

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 5 JUILLET 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2005**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 5 juillet 2005

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Bilan de l'activité 2004 et plan d'action 2005 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.
- 2- Analyse de l'activité à l'AP-HP en 2004 et en Ile-de-France de 1998 à 2003.
- 3- Organisation et suivi des prestations inter-hospitalières (PIH).
- 4- Information sur la création des centres d'investigations biomédicales au sein du groupement hospitalier universitaire ouest.
- 5- Information sur les bourses du fonds d'étude et de recherche du corps médical.
- 6- Plan stratégique pour la période 2005 – 2009 :
 - avis sur un complément de projets d'actions par groupement hospitalier universitaire ;
 - avis sur le programme d'investissement.
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 8- Avis sur des demandes de création de postes d'assistant des hôpitaux au 1^{er} novembre 2005.
- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 7 juin 2005.
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition F

- Avis sur les candidatures aux stages interrégions pour le semestre de novembre 2005 à mai 2006.

Composition C

- Avis sur la candidature aux fonctions d'un praticien responsable de pôle à Tenon.
- Avis sur la désignation d'un chef de service à plein temps, hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur la validation de la période probatoire de 49 praticiens hospitaliers.
- Avis sur des changements d'affectation internes de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

Composition B

- Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH au titre de l'année 2005.
- Avis sur les candidatures au recrutement de MCU-PH d'odontologie pour l'année 2005 (1^{er} tour).

Composition A

- Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH au titre de l'année 2005.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de PU-PH.
- Avis sur les candidatures au recrutement de PU-PH d'odontologie pour l'année 2005 (1^{er} tour).

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*

- Mme le Dr BAUBEAU, représentant l'inspection régionale de la santé,
- Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
- M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
- Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

- *les représentants de l'administration :*

- Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
- Mme PANNIER, directrice de cabinet,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
- M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
- M. GARNIER, directeur économique et financier,
- M. LEMONNIER, directeur du patrimoine et de la logistique,
- 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. ANTONINI, direction de la politique médicale,
- M. le Pr BERGMANN, président de la COMEDIMS centrale,
- M. BEST, direction de la politique médicale,
- M. le Dr DAVID, direction du développement et des ressources humaines,
- Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

*

*

Le président **de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de Mme ABADIE et de MM. BEN-BRIK, BERNAUDIN, RYMER et SALES.

Avant d'aborder les questions notées à l'ordre du jour, il évoque la mémoire de M. BOUREAU, praticien apprécié et reconnu récemment décédé.

M. DUSSAULE relate l'hommage rendu à l'homme de grande conviction qu'était M. BOUREAU. Neurophysiologiste, responsable d'une unité fonctionnelle de traitement de la douleur et de prise en charge des soins palliatifs à l'hôpital Saint-Antoine devenue un centre de référence pour l'agence régionale de l'hospitalisation en Ile-de-France (ARH-IF), il figure parmi les précurseurs dans ce domaine au sein de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. Il a oeuvré à la création notamment d'un réseau de santé, d'un diplôme d'études spécialisées, du premier diplôme universitaire de la douleur en France. Membre actif du comité de lutte contre la douleur de l'AP-HP, son dynamisme et sa chaleur humaine manqueront beaucoup à l'hôpital Saint-Antoine qui organise en son honneur, pour demain après-midi, un moment de recueillement.

I - Bilan de l'activité 2004 et plan d'action 2005 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

M. BERGMANN présente les grandes lignes du dossier relatif à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) mis en ligne sur le site Internet de la commission médicale d'établissement.

Après avoir abordé l'organisation et le fonctionnement de la commission et de ses comités permanents, il décrit les dépenses annuelles de médicaments, le bilan d'activité pour l'année 2004 et le plan d'action pour l'année 2005.

1- Les dépenses.

Elles s'élèvent pour l'année 2004 à 579 millions d'euros répartis entre les médicaments utilisés en hospitalisation et ceux rétrocédés aux malades externes à l'hôpital. Si les dépenses de médicaments progressent depuis 1997 leur rythme a diminué, passant de 18,7 % en 2002 à 7,49 % en 2004. L'augmentation résulte essentiellement de celle du coût des médicaments utilisés en hospitalisation (+ 14,23 %) notamment des médicaments hors les groupes homogènes de séjours (+ 24,15 %).

Les dix premières classes de médicaments utilisés en hospitalisation représentent 79 % des dépenses et les produits rétrocédés correspondent majoritairement aux antiviraux. Les dépenses des dispositifs médicaux, d'un montant de 188 millions d'euros, ont évolué de 2 % en 2003, rythme qui devrait se confirmer en 2004.

2- Le bilan d'activité pour l'année 2004.

