre conscience de ses atouts. Au sujet de la foetopathologie, il précise que la situation de l'hôpital Saint Antoine diffère de celle de l'hôpital Saint Vincent de Paul, dans la mesure où tous les fœtus sont parfaitement identifiés et que l'avis des parents a été correctement requis.

Enfin, la situation des chirurgiens n'a pas été évoquée car aucun des différents chapitres du plan stratégique n'est consacré à la chirurgie en particulier. Cette spécialité constitue évidemment un élément essentiel parmi les objectifs de développement comme en témoigne d'une part, le travail mené afin de développer la chirurgie ambulatoire que présentera prochainement M. AIGRAIN, d'autre part, le travail conduit sur la chirurgie orthopédique s'attachant à corriger le fait que de nombreux hôpitaux adressent les patients arrivés aux urgences à des établissements hors de l'AP-HP. Néanmoins, des anomalies comparables semblent perdurer dans le domaine de la chirurgie thoracique. Un groupe de travail est spécialement consacré à la problématique particulière des blocs opératoires, des actions sont mises en œuvre afin de faciliter le recrutement d'IBODE et d'IADE, mais aussi concernant le renforcement des moyens anesthésiques en cas de besoin ou l'organisation des blocs.

M. RICHARD souligne l'importance fondamentale des opérations de transfert d'activités entre les hôpitaux. Sur le fond, il lui semble que la communauté médicale approuve les projets de transfert, mais il convient de construire ces derniers sur la base d'un projet médical et en prenant en compte la manière dont ils seront déclinés au sein des différents hôpitaux afin qu'aucun intervenant ne se sente lésé. Il note également que les personnels médicaux se heurtent souvent aux problèmes de mobilité entre les universités de formation et de recherche (UFR).

Il constate aussi qu'un travail considérable reste à réaliser dans le domaine des soins palliatifs. A cet égard, il demande s'il est prévu de mettre en œuvre une approche fondée sur l'organisation de structures spécifiques, ou au contraire sur la création de lits de soins palliatifs éparpillés entre les différents services de spécialité. Le choix de la seconde option impliquerait de renforcer les équipes médicales concernées.

En outre, il mentionne le rôle majeur joué par les hôpitaux d'aval situés hors de la région parisienne, alors que ces derniers sont peu dotés en personnels médicaux.

II - Point sur le déploiement du système d'information du domaine patient (SIDOPA).

En propos liminaire, **M. LEPAGE** indique que la précédente présentation de l'état d'avancement de l'appel d'offres relatif au système d'information du domaine patient date du mois de juillet. Le dialogue compétitif avec les différents candidats s'est terminé la semaine dernière et le cahier des charges sera transmis à ces derniers dans les quinze jours (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

La synthèse générale d'avancement des principales applications fait apparaître :

- la mise en place du serveur de résultats d'examens STARE dont le travail se poursuit en collaboration avec le centre hospitalier universitaire de Grenoble ;
- le déploiement du système d'information de chirurgie IPOP, mis en place à l'hôpital Henri Mondor et prochainement implanté au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. On attend la nouvelle version d'IPOP, laquelle permettra de gérer plus efficacement les salles partagées, avant de poursuivre les installations. Par ailleurs, on travaille avec les hôpitaux Robert Debré et Necker-Enfants Malades afin d'élaborer un catalogue pédiatrique relatif à ce système d'information ;

- le calendrier des systèmes de gestion des laboratoires (SGL) est respecté ;
- l'application des réunions de concertation pluridisciplinaire doit être mise en place le 15 novembre dans les hôpitaux Tenon et Ambroise Paré, puis dans le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

1- Le dialogue compétitif.

a) Le calendrier.

Le dialogue compétitif relatif au système d'information clinique s'est terminé le 6 novembre, le cahier des charges sera transmis aux candidats le 26 novembre, les offres seront réceptionnées le 5 janvier 2007 et la notification interviendra en avril 2007.

b) L'état des lieux.

Du dialogue compétitif tenu avec les trois candidats, il ressort qu'élaborer un dossier patient unique AP-HP apparaît techniquement et fonctionnellement réalisable. La totalité ou la plus grande partie des fonctions demandées sont déjà couvertes par les trois candidats et on note une forte volonté de partenariat avec l'AP-HP qui doit se concrétiser par un certain nombre d'engagements sur la pérennité de la part des candidats.

2- Le déploiement.

a) Les contraintes.

Le marché est d'une durée de cinq ans pour déployer toutes les fonctions et de deux ans pour la maintenance ; il sera nécessaire de tenir compte de l'état d'avancement du déploiement des autres volets du nouveau système d'information.

b) La première étape du déploiement : le projet identité.

La première étape du déploiement couvre le volet relatif à l'identité des patients de l'AP-HP, le nombre d'identités étant estimé à vingt et un millions, dont huit millions de doublons ; elle démarrera dès novembre 2006.