M. BERGMANN décline les principaux éléments du bilan de l'activité des différents organes :

a) La COMEDIMS :

L'important travail du groupe Juste Prescription est souligné par M. BERGMANN qui rappelle l'existence sur le site Intranet consacré à la juste prescription de 25 fiches validées, 25 autres devraient s'y ajouter à la rentrée. 90 médicaments devraient ainsi faire l'objet d'une fiche de prescription comprenant des recommandations aux prescripteurs et une obligation de prescription individuelle précisant le diagnostic et le niveau d'indication. Ce travail, très complexe du fait de l'évolution des situations médicales, est d'abord fondé sur une expertise des collégiales, puis sur une relecture par le comité d'évaluation et de diffusion des innovations (CEDIT) et la COMEDIMS, enfin sur une relecture par des experts des collégiales.

b) Le comité du médicament (COMED) :

Le COMED, qui participe de manière active au travail relatif à la juste prescription, réalise une évaluation régulière des médicaments.

c) Le comité des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) :

Le CODIMS a mis en place une méthodologie d'évaluation, un projet de filière de traçabilité des dispositifs d'évaluation et de contrôle dans le cadre des procédures d'achat, ainsi qu'une expertise des dossiers. Près de 30 % des dispositifs ont été soumis à l'expertise de cette commission après deux ans de travail.

d) La commission du médicament anti-infectieux (COMAI) :

La COMAI a élaboré des recommandations relatives aux nouveaux produits anti-infectieux et à un certain nombre de classes, notamment la classe des antifongiques. Elle a également proposé différents projets relatifs à la vaccination ou à l'aide à la prescription.

e) Le comité de la iatrogénie (COMIA) :

Le COMIA s'est attaché à ajouter aux prescriptions du COMED des éléments relatifs à la iatrogénie au sein des fiches de Juste Prescription. Un travail est en cours concernant la diffusion des alertes.

3- Le plan d'action pour l'année 2005.

Le plan 2005 de la COMEDIMS, a indiqué M. BERGMANN, met un accent particulier sur la poursuite des travaux engagés, notamment dans le domaine des dispositifs, l'étape suivante correspond à l'élaboration de Contrats de Bon Usage.

Continuer ce travail de veille scientifique et d'actualisation des recommandations de la juste prescription nécessite de combler le déficit en personnel médical, d'élaborer des Contrats de Bon Usage et d'adapter le système informatique dont les incohérences actuelles, selon M. BERGMANN, doivent être corrigées afin d'établir une procédure informatisée de la prescription à la dispensation, ce que ne permettent pas les logiciels en service.

M. BERGMANN, qui travaille dans un des premiers services à avoir mis en œuvre une prescription informatisée, dit se lamenter depuis quinze ans des insuffisances des logiciels de prescription médicamenteuse.

Puis il achève son exposé en précisant qu'il convient d'une part de procéder à des arbitrages en rapport à la gestion des risques, d'autre part d'améliorer la communication fondée sur le bulletin trimestriel, sur le site Intranet et prochainement sur Pharmadoc chargé de transmettre les informations relatives à un médicament.

Le **président** souligne l'ampleur de la tâche à réaliser et compare la démarche engagée à celle menée par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

M. CHAUSSADE demande pour quelle raison d'une part, les dépenses de dispositifs médicaux implantables (DMI) restent imputées aux services, d'autre part, pourquoi l'AP-HP continue-t-elle à distribuer des médicaments vendus en officine depuis plusieurs années. Par ailleurs, il signale que le comité national de défense de l'hôpital met en cause le travail de la COMEDIMS qui empêcherait selon le comité, de faire bénéficier les patients de certains médicaments. Il importe donc estime-t-il, de communiquer pour faire savoir que la commission veille uniquement au respect des bonnes pratiques.

Les médicaments et les DMI coûteux figurant sur la liste nationale rappelle **M. BERGMANN**, sont intégralement remboursés par la sécurité sociale à condition que les praticiens prescripteurs justifient de leur bon usage.

Le mécanisme complexe de rétrocession, pour lequel un décret est en cours de préparation, permet à l'AP-HP d'engranger un bénéfice de 15 % sur la vente d'un médicament.

S'agissant de la critique formulée à l'encontre de la COMEDIMS, il déclare que l'évaluation induit des choix pouvant être assimilés, à tort, à une démarche interdisant aux malades l'accès à un médicament indispensable. Une meilleure communication permettra en effet d'informer sur l'objectif recherché.

Puis à l'adresse de **M. SCHLEMMER** qui s'informe sur la manière dont la COMEDIMS entend gérer l'actualisation des référentiels de bonnes pratiques, **M. BERGMANN** répond que la solution relève, selon lui, du niveau national car l'AP-HP ne peut surveiller l'ensemble des médicaments et la qualité des informations transmises sur leur évolution. Tandis que des pharmaciens des CHU de Paris, Lyon et Marseille mènent une réflexion sur ce sujet, les COMEDIMS n'ont pas encore entrepris une démarche commune malgré des contacts ponctuels. Le partage du travail lui semble la seule issue, l'AP-HP prenant en charge le suivi de 20% des 90 médicaments et des 50 DMI concernés tout en faisant confiance aux travaux conduits dans d'autres CHU afin d'assurer la veille scientifique.

A son tour, **M. LEVERGE** évoque la rétrocession instaurée par un arrêté ministériel de juillet 1962 qui autorise l'AP-HP à percevoir un remboursement augmenté de 15 % du prix d'achat des médicaments et des dispositifs médicaux. Or, l'AP-HP n'a fait jouer le mécanisme qu'à compter du 1^{er} janvier 2003 malgré ses interventions réitérées pour souligner que l'institution perdait 45 M€ par an. Dans le même temps, il avait demandé sans succès au précédent directeur des finances, d'associer l'AP-HP à l'action en justice engagée par les CHU de Toulouse, Marseille et Rouen, lesquels ont obtenu le paiement des arriérés des années 2000 à 2002.

Le mécanisme de la rétrocession porte sur 55 % du budget des médicaments de l'AP-HP, soit 350 M€. L'AFSSAPS souhaite un contrôle médical et scientifique sur ces produits issus des innovations technologiques ; une fois éprouvés, ils sont prescrits par les médecins de ville tandis qu'à l'hôpital d'autres produits innovants les remplacent.