Si la constitution du serveur d'identité patient permettra d'instituer des numéros patients uniques, le plus simple serait d'adopter au sein de l'AP-HP le futur numéro d'identifiant santé qui doit accompagner la mise en œuvre du dossier médical personnel.

c) Les principes guidant le déploiement.

Ils reposent sur la prise en charge par l'AP-HP et non par l'industriel de la phase de généralisation, et sur le processus de trois bascules correspondant aux trois grandes fonctions du système d'information :

- le dossier patient, la bureautique, le programme médicalisé du système d'information (PMSI) ;
- la gestion de l'unité de soins (prescription, plan de soins, gestion du médicament) ;
- la planification des rendez-vous et des ressources.

Puis M. LEPAGE décrit les avantages et les inconvénients du choix de procéder aux bascules en une seule ou en plusieurs étapes.

d) Le projet de déploiement retenu.

Il est proposé de déployer le dispositif en deux étapes dans chaque établissement. La première étape correspond à la gestion des identités mouvements. Cette dernière sera réalisée en une fois sur l'hôpital au plus tard à partir du mois treize après notification du marché. Les autres fonctions des différentes bascules seront ensuite déployées à partir du mois vingt cinq par unité de soins de trente lits au sein de chaque pôle d'activité ; les deux premières bascules seront concomitantes, excepté le volet relatif à l'identité mouvement. La troisième impliquera un paramétrage des plateaux médico-techniques qui se fera dans la phase de préparation de l'hôpital, précédant le déploiement de quatre à huit mois.

Une équipe de déploiement devra être créée au sein de l'unité de soins et comprendra :

- deux représentants du SIDOPA ;
- un membre du service informatique de l'hôpital ;
- un infirmier de l'unité de soins, du service ou du pôle d'activité, détaché durant les deux semaines du déploiement ;
- une secrétaire, mobilisée dans les mêmes conditions ;
- un médecin, au moins à mi-temps,

ce qui permet d'alléger en conséquence le volet formation.

e) Les facteurs de succès du déploiement.

Le succès du déploiement se fonde d'une part sur le processus d'industrialisation, la gestion de l'identité et la forte mobilisation des hôpitaux à trois niveaux : le conseil exécutif, les responsables de pôle d'activité, les unités de soins et les plateaux médico-techniques.

Par ailleurs, la phase de prototypage permettra d'adapter l'outil aux besoins de l'AP-HP. Il n'y aura pas de version spécifique à chaque hôpital, c'est pourquoi la CME et le conseil exécutif devront clairement préciser les règles du jeu aux différents hôpitaux, toutefois il convient de prendre en compte la situation particulière des hôpitaux utilisant DxCare (Beaujon, Georges Pompidou, Pitié-Salpêtrière) ou Actipidos, ainsi que l'hôpital Robert Debré.

3- Le calendrier.

La notification interviendra au cours du deuxième trimestre 2007 et sera suivie d'une phase de cadrage – prototypage de dix huit mois. Le dispositif sera déployé au sein d'un premier site pilote de 400 à 450 lits au cours du quatrième trimestre 2007. Cette démarche vise uniquement à tester les fonctionnalités et le caractère opérationnel de l'outil.

La phase d'industrialisation comprendra trois étapes. Au cours de la première, l'industriel déploiera l'outil et formera les équipes de l'AP-HP au processus de déploiement au sein de deux pôles. Au cours de la seconde, les équipes de l'AP-HP mettront en place l'outil sous le contrôle de l'industriel qui certifiera ainsi les équipes de l'AP-HP. Au cours de la troisième, les équipes de l'AP-HP assureront le déploiement de l'outil et l'industriel interviendra uniquement en support téléphonique.

Une fois cette phase d'industrialisation terminée, six équipes déploieront le système d'information au sein de chaque hôpital. L'industriel assurera donc l'intégralité de la maîtrise d'œuvre au cours d'une première phase, avant de passer progressivement le témoin aux équipes de l'AP-HP.

Dans chaque hôpital, la phase de préparation va durer de quatre à huit mois et doit permettre la personnalisation de l'outil au niveau de chaque pôle d'activité clinique, la préparation technique relative aux postes de travail et le paramétrage des plateaux médico-techniques. Durant le processus de déploiement proprement dit, le système d'information sera mis en œuvre à raison d'un déploiement d'une unité par semaine et pour une durée de deux semaines. Ce dispositif glissant présente l'avantage de maintenir un certain temps sur le site les personnes chargées du déploiement et ainsi régler d'éventuels problèmes. Le volet relatif à la prise de rendez-vous et la partie PMSI seront mis en œuvre en parallèle.