Un projet de décret prévoit de substituer aux 15 % supplémentaires actuels un forfait de 23 € par ligne. La conférence des pharmaciens de CHU et l'association des directeurs de CHU demandent au ministre l'ajout d'une marge pour compenser la perte future de recette.

Le projet de décret s'avère en effet défavorable à l'AP-HP confirme la **directrice générale** qui a vigoureusement exprimé aux autorités de tutelle que l'institution ne pratiquerait plus de rétrocession s'il advenait qu'elle ne soit pas rémunérée pour le service de nature hospitalière et scientifique qu'elle rend au public. Il convient donc d'unir les efforts pour éviter des pertes financières.

Le **président** clôt le débat en proposant d'ouvrir le site de la CME à une communication de la COMEDIMS.

II - Analyse de l'activité à l'AP-HP en 2004 et en Ile-de-France de 1998 à 2003.

M. LEPAGE résume l'activité de l'AP-HP et des autres acteurs en région Ile de France (cf. document diffusé aux membres de la CME).

1- La méthodologie.

L'analyse de l'activité a été réalisée à partir de la classification des outils d'analyse du programme médicalisé du système d'information (PMSI) des grandes disciplines médicales et chirurgicales. Les séjours de un jour en hospitalisation complète ont été intégrés à l'étude dans le cadre de la classification des groupes homogènes de séjour (GHS) et de la tarification à l'activité (T2A) ainsi que cinq activités identifiées en chirurgie ambulatoire.

Une comparaison de l'évolution des modes de prise en charge a été effectuée.

2- L'évolution de l'activité à l'AP-HP de 2000 à 2004.

a) L'évolution du nombre de séjours :

L'activité de médecine a diminué de 6 % entre 2000 et 2003 avant de progresser de 4 % en 2004 tandis que l'activité de chirurgie baisse régulièrement depuis 2001 en raison de l'augmentation de l'activité ambulatoire. On observe des évolutions comparables dans le secteur de la pédiatrie.

L'activité ambulatoire de médecine progresse régulièrement, celle de chirurgie stagne avant d'augmenter de 15 % en 2004 et celle de pédiatrie croît constamment en médecine mais diminue en chirurgie jusqu'en 2002 pour remonter légèrement ensuite.

b) L'évolution des recettes :

L'évolution des recettes correspond à celle de l'activité. Stables entre 2000 et 2003, elles augmentent de 3,6 % en 2004, soit 5,4 % en médecine, 5,6 % en obstétrique et 0,4 % en chirurgie.

c) L'évolution de l'activité des hôpitaux :

Si la quasi-totalité des hôpitaux enregistre une croissance de l'activité de médecine entre 2003 et 2004, la plupart conservent une activité inférieure à celle de 2000 démontrant l'existence d'un fort potentiel de progression de l'activité.

Certains hôpitaux connaissent une baisse importante de l'activité chirurgicale dont seule une partie de cette baisse trouve son origine dans des restructurations.

d) L'évaluation de l'activité par spécialité :

Restée stable entre 2000 et 2004 pour certaines spécialités de médecine et en chirurgie digestive, l'activité a diminué en cardiologie, neurochirurgie, orthopédie, ophtalmologie et ORL stomatologie.

e) L'évolution de l'activité par pathologie :

On enregistre une croissance d'activité au niveau des pathologies relatives à l'activité hospitalo-universitaire (chirurgie pelvienne, plastique, endocrinienne....) et une diminution des activités susceptibles d'engendrer une activité ambulatoire (cataracte, ligature des veines...) ou impactée par le progrès médical (pontage coronaire).

3- L'évolution de l'activité régionale.

Les données de l'année 2004 n'étant pas disponibles, l'évolution de l'activité porte sur la période de 1998 à 2003.

a) L'évolution des séjours supérieurs à 24 heures :

L'activité de médecine du secteur privé, faible en proportion, connaît une forte diminution. L'évolution de l'activité de chirurgie du secteur public et du secteur privé est comparable à celle de l'AP-HP tandis que celle des établissements participants au service public hospitalier (PSPH) se dégrade davantage.

En pédiatrie, la diminution de l'activité s'avère limitée en médecine mais en chirurgie elle atteint -10 % à l'AP-HP et -30 % pour le secteur privé.

b) L'évolution au niveau des différentes catégories d'intervenants :

En médecine ambulatoire, la progression de l'activité des hôpitaux d'adultes est identique pour l'ensemble des acteurs mais plus forte pour les établissements PSPH.

En chirurgie ambulatoire adulte, l'écart se creuse entre l'AP-HP et les autres intervenants régionaux dont l'activité croît de 30 % à 40 %. Le fait que l'AP-HP n'intervienne pas suffisamment dans le domaine ambulatoire se traduit par une perte d'activité relative aux cinq groupes homogènes de malades (GHM) examinés, de 20 % au profit des autres catégories d'établissements.

c) Les parts de marché entre 1998 et 2003 :

Pour les séjours supérieurs à 24 heures, la part de marché en médecine adulte a légèrement augmenté pour l'AP-HP (35,2 % à 35,7 %) et le secteur public et diminué pour le secteur privé tandis que celle de chirurgie adulte reste stable pour l'AP-HP (19,7 %) et progresse pour le secteur privé (52,7 % à 53,4 %).