Le choix d'un déploiement très court (trois ans) présente des inconvénients et des avantages. Quoi qu'il en soit, le mode de déploiement retenu implique de mettre en œuvre un processus industriel, auquel il est important que chacun participe durant la phase de prototypage. Le déploiement du SIDOPA nécessite une logistique conséquente, qui ne pourra être remise en cause une fois les décisions prises ; la définition des pré-requis par hôpital devra donc être très précise. Il sera accompagné par la signature d'un contrat avec chaque hôpital, qui constituera sans doute l'un des points forts évoqués lors des conférences activité stratégie performance (ASP) 2007 conclut M. LEPAGE.

A l'issue de la présentation, le **président** souligne la complexité du projet mais aussi les progrès enregistrés et constate une vision plus précise de la traduction de ce projet sur le terrain.

Pour **M. FAGON** la mise en œuvre du futur système d'information constitue un élément fondamental de l'actuel et du futur plan stratégique de l'AP-HP. Afin d'assurer le succès de ce projet à l'enjeu considérable, il importe de rester crédible en respectant le calendrier prévisionnel de déploiement hôpital par hôpital, mais aussi en disposant d'un système fiable dès l'origine, dans lequel les intervenants peuvent placer leur confiance. La communauté médicale devra jouer un rôle moteur dans ce déploiement.

Par ailleurs, un travail préliminaire doit être mené avec sérieux sur chaque site car le meilleur système d'information ne produira pas les effets attendus s'il s'applique à des entités désorganisées. La démarche prévue au sein des collégiales devra se poursuivre sur les sites. Enfin, alors que chaque spécialité éprouvera la tentation de demander un développement particulier, il appartiendra à la communauté médicale de comprendre que la priorité doit être accordée au caractère partagé et commun du système.

M. LACAU ST GUILY souhaite savoir de quelle manière ce système d'information patient pourra dialoguer avec d'autres systèmes.

L'obligation de saisie nominative des produits de santé dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) deviendra exhaustive en 2008, intervient **M. LEVERGE**. L'enjeu financier, essentiel pour l'AP-HP, est de l'ordre de 150 à 200 millions d'euros. Les outils existants (ACTIPIDOS et PHEDRA) permettront sans doute l'intégralité des saisies nominatives dès 2007. Ils seront améliorés et progressivement de plus en plus utilisés. C'est pourquoi la bascule vers le futur système d'information s'avère délicate à réaliser, du point de vue de l'intervenant, car elle impliquera d'adopter un dispositif dont les fonctionnalités seront moins performantes. Aussi il importe de mener une démarche de communication sur ce sujet.

Selon **M. FAYE**, les cas particuliers ne doivent pas brouiller une version minimale unique, sorte de plus petit dénominateur commun du SIDOPA. L'outil informatique doit permettre de garantir un gain de temps médical et soignant. Par ailleurs, a-t-on l'assurance que le futur dossier médical personnel (DMP) soit compatible avec le futur système d'information patient de l'AP-HP, s'enquiert l'orateur.

M. DUSSAULE souhaite savoir si les responsables des pôles d'activité disposeront d'une marge de manœuvre pour le découpage des unités de soins nécessaire à la mise en œuvre du système d'information patient, dans la mesure où cette démarche aura un impact sur la structuration de la gestion du pôle.

M. WEILL demande s'il est envisagé pour les services de biologie d'élaborer un paramétrage SGL commun par discipline pour l'ensemble des laboratoires participant à un même GHU, ou pour l'ensemble des laboratoires de l'AP-HP.

Suite aux différentes remarques, **M. LEPAGE** apporte des précisions.

La définition des unités de soins au sein desquelles le dispositif sera mis en œuvre relève de la responsabilité de l'hôpital et du pôle d'activité. Cependant, par exception et pour des raisons pratiques d'implantation de l'outil, les responsables du déploiement du futur système d'information pourront choisir de regrouper deux unités de soins de petites tailles et voisines mais n'appartenant pas au même pôle.

Concernant le lien avec des dispositifs externes, le cahier des charges prévoit bien l'intégration du SIDOPA vers le dossier médical personnel et vers le dossier commun de cancérologie. De même, le numéro d'identifiant du DMP sera utilisé par l'AP-HP. En revanche, on ignore actuellement la nature des échanges d'informations. En effet, le dispositif ne doit pas permettre uniquement un transfert d'informations de l'AP-HP vers l'extérieur, le véritable enjeu consiste à être en mesure de rapatrier les données DMP vers le dossier patient de l'AP-HP. Certains candidats ont fait des propositions intéressantes dans ce domaine. Cependant, ce point ne pourra figurer que dans le cadre de demandes d'évolution futures, dans la mesure où pour l'heure, on ne dispose d'aucune information technique précise de la part du groupement d'intérêt public (GIP) chargé du DMP, la logique étant identique pour le dossier commun de cancérologie.

Le futur système d'information patient reprendra au minimum les fonctionnalités offertes par PHEDRA. Les cliniciens et les pharmaciens mentionneront cet élément lorsqu'ils participeront à la première phase du déploiement, afin d'adresser une demande précise au consortium.

Au regard de l'envergure du projet, l'AP-HP constitue un partenaire privilégié pour les différents industriels interlocuteurs, situation qui lui confère le bénéfice d'exigences particulières. Pour sa part, l'institution doit démontrer sa capacité à agir de manière groupée afin de mettre en œuvre le projet dans de bonnes conditions. L'ensemble des intervenants doit donc se mobiliser dès la phase de notification pour initialiser le travail relatif aux fonctionnalités.

Quant au projet SGL, il constitue la première étape de la mise en place du nouveau système d'information. Dans le cadre d'un dossier patient unique, il semble logique à **M. LEPAGE** de prévoir un travail commun au sein de chaque discipline. C'est pourquoi, les huit hôpitaux qui participaient à quatre appels d'offres différents ont été regroupés afin de permettre un paramétrage unique par discipline. Cette démarche permet de réduire considérablement le coût du projet, de gagner du temps et d'éviter que les industriels gèrent la mise en œuvre du dispositif à leur guise.

Le **président** déclare que la CME appuiera autant que possible la démarche engagée, notamment en veillant à éviter toute demande de version spécifique et en garantissant l'autorité des équipes de M. LEPAGE dans cette démarche.

III - Bilan des travaux du groupe de la CME : informations – relations extérieures.

Le **président** a demandé aux différents groupes constitués au sein de la CME d'établir un bilan de leur action. A ce titre, M. FAGON présente les travaux du groupe informations et relations extérieures (GIRE) qu'il préside (cf. document présenté en séance).

Le groupe de travail relatif à l'information et aux relations extérieures, indique **M. FAGON** a pour missions de :

- participer à la réflexion relative au site Internet de la CME ;
- travailler au renouvellement du système d'information de l'AP-HP ;
- mener une réflexion visant à mieux coordonner les actions de la communauté médicale dans le domaine des relations extérieures et de la communication ;
- intervenir dans le domaine de la formation médicale, notamment à travers les revues en ligne.

Depuis sa création, le GIRE s'est réuni une quinzaine de fois, dont cinq avec le COSIDOPA, le groupe de travail chargé du système d'information patient. L'orateur regrette la faible fréquentation des membres à ces réunions.

1- Le site Internet de la CME.

La création d'un tel outil dédié à la CME faisait partie des engagements forts du président de la CME. Le groupe a participé au choix de créer un site Internet, et non un site Intranet, accessible à l'ensemble de la communauté médicale dont une partie spécifiquement aux membres de la CME via l'utilisation de codes d'accès propres et une extension destinée aux présidents des comités consultatifs médicaux.

Les données relatives à la fréquentation du site, entre 200 000 et 250 000 consultations par mois, permettent d'observer une moindre fréquentation durant les mois d'été, mais une progression du nombre de visites entre 2005 et 2006.

L'activité horaire révèle un nombre important de connexions entre 19 heures et 21 heures, un nombre non négligeable de connexions entre 21 heures et 6 heures du matin et durant les week-ends. Outre la validité du choix d'un site Internet, les statistiques de fréquentation démontrent que les rubriques consultées concernent principalement les documents et les rapports correspondant aux enjeux importants pour l'AP-HP (COMEDIMS, nouvelle gouvernance, évaluation des pratiques professionnelles...).

2- Le système d'information patient.

L'état d'avancement du dossier relatif au système d'information patient, exposé précédemment, constituera un enjeu majeur pour l'institution entre 2007 et 2012. Sa réussite requiert une forte implication de la communauté médicale. M. FAGON souligne que certains membres du GIRE ont participé de manière assidue aux réunions de travail consacrées à ce dossier.

3- Les relations extérieures et la communication.

L'idée initiale de dresser une liste de personnes ressources au sein de la communauté médicale pour assurer la communication de l'AP-HP, s'est heurtée à l'impossibilité de contrôler les médecins dans le domaine de la communication.

Le site institutionnel de l'AP-HP se développe de manière très significative et gagne en visibilité, même si des progrès sont toujours nécessaires.

Le GIRE a joué un rôle indirect dans le domaine de la gestion de crise et des relations avec la presse en participant à un groupe de travail constitué par la direction de la communication de l'AP-HP sur ce sujet.

En revanche, la situation en matière de relations internationales s'avère illisible pour les membres du GIRE. En effet, alors que certains établissements ont établi des liens privilégiés avec des hôpitaux étrangers, européens mais aussi chinois ou sud-américains, il n'existe aucune politique claire concernant la position de la communauté médicale de l'AP-HP dans ce domaine. Il sera nécessaire de s'atteler à ce sujet prochainement.

4- La formation médicale.