Concernant l'activité ambulatoire, la part de marché de l'AP-HP demeure stable en médecine adulte (27 %) mais diminue de 2 points en chirurgie adulte au profit des établissements publics et des établissements PSPH ; le secteur privé occupe 76 % des parts de marché de chirurgie adulte.

Selon les territoires de santé, les hôpitaux de l'AP-HP sont soumis à des concurrences différentes. Ainsi, l'institution couvre 80 % des parts de marché à l'est de Paris alors qu'à l'ouest le secteur privé et les établissements PSPH représentent 50 % de l'activité de médecine adulte et 75 % de l'activité de chirurgie adulte.

En conclusion, M. LEPAGE souligne la forte progression de l'activité de l'AP-HP entre 2003 et 2004 en médecine et une plus faible progression de l'activité en chirurgie, malgré une forte incitation au recours de la chirurgie ambulatoire. Les activités hospitalo-universitaires qui augmentent sont un élément positif. En revanche, il existe une importante concurrence du secteur privé au sein de certains territoires de santé.

4- Le bilan des conférences « activité – stratégie – performance » (ASP).

M. NAVARRO fait ensuite état du projet de pilotage de l'activité, né à la suite de cet important travail d'analyse. L'AP-HP dispose ainsi d'un certain nombre d'outils : le taux d'occupation corrigé (TOC), l'index de performance (IP), la durée moyenne de séjour (DMS). Ce projet, bien perçu par les présidents de CCM et les directeurs des hôpitaux lors des conférences ASP, est à affiner en lien avec la direction économique et financière pour aboutir à un outil simple basé sur :

- une prévision d'activité médicalisée pour 2006,
- une analyse prospective, sur la durée du plan stratégique, prenant en compte l'environnement, les évolutions technologiques attendues et la démographie médicale.

Il a vocation à devenir un véritable outil de pilotage contractuel entre les hôpitaux et le siège.

Au terme de ces exposés, le **président** ouvre la discussion.

Le **vice-président** estime que l'engagement dans la voie de la chirurgie ambulatoire dépend tant de la nature des actes réalisés que des choix stratégiques de la communauté chirurgicale et de l'administration. En effet, suite à l'évolution de la cancérologie, le conseil national du cancer attend de l'AP-HP qu'elle accueille les patients nécessitant des actes lourds non pris en charge par le secteur privé. En outre, les membres du groupe constitué sur le thème des blocs opératoires qu'il anime, sont divisés entre les partisans de la chirurgie ambulatoire et ceux contre son développement à l'AP-HP. Favorable à l'investissement de l'AP-HP dans cette activité, il craint néanmoins que l'état des blocs opératoires ne permette pas d'assumer un tel choix qui implique des réformes structurelles considérables et l'organisation de recrutements spécifiques. Il convient selon lui d'encourager les hôpitaux dans ce sens et souligne l'intérêt du volet contractuel contenu dans le projet de pilotage de l'activité.

Pour M. NORDLINGER, il importe de ne pas sous-estimer les difficultés quasi-structurelles de l'AP-HP en matière d'activité ambulatoire et d'opérer un changement radical pour concurrencer réellement le secteur privé. Il s'agit en particulier de régler le problème de l'accueil des patients et de réfléchir à la manière de centraliser l'activité ambulatoire afin d'offrir aux malades souffrant de petites pathologies une prise en charge à proximité de leur domicile.

En accord avec ce propos, le **président** rappelle la création d'un groupe de travail chargé de réfléchir sur l'activité ambulatoire ; co-piloté par la direction de la politique médicale avec M. SUDREAU et par la CME avec M. AIGRAIN, ce groupe rendra à l'instance le résultat de ses travaux en fin d'année.

Afin de connaître le poids de chaque activité médicale et les marges de croissance, **M. CHAUSSADE** suggère de fournir des données en valeur absolue et de préciser les index de performance par spécialité médicale et par hôpital pour tenir compte de la situation de chaque service et de chaque spécialité, ce qui lui paraît plus pertinent qu'un objectif de croissance fixé à 3 % pour tous les acteurs. Par ailleurs, l'évolution prévue de la démographie des médecins et des infirmiers anesthésistes constitue l'un des enjeux majeurs de l'activité ambulatoire.

L'activité de chirurgie traumatologique en hospitalisation classique ayant diminué, **M. GOUTALLIER** demande si elle est compensée par l'activité traumatologique en ambulatoire car le secteur privé ne se montre guère volontaire pour prendre en charge ce type d'interventions. Par ailleurs, limiter la diffusion de cette étude au site Internet de la CME lui paraît insuffisant pour informer l'ensemble de la communauté médicale et chirurgicale.

M. GOËAU-BRISSONNIERE, qui partage ces deux points de vue, précise que pour éviter la perte de parts de marché, l'AP-HP doit développer l'activité ambulatoire, laquelle correspond à une partie importante de l'activité de chirurgie viscérale, vasculaire et ORL. L'institution doit assurer un rôle dans la formation des futurs professionnels et adapter son organisation tout en préservant la prise en charge de proximité.

Mme DEBRAY-MEIGNAN suppose que la diminution de 30 % de l'activité de médecine du secteur privé est liée au fait que ce dernier ne prend plus en charge les malades âgés atteints de multiples pathologies. Si tel est le cas, la tendance s'aggraverait sans doute eu égard à l'évolution démographique que connaîtra la France.