La communauté médicale étant déjà fortement mobilisée dans le domaine de la formation médicale continue, le GIRE a centré son action sur l'aide au développement des revues en ligne. En effet, la demande aux représentants des différentes disciplines de transmettre les recommandations propres à leur spécialité afin de les diffuser en ligne, a obtenu peu de réponses. On doit persévérer dans cette démarche susceptible d'apporter une véritable aide pratique aux médecins dans leur exercice quotidien.

Le GIRE a donc centré son action sur le développement des revues en ligne.

Les revues médico-scientifiques en ligne devraient enregistrer en 2006 900 000 téléchargements alors que le dispositif n'en était qu'à ses balbutiements au début du mandat de la CME. L'accès à des revues médicales et chirurgicales polyvalentes a contribué à cette forte progression des consultations en ligne.

A l'heure actuelle, 217 revues sont disponibles sous format électronique, ainsi que cinq bases de données sur le site <http://delform.aphp.fr/ejournal.htm>.

L'offre 2007 sera quasiment identique à l'offre 2006, cependant il conviendra de s'employer dès le début de l'année prochaine au choix des abonnements à souscrire en 2008, afin de prendre en compte la progression moyenne des coûts d'abonnement de l'ordre de 8 % par an.

L'information et la communication constituent désormais des enjeux majeurs pour l'institution, aussi pour l'avenir, il sera nécessaire de :

- continuer d'alimenter le site de la CME et sans doute en faire un lieu d'échanges ;
- participer au déploiement du système d'information ;
- continuer à développer les consultations des revues en ligne, notamment en améliorant la collaboration avec l'INSERM et les facultés ;
- améliorer le dispositif relatif à la formation continue, notamment en s'adressant aux chefs de clinique-assistants ou aux internes peu ou non concernés par ce dispositif ;
- améliorer la lisibilité dans le domaine des relations internationales.

Le bilan du GIRE fait apparaître des éléments très positifs (site CME, consultation des revues en ligne...), mais des progrès demeurent à accomplir dans d'autres domaines, conclut M. FAGON.

Il reste six mois pour engager de nouvelles actions déclare le **président** pour qui cette démarche permettra d'aider les futurs mandataires de la CME.

Puis il remercie M. FAGON ainsi que M. LIFCHITZ et Mme DIVIEN, sa secrétaire, pour l'aide qu'ils ont pu apporter à l'animation du site de la CME. Il souligne également le rôle joué par M. SEGOUIN dans le domaine des revues électroniques.

M. BERNAUDIN regrette à son tour l'absence de politique internationale de l'AP-HP et pense qu'il serait urgent de mettre en place une structure chargée de porter ce dossier.

Le **président** signale que le bilan des différents groupes de la CME figurera au sein d'un bilan global de l'action de la CME et sera diffusé sur le site Internet de l'instance.

IV - Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2007 : examen des postes vacants.

La parole est donnée à **M. AIGRAIN** pour introduire le dossier portant sur l'examen des postes vacants dans le cadre de la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2007.

Il mentionne cent vingt et une demandes de postes de praticiens hospitaliers à attribuer dans le cadre des redéploiements.

Le processus met en œuvre différentes règles,

- le poste libéré par un praticien hospitalier promu professeur des universités tout en demeurant au sein de son service est offert au redéploiement ;
- l'emprunt à un service d'un poste de praticien hospitalier, décidé en CME, doit être conservé en mémoire afin de le restituer dès qu'un candidat de qualité est présenté par le service concerné ;

- les postes vacants par absence de candidat font l'objet d'un redéploiement, excepté en anesthésie, quitte à envisager de les restituer aux sites lors d'impératifs internes prioritaires,

lesquelles règles visent à attribuer les postes de praticiens en fonction de données stratégiques et à procéder à un certain rééquilibrage.

Il rappelle que la communauté des anesthésistes a réalisé un effort de solidarité à l'égard des autres spécialités médicales, chirurgicales et biologiques, depuis un certain nombre d'années. A l'occasion de la révision, cette communauté ne demande pas la restitution des cinq postes empruntés par le passé, en contrepartie, elle souhaite continuer de mener en interne la redistribution des postes vacants afin de conserver des offres destinées à de jeunes anesthésistes.

M. CORIAT observe que la liste des services à examiner comprend plus de 20 % de chefs de service provisoires, en raison de l'absence de nomination de chef de service depuis un certain nombre d'années.

Par ailleurs, il pense que la CME doit impérativement tenir compte des postes auto-financés par les hôpitaux et les faire apparaître explicitement au sein de la liste. En ce qui concerne les demandes de postes de praticiens hospitaliers par redistribution, il regrette que l'avis du chef de service ne soit pas indiqué, car c'est un élément à prendre en compte dans le choix de la CME.

M. AIGRAIN estime pour sa part que la CME doit être informée des postes financés par les hôpitaux devenus vacants afin d'être examinés dans le cadre des redéploiements.

L'étude des postes vacants constitue une étape fondamentale, intervient le **président**, car elle permet de définir ceux qui seront disponibles à la redistribution. Chacun doit prendre conscience que la mise en avant des intérêts particuliers des hôpitaux aboutit à geler le système. Au contraire, la CME doit répartir les praticiens selon la réalité des besoins médicaux et être intransigeante à ce sujet. Enfin, il précise qu'il évoquera les demandes de rachat de poste à une autre occasion.

Le tableau transmis lors de la réunion préparatoire ne permet pas selon **M. CHAUSSADE** d'avoir une vue précise de la situation. Il importe de définir des règles claires concernant l'attribution des postes de praticiens hospitaliers, acceptées par les collégiales et par les membres de la CME.

M. NAVARRO signale qu'on sera amené à définir des règles d'attribution différentes lors du prochain recrutement. Cependant, dès à présent, la CME doit intégrer la nécessité de développer l'activité au sein de l'institution, même si les décisions qui découlent de cet impératif peuvent être désagréables pour les communautés ayant financé des postes.

Il apparaît utile à **M. MADELENAT** de mieux communiquer en destination des présidents de CCM et des responsables d'établissements afin de rappeler les règles qui présidaient au maintien des postes vacants. L'absence de candidature individualisée, le recours en dernière minute à des candidats de faible niveau, les échanges intra-hospitaliers entre spécialités différentes, sont des situations qui altèrent gravement les possibilités annuellement offertes au redéploiement des postes.

Pour toutes ces raisons, il considère que la CME doit se montrer beaucoup plus vigilante à l'avenir sur les demandes présentées.

Position partagée par le **président** et **M. AIGRAIN**, lequel ajoute que la réunion préparatoire a permis de constater que certains sites ont souhaité rendre des postes de praticiens hospitaliers vacants afin de répondre aux contraintes du plan équilibre. Or ce choix unilatéral, sans débat, revient à supprimer des emplois médicaux titulaires essentiels au développement de l'activité.

Dans ce contexte, il lui paraît nécessaire que l'administration centrale envoie un message très clair aux hôpitaux afin de préciser de ne pas sacrifier définitivement un poste médical au titre du respect du plan équilibre. Si un établissement souhaite réaliser un tel choix, il doit placer le poste à la disposition des autres sites dans le cadre de la révision des effectifs.

Il semble normal à **M. FAGON** que les hôpitaux devant appliquer un plan de retour à l'équilibre particulièrement difficile à mettre en œuvre, mènent une réflexion sur les emplois médicaux. Il lui paraît donc impossible d'interdire aux hôpitaux d'envisager une réduction de leurs équipes médicales, ou du moins, un non-renouvellement systématique des emplois libérés. Cette réflexion site par site doit évidemment s'intégrer dans une réflexion globale de l'institution sur la gestion du temps médical.

Cependant, il convient de rappeler que ces adaptations ne doivent pas aboutir à diminuer les effectifs médicaux globaux de l'institution. Il s'avère utile de définir la conduite à tenir dans ce cas de figure.

M. BERNAUDIN pense que les postes de praticiens hospitaliers de type PMSI pourraient être comptabilisés comme des postes administratifs et techniques susceptibles d'être occupés par des médecins.

Après cet échange de points de vue sur des considérations d'ordre général, **Mme PORTENGUEN** déclare que l'intergroupe personnel médical et structures réuni la semaine passée, propose que tous les postes vacants issus des promotions de praticiens hospitaliers en qualité de PU-PH fassent l'objet d'un redéploiement, à l'exception de deux postes, l'un aux urgences de l'hôpital Bicêtre, l'autre à l'hôpital Tenon. En effet, les deux PU-PH concernés ont été nommés au sein d'un autre hôpital.

Concernant les vingt et un postes à redéployer, suite à des nominations, il convient d'indiquer **M. AIGRAIN**, d'y soustraire les deux nominations extérieures au site dont les hôpitaux conservent le bénéfice de l'emploi, et les restitutions d'emprunts effectués au cours des précédents exercices et faisant l'objet d'un retour justifié, correspondant à 6 emplois à temps plein (ETP) :

- un ETP dans le service d'histologie-embryologie du groupe hospitalier Cochin ;
- un ETP dans le service de chirurgie générale et digestive du groupe hospitalier Henri Mondor ;
- un ETP dans le service de gynécologie – obstétrique du groupe hospitalier Lariboisière ;
- un ETP dans le service de cardiologie de l'hôpital Bicêtre ;
- 0,5 ETP dans le service de gérontologie de l'hôpital Charles Richet ;
- 0,5 ETP dans le service de médecine interne de l'hôpital Ambroise Paré ;
- un ETP dans le service de radiologie de l'hôpital Louis Mourier.

Après avoir pris en compte ces six ETP, seuls treize ETP restent vacants, soit parce qu'aucun candidat n'a été présenté, soit parce qu'il convient de redéployer le poste afin d'assurer l'équilibre stratégique de l'institution.