M. GUILLEVIN évoque l'activité souvent coûteuse mais non comptabilisée, réalisée le dernier jour d'hospitalisation des patients. Cet élément contribue à une diminution de l'activité compte tenu de la baisse constante de la durée de séjour.

Il importe en effet de développer la communication observe **M. SCHLEMMER** et d'adresser des messages non seulement aux participants des conférences ASP et aux membres de la CME mais aussi aux intervenants sur le terrain. Un effort d'information doit être entrepris à l'intention des médecins et des chirurgiens afin qu'ils s'approprient les outils de pilotage de l'activité et les décisions stratégiques qui en découlent. En outre, il convient de faire preuve de réactivité et de s'atteler à diffuser cette notion dans les services.

L'abondance des données nuit à la compréhension de l'évolution du dispositif relève **M. FAGON**, estimant qu'il revient au siège d'affiner son analyse avant d'en communiquer les résultats aux hôpitaux et d'élaborer, avec eux, des contrats dans le cadre d'une véritable vision stratégique.

D'autre part, le développement de la chirurgie ambulatoire implique la mise en commun de certains moyens alors que les réticences surgissent dans l'utilisation des blocs opératoires. Or, l'organisation instaurée à l'HEGP fonctionne tout en maintenant des équipes disposant de réelles spécificités.

Dans la continuité de cette intervention, **M. CARLI** estime utile de discuter les éléments présentés au sein des collégiales afin d'élaborer des stratégies également au niveau des professions. De plus, il importe d'exploiter au maximum les ressources de l'anesthésie réanimation car l'organisation des blocs opératoires constitue un enjeu stratégique majeur pour l'AP-HP. Cela passe par des consensus locaux fondés sur des chartes et des organisations nouvelles et productives des blocs opératoires.

Par ailleurs, l'anesthésie réanimation pose des problèmes considérables au secteur privé car la sécurité sociale impose la présence d'infirmiers anesthésistes pour réaliser un certain nombre d'actes tandis que ces infirmiers sont à la charge financière des médecins anesthésistes qui les emploient. De plus, il existe un déficit de deux mille infirmiers anesthésistes.

Réagissant à ces propos, **M. DRU**, constate que les difficultés concernent essentiellement les infirmiers de bloc opératoire, qui devront notamment faire face, à l'HEGP, à une diminution de vingt postes en décembre. A ses yeux, la difficulté ne trouve pas son origine dans la démographie mais dans l'organisation interne des blocs opératoires.

Il précise par ailleurs que les médecins anesthésistes sont prêts à participer à une démarche d'activité ambulatoire et suggère que le sujet de l'organisation du bloc opératoire soit évoqué par le groupe chargé du « travail médical » (section du groupe du personnel médical de la CME) présidé par **M. CHAUSSADE** qui ne s'est encore jamais réunie.

M. DRU relève enfin que la dernière commission évoquée par le président, comprenant anesthésistes et chirurgiens, ne comprend pas d'anesthésiste membre de la CME.

Comme l'avait déjà montré l'enquête sur l'activité des consultations il y a 4 ans, optimiser l'organisation des consultations aux fins notamment de réduire les délais de rendez-vous, améliorer l'accueil des patients, orienter ces derniers vers d'autres chirurgiens ou médecins lorsque le chirurgien souhaité est indisponible constitue, du point de vue de **Mme BRESSAND**, une des premières actions à mener pour développer l'activité des services.

En réponse à ces observations, **M. LEPAGE** apporte un certain nombre de précisions. Un travail est engagé visant à examiner les délais de consultation et les pourcentages d'annulation. Les résultats de l'enquête seront présentés devant la CME en fin d'année.

L'AP-HP dispose d'un potentiel de progression d'activité puisque cette dernière demeure, dans la plupart des hôpitaux, inférieure au niveau atteint en 2000.

Le projet de pilotage d'activité prévoit de moduler l'objectif d'évolution de l'activité en fonction des taux d'occupation des lits et des index de performance des établissements. Dans une seconde phase, le projet entend mettre en œuvre une démarche associant les collégiales.

Dans le cadre du PMSI et de la T2A, la facturation porte sur le séjour et non sur le nombre de journées d'hospitalisation ; dès lors, les examens réalisés le jour de la sortie du patient sont comptabilisés. En revanche, la question se pose sur les séjours d'une journée rémunérés en « catégorie majeure 24 ». Aussi, une étude en cours déterminera la part liée à l'aspect organisationnel et celle relevant du domaine médical. Les informations recueillies seront transmises aux autorités de tutelle afin d'améliorer la classification.

Le secteur relatif aux fractures et aux luxations entre bien dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ; un document en cours de finalisation renseignera sur ce sujet.

Parmi les messages à transmettre aux hôpitaux, deux paraissent particulièrement essentiels à **M. LEPAGE**, à savoir, l'existence de marges de progression de l'activité des séjours de plus de 24 heures et la perte prévisible d'une part importante de l'activité de chirurgie si l'AP-HP ne s'organise pas pour réaliser une activité ambulatoire, sachant que le secteur privé intervient de plus en plus dans le domaine de la chirurgie lourde, dans de nombreuses spécialités.

III - Organisation et suivi des prestations inter-hospitalières (PIH).

La parole est donnée à **M. GARNIER** pour exposer le nouveau dispositif d'enregistrement comptable et budgétaire des prestations inter-hospitalières (PIH) en fonction depuis le 1^{er} janvier 2005 (cf. document transmis aux membres de la CME).