- Les postes proposés au redéploiement.

Biologie

- un ETP en microbiologie au sein de l'hôpital Emile Roux ;
- un ETP en hématologie immunologie à l'hôpital Beaujon.

Chirurgie

- un ETP en ophtalmologie au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, accompagné d'une proposition de redéploiement interne de la part de cet établissement.

Médecine

- un ETP en hématologie à l'hôpital Saint Louis, qui pourrait être rendu si un candidat est proposé, en raison des difficultés démographiques de l'établissement ;
- un ETP en maladies infectieuses et tropicales à l'hôpital Saint Louis ;
- un ETP en médecine du travail à l'hôpital Saint Louis ;
- un ETP en médecine du travail au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ;
- 0,5 ETP en gériatrie à l'hôpital René Muret, accompagné d'une proposition de redéploiement interne vers la psychiatrie ;
- 0,5 ETP en gastro-entérologie à l'hôpital Saint Antoine, accompagné d'une proposition de redéploiement interne vers la médecine interne ;
- un ETP en radiothérapie au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, accompagné d'une proposition de redéploiement interne vers un autre service de l'établissement ;
- un ETP en réanimation médicale à l'hôpital Louis Mourier ;
- un ETP en gériatrie à l'hôpital Charles Richet ;
- un ETP en hépato-gastro-entérologie – unité fonctionnelle d'alcoologie à l'hôpital Beaujon ;
- un ETP en santé publique au groupe hospitalier Bichat – Claude Bernard.

Une partie de ces postes listés peut être maintenue en fonction des arguments qui seront avancés par les établissements concernés. Une discussion doit néanmoins être engagée sur le poste d'alcoologie à l'hôpital Beaujon et sur celui en santé publique à l'hôpital Bichat.

Pharmacie

- un ETP à l'hôpital Hôtel Dieu.

Radiologie

- 0,5 ETP à l'hôpital Tenon.

Le service concerné souhaite que ce demi-poste soit redéployé en interne au sein du pôle de chirurgie générale et digestive.

En résumé, à ce jour il est proposé 25,5 ETP en redéploiement. En fonction des négociations avec les hôpitaux concernés, ce nombre est susceptible d'être sensiblement diminué.

A l'issue d'un débat sur les propositions de redéploiement, le **président** rappelle que ce point de l'ordre du jour constitue une information, la CME se prononcera uniquement lors de sa prochaine réunion.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

La CME émet un avis favorable aux deux contrats d'activité libérale présentés par 10 voix pour, 4 voix contre et 14 abstentions.

M. BERNAUDIN réitère sa demande visant à créer une commission d'évaluation apte à mesurer l'impact positif ou négatif de l'activité libérale au sein des hôpitaux de l'AP-HP.

VI - Approbation du compte-rendu de la séance du 17 octobre 2006.

M. DRU demande que son intervention relative aux modifications du statut des praticiens hospitaliers, en page 21, soit ainsi rédigée :

« Suite à la parution récente de deux décrets relatifs au statut des praticiens hospitaliers, M. DRU souligne quatre nouvelles mesures notables :

- une simplification du concours de praticiens hospitaliers qui n'est plus anonyme puisqu'il ne reste plus au mieux qu'un oral, donc à la tête du client ;*
- une nomination ministérielle mais une affectation dans un pôle ou un transfert d'un pôle à un autre par le directeur (même si c'est sur proposition du responsable de pôle et du président de la CME -et non de l'ensemble de la CME-);*
- une nouvelle position : la recherche d'affectation, selon les nécessités de service pendant deux ans au maximum. Le praticien qui refuse trois postes au moment de sa réintégration est rayé des cadres. Une façon élégante de licencier les praticiens hospitaliers ;*
- une part complémentaire variable, introduite dans le second décret, uniquement pour certains praticiens, basée sur des critères d'objectifs de qualité de soins (ce que fait chaque médecin dans sa pratique !) et de productivité.*

Une information et une discussion seraient souhaitables à la prochaine réunion de la CME ».

VII - Questions diverses.

1- Les vacances de chefferies de service.

Lors de sa séance du mois de juillet, la CME a voté une motion de protestation contre le nombre excessif de chefferies de service vacantes, rappelle le **président**. Suite à cette motion, il a cosigné avec la directrice générale un courrier adressé au ministère de la santé afin de regretter cette situation qui perturbe le fonctionnement de l'AP-HP et qui fait peser un doute concernant l'avenir de la chefferie de service dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. Il annonce que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) met un terme à cette situation par une circulaire en date du 7 novembre qui demande le recensement de l'ensemble des vacances afin de les publier au Journal officiel.

Mme PORTENGUEN ajoute que la DPM a déjà transmis au ministère en janvier 2006 les vacances des chefferies des services universitaires recueillies en 2005. Elle va à nouveau pointer l'ensemble des vacances enregistrées dans les services en prenant en compte les modifications de structures intervenues depuis l'ordonnance du 2 mai 2005. Sont exclus du dispositif les services issus de la scission d'anciens services.

2- Le remboursement des jours de RTT des médecins anesthésistes.

M. MADELENAT souligne les difficultés rencontrées à l'hôpital Bichat par les anesthésistes au sujet du remboursement des journées de réduction du temps de travail (RTT). En effet, dorénavant pourraient être remboursées cinq journées de RTT, contre vingt journées précédemment. Par conséquent, les anesthésistes devraient prendre ces jours de repos, au risque d'engendrer un arrêt de l'activité chirurgicale de l'hôpital avant la fin de l'année. Il sollicite donc de la CME une recommandation officielle adressée à l'ensemble des directeurs d'établissements, afin qu'ils prennent leurs responsabilités sur ce sujet et de parvenir à une situation identique sur tous les sites.

Il convient, indique le **président** qui approuve cette intervention, de proposer que la CME évoque officiellement cette question à la direction des finances et à la DPM.

Cela doit concerner l'ensemble des praticiens hospitaliers exerçant au sein de toutes les spécialités médicales précise **M. CORIAT**.

Lors d'une précédente séance de la CME, **M. DASSIER** avait rappelé que les tableaux individuels d'activité de chaque praticien hospitalier devaient être remis aux intéressés tous les quatre mois. Sur cette base, les périodes de travail excédant la durée normale peuvent être transformées en plages additionnelles ou figurer au sein du compte épargne temps.

Or certains hôpitaux ont totalement oublié cette disposition prévue par la loi. Dans les faits, les chefs de service signent les tableaux d'activité des praticiens hospitaliers, mais l'administration de certains hôpitaux ne prend pas en compte cette comptabilisation. Ainsi, les régularisations réalisées en fin d'année sont parfois très éloignées de la réalité de l'activité des praticiens hospitaliers. Aussi demande-t-il que les dispositions légales soient désormais respectées et qu'un bilan d'activité quadrimestriel soit remis à chaque praticien hospitalier.

Une réponse sera apportée sur ces points lors de la prochaine réunion de la CME intervient le **président**.

3- Question diverse relative aux décrets 2006-1221 et 2006-1222.

M. DRU évoque la parution des deux décrets du 5 octobre relatifs aux personnels médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et propose une motion s'y rapportant.

Le **président** annonce qu'à l'occasion de la prochaine séance de la CME, il est prévu de réaliser une présentation relative au nouveau statut des praticiens hospitaliers et de débattre au fond de ce sujet.

4- Les praticiens à diplôme hors communauté européenne.

M. SCHLEMMER s'interroge sur le fait que l'administration hospitalière de l'AP-HP s'oppose au recrutement de praticiens à diplôme hors communauté européenne alors que l'université mais aussi des centres hospitaliers, des centres de lutte contre le cancer (CLCC) ou des CHU de province s'estiment en mesure de recruter ces praticiens.

Ainsi, certains services connaissent des situations extrêmement difficiles, alors que la compétence de ces jeunes collègues étrangers est attestée par leur chef de service et par leur dossier. Il serait donc souhaitable que l'AP-HP interpelle la tutelle afin de mentionner ces situations notamment en anatomopathologie, en neurochirurgie ou en médecine nucléaire, mettant en péril l'activité médicale.

M. NAVARRO indique qu'effectivement certains hôpitaux publics n'analysent pas les textes de la même manière que l'AP-HP. La DPM examinera la situation afin de trouver une solution dans le respect de la législation. Une réponse sera apportée lors de la prochaine réunion de la CME.

5- La nomination des cadres administratifs des pôles d'activité.

Du point de vue de **M. NORDLINGER** l'un des derniers obstacles à la mise en œuvre des pôles d'activité réside dans l'absence dans certains hôpitaux de la nomination des cadres administratifs dédiés à ces nouvelles structures. Il lui semble important de résoudre cette difficulté pour que les pôles puissent fonctionner début 2007 comme prévu.

Le **président** déclare que ce point essentiel a été évoqué au sein du conseil stratégique et le **directeur général** ajoute qu'on doit d'abord faire face aux incertitudes relatives à la carrière des futurs cadres administratifs de pôle. En second lieu, on se trouve confronté à l'enjeu de mettre en œuvre une réforme des modes de gestion qui doit dans sa période de montée en charge assurer à la fois le fonctionnement du système actuel et préparer le nouveau résultant de la mise en place des pôles. Pour sa part, il a fixé comme objectif la désignation de cent soixante quinze cadres administratifs au sein de cent soixante quinze pôles d'activité sans augmenter le nombre total des cadres administratifs de l'AP-HP au cours de l'année 2007.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures.

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

Mardi 12 décembre 2006 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 29 novembre 2006 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.