Les objectifs visent à favoriser le développement d'opérations de mutualisation des plateaux médico-techniques et à permettre aux hôpitaux de posséder une vision comptable plus complète de leurs dépenses et de leurs recettes.

Le champ d'application se limite aux consultations et aux actes médico-techniques réalisés entre les hôpitaux de l'AP-HP.

La cotation des prestations suit les règles déjà établies et la valorisation se base sur le coût moyen de la discipline.

1- L'impact budgétaire.

Le montant des PIH équivaut à 23,5 M€ pour 2003 et devrait progresser en 2004 en raison des mutualisations en cours. Ces prestations ont été intégrées dans les notifications budgétaires de l'année 2005 avec une incidence en dépenses pour l'hôpital demandeur et en recettes pour l'hôpital producteur. Après consolidation, l'impact s'avère nul au plan budgétaire et un ajustement interviendra dans le cadre de la décision modification n°1 sur la base des prestations constatées en 2004.

M. GARNIER détaille ensuite la traduction budgétaire pour l'hôpital producteur et l'hôpital consommateur de PIH, l'incidence en dépenses et en recettes et les modalités pratiques des opérations.

2- Le premier bilan

Réalisé après cinq mois d'utilisation, le premier bilan permet de constater le fonctionnement satisfaisant du dispositif de liaison entre le titre de recettes et le mandat. Les difficultés observées concernent des retards de facturation par certains sites et la ventilation des dépenses par unité administrative (UA).

M. GARNIER achève sa présentation par les six hôpitaux les plus producteurs et les plus demandeurs de prestations et par la répartition des PIH par types d'actes.

Mme MARCHAND fait part des difficultés rencontrées au niveau de la facturation des prestations. Le site demandeur émet un coût de base estimé a priori. Cependant, des analyses supplémentaires peuvent être incrémentées par un résultat pathologique et la facturation a posteriori est différente. Il serait souhaitable de disposer de la facturation du laboratoire prestataire en lieu et place de tableaux comportant des montants non vérifiables. Elle signale que les demandes de prestations hors site portent sur des analyses particulières souvent manuelles.

Si le dispositif fonctionne globalement au niveau financier, **M. GARNIER** indique qu'il reste à améliorer l'analyse fine des prestations. Puis **M. NORDLINGER** questionnant sur la possibilité d'appliquer ce dispositif aux prestations inter-pôles, il répond que le système peut, en théorie, s'utiliser pour d'autres types de prestations. Il convient cependant d'évaluer l'avantage attendu par rapport à la lourdeur du dispositif.

La **directrice générale** ajoute que le préalable consiste à définir le mode de construction des budgets des pôles et à résoudre des problèmes techniques avant d'envisager cette solution. Le système de PIH a facilité les restructurations et les réorganisations des services médico-techniques. Elle pense, en revanche, qu'il n'est sans doute pas indispensable au niveau des pôles.

IV - Information sur la création des centres d'investigations biomédicales au sein du groupement hospitalier universitaire ouest.

Après avoir rappelé la procédure exposée devant la CME le 11 janvier dernier visant à créer des centres d'investigations biomédicales (CIB) dans chaque GHU, **M. BEST** explique que la création des CIB du GHU ouest a été différée afin de tenir compte des remarques formulées lors de ladite réunion concernant ce GHU (cf. document transmis aux membres de la CME).

Un nouvel examen des dossiers sur la base de thématiques prioritaires a conduit à décider la création de deux CIB au sein du GHU ouest :

- le CIB « cycle de la vie » commun aux pôles hospitaliers Cochin, Hôtel-Dieu, Necker – Enfants Malades, coordonné par Mmes MACINTYRE et LACOMBE ;
- le CIB « cancérologie, maladies cardio-vasculaires, handicap » coordonné par Mme AIACH.

M. BEST décrit l'activité des deux centres avant d'indiquer que les structures de recherche clinique de l'AP-HP comportent huit centres d'investigations cliniques, dix unités de recherche clinique à fédérer et huit centres d'investigations biomédicales couvrant les centres de ressources biologiques coordonnés par thématiques.

Il précise enfin qu'une circulaire ministérielle du 26 mai 2005 relative à l'organisation de la recherche clinique au niveau national reprend les intitulés initiés à l'AP-HP pour instituer un schéma de réforme au plan national commun à l'ensemble des CHU.

Le **président** se réjouit qu'une solution recueillant l'assentiment de tous soit issue des discussions pour la création des CIB au sein du GHU ouest.

V - Information sur les bourses du fonds d'étude et de recherche du corps médical.

Suite à sa saisine par le contrôleur financier de l'AP-HP, le service de la formation continue des médecins a établi un mode de fonctionnement entre le fonds d'études et de recherche du corps médical des hôpitaux de Paris (FERCM) et l'AP-HP, informe **M. DAVID** avant de retracer brièvement l'historique et les modalités de gestion et de financement du FERCM (cf. document transmis aux membres de la CME).

Les bourses d'études financées directement par l'AP-HP, bénéficient aux internes et aux anciens internes des hôpitaux de Paris (pour l'essentiel des personnels non titulaires : CCA, AHU) réalisant une année de recherche.

D'un montant actuel total de 236 000 €, le montant unitaire des bourses varie de 7000 à 13000 euros selon le nombre de candidats retenus.

Par délibération du 24 juin 2005, le conseil d'administration a approuvé l'attribution des bourses, la sélection des candidats par le conseil scientifique du FERCM, la validation de la liste des candidats retenus par la commission de la formation continue des médecins et le principe d'une convention de partenariat entre l'AP-HP et le FERCM.

VI - Plan stratégique pour la période 2005 – 2009.

- Avis sur un complément de projets d'actions par groupement hospitalier universitaire.
- Avis sur le programme d'investissement.

Avant de donner la parole à M. NAVARRO, le **président** rappelle que le conseil d'administration entérinera le plan stratégique lors de sa séance du 7 juillet prochain.

1- Des projets d'actions complémentaires.

M. NAVARRO donne lecture des trois modifications apportées au volume numéro deux du plan stratégique adopté par la CME le 7 juin dernier.

a) Le rattachement du site La Collégiale à l'hôpital Broca.

Le texte corrigé précise : « Ce rattachement s'accompagnera d'un contrat de partenariat médical entre l'Hôtel-Dieu et le groupe Broca – La Collégiale – La Rochefoucauld et d'un projet gériatrique nouveau pour l'Hôtel-Dieu (équipes mobiles, unités de gériatrie aigue, hôpital de jour à visée gériatrique) ».

b) La maternité de l'hôpital Beaujon.

Le nouveau texte indique : « La maternité de l'hôpital Beaujon sera reconstruite sur ce site. La conception et la conduite de ce projet devront être réalisées en commun avec la maternité de l'hôpital Bichat au sein d'un ensemble périnatal associant les deux hôpitaux. Dans le délai nécessaire à cette réalisation, toutes les dispositions seront prises pour que les conditions de sécurité optimales soient réunies, à la fois pour les personnes devant être hospitalisées et pour le personnel de l'hôpital ».

c) Les activités de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

Le texte corrigé mentionne : « Jusqu'à leur transfert vers d'autres sites, les activités de pédiatrie de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul seront maintenues à leur niveau actuel. Après leur transfert devront être définis des contrats de partenariat entre l'hôpital pédiatrique du GHU ouest et les activités de néonatalogie regroupées sur le site de Port-Royal ».

Le **président** tient à souligner que M. NAVARRO et lui-même se sont attachés à pourvoir la communauté pédiatrique de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul d'un soutien favorisant des conditions normales de travail. A cet effet, il sera procédé à des nominations au sein des équipes.

2- Le programme d'investissement.

En préambule, **M. LEMONNIER** déclare que le plan stratégique s'accompagne d'un effort exceptionnel en matière d'investissement dont le budget s'élève à 2,595 milliards d'euros, soit une augmentation de 63% par rapport au plan précédent. Cette progression suppose la réalisation d'un certain nombre de conditions et traduit la volonté de l'AP-HP d'un dynamisme dans ce domaine (cf. document transmis aux membres de la CME).

a) L'investissement immobilier

D'un montant de 1, 521 milliard d'euros, il croît de 74 % du fait notamment de l'achèvement des grandes réalisations engagées dans le plan précédent et se répartit ainsi :

- 510 M€ pour les 15 grands projets stratégiques,
- 554 M€ pour les 100 projets d'hôpitaux,
- 457 M€ pour les plans de travaux des hôpitaux.

b) L'investissement en équipement

En progrès de 26 %, il atteint 625 M€ dont :

- 411 M€ pour le renouvellement des équipements des hôpitaux,
- 35 M€ pour les services généraux et centraux,
- 179 M€ pour les opérations nouvelles ciblées du plan stratégique.

c) L'investissement en informatique

Il enregistre une progression de 100 % avec un montant de 449 M€ ventilés ainsi :

- 235 M€ pour le schéma cible du système d'information dans les quatre domaines : patient ; relations humaines ; économie, immobilier, finances, logistique ; pilotage.
- 214 M€ pour la poursuite des investissements dans les autres domaines.

La présentation se poursuit par la projection d'images illustrant le programme immobilier.

- Hôpital Rothschild : reconversion en hôpital de soins de suite et de réadaptation en rééducation et en gériatrie (ouverture en 2008).
- Hôpital Saint-Antoine : construction d'un bâtiment pour abriter les urgences, la polyclinique et la réanimation médicale et d'un bâtiment pour les laboratoires de biologie (ouverture en 2007).
- Hôpital Tenon : construction d'un bâtiment pour les urgences, la chirurgie et l'anesthésie (ouverture en 2008) et d'un bâtiment destiné à la recherche (ouverture en 2006).
- Hôpital Armand Trousseau : construction d'une maternité périnatalogie (ouverture en 2007).
- Hôpital Louis Mourier : création d'une unité de réanimation néonatale (ouverture en 2008).
- Hôpital Cochin : création d'un pôle mère-enfant regroupant les maternités de Saint-Vincent-de-Paul et Port-Royal (ouverture en 2008) et construction d'un bâtiment de logistique et de laboratoires (ouverture en 2007).
- Hôpital Georges Pompidou : réalisation d'un bâtiment de recherche (ouverture en 2007).
- Hôpital Necker-Enfants Malades : création d'un pôle mère-enfant (ouverture en 2008).

- Hôpital Antoine Béchère : reconstruction de la réanimation néonatale pour assurer la prise en charge globale des nouveaux nés de la maternité (ouverture en 2006).
- Hôpital Bicêtre : création d'une maternité de niveau III accueillant les urgences pédiatriques (ouverture en 2007).

En conclusion, M. LEMONNIER fait remarquer que le programme immobilier couvre des opérations relatives à l'amélioration de la qualité, à l'activité médicale, à la mise aux normes et à l'efficacité.

Se référant au projet de Necker-Enfants Malades notamment, la **directrice générale** fait état des réactions négatives qu'il suscite. L'AP-HP tente de préserver l'urbanisme mais ce projet qui se traduit par une densification provoque l'opposition de la part d'élus locaux et de riverains. Elle indique avoir avisé le président suppléant du conseil d'administration de ces difficultés qui s'impliquera personnellement pour soutenir les projets de rénovation du parc hospitalier de l'AP-HP.

Puis, elle rend hommage au travail considérable accompli et fait valoir que ce programme ambitieux conjugue à la fois opérations de construction décidées dans le précédent plan stratégique et modernisation des bâtiments existants afin d'améliorer les conditions d'accueil des patients et de travail des personnels. Elle souligne que l'AP-HP manque d'ingénieurs pour sa mise en œuvre et que l'administration s'emploie à pallier cette insuffisance.

Enfin, la directrice générale signale que le financement de ces projets d'investissement, y compris en exploitation (amortissements et frais financiers), est prévu dans le cadre du cadrage financier du plan stratégique voté par le conseil d'administration le 21 mars dernier. L'effort en exploitation s'élève à 215 M€ par an couvrant le solde des amortissements et frais financiers à financer.

L'ensemble du programme paraît à **M. CARLI** constituer un sujet important pour la collectivité. Aussi, plaide-t-il pour une large communication de celui-ci afin de faire prendre conscience aux équipes que les choses changent à l'AP-HP.

S'agissant du bâtiment « de logistique et de laboratoire » qui sera construit à l'hôpital Cochin, **M. LEVERGE** propose de l'appeler bâtiment « de l'apothicairerie, de la logistique et des laboratoires » car la logistique correspond à des moyens de porter les médicaments délivrés par l'apothicairerie et non à un service hospitalier.

Un décret relatif à la climatisation des établissements hospitaliers prévoit la création de pièces climatisées dans les établissements de santé précise **M. LAPANDRY** qui a assisté à la présentation de ce texte. A cette occasion, il a été indiqué que ces dispositifs ne devaient pas être concentrés dans une seule pièce, mais répartis sur l'ensemble du bâtiment pour le confort des patients et du personnel. Dans ce cadre, il rappelle les difficultés éprouvées jusqu'à présent pour convaincre les architectes et les bâtisseurs de la nécessité de prévoir la climatisation des bâtiments construits en région parisienne. Les projets qui viennent d'être présentés comportent de très vastes surfaces vitrées, rendant la climatisation encore plus nécessaire.

Mme DEBRAY-MEIGNAN demande si les constructions projetées, qui offrent de vastes surfaces vitrées propices à la production de chaleur et au coût élevé de nettoyage, comportent des dispositifs pour limiter ces inconvénients.

M. LEMONNIER répond par l'affirmative, ces projets prévoient des dispositifs intégrés aux vitrages, tels des pare-soleil.

Mise aux voix, chaque partie du plan stratégique présentée est adoptée par 33 voix pour ; on note 3 abstentions et un membre ne participe pas au vote.

VII - Avis sur des contrats d'activité libérale.

Deux nouveaux contrats d'activité libérale sont approuvés par 22 voix pour ; on compte 16 abstentions.

VIII - Avis sur des demandes de création de postes d'assistant des hôpitaux au 1^{er} novembre 2005.

M. ANTONINI fait connaître que les neuf demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux concernent la discipline pharmaceutique. La direction économique et financière doit se prononcer sur trois demandes financées sur la base de crédits de rétrocession, aussi l'avis de la CME sera soumis à cet accord, explique-t-il.

Les demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux sont approuvées à l'unanimité, on note une abstention.

IX - Approbation du compte-rendu de la séance du 7 juin 2005.

Ce compte rendu est approuvé sans observation.

XI - Questions diverses.

1- Les budgets affectés aux centres de référence des maladies rares.

Le **vice-président** signale que les budgets affectés à ces centres pour l'année 2005 ne sont pas encore parvenus dans les hôpitaux. Ces fonds doivent être utilisés dans l'année car ils ne peuvent se reporter alors que les effectifs des centres sont incomplets. Dans ce contexte, **M. LACAU ST GUILY**, questionne sur les possibilités d'une part, pour accélérer le processus d'obtention des fonds pour les hôpitaux, d'autre part, pour reporter sur les années suivantes les crédits non utilisés en raison de leur disponibilité tardive.

2- L'évolution des cadres de proximité.

M. CHAUSSADE souhaite des précisions sur l'annonce dans un document rédigé par le siège de la suppression de quatre cents à six cents emplois de cadres de proximité et le transfert de cent soixante autres vers la direction des soins infirmiers. Dans le cadre de la création des pôles, cette annonce lui semble inopportune et une telle mesure limiterait de surcroît la promotion professionnelle.

3- Les produits sanguins stabilisés.

En présence d'indications qui se contredisent, **M. PATERON** estime nécessaire que l'administration communique aux hôpitaux la position de l'AP-HP en matière d'hémo-vigilance des produits sanguins stabilisés.

Pour ces trois questions diverses, le **président**, demande aux représentants de l'administration de produire des éléments de réponse à la prochaine réunion de la CME.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 30.

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

Mardi 13 septembre 2005 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 7 septembre 2005 à 15h00.

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.