

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 14 OCTOBRE 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 16 DECEMBRE 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 14 octobre 2003

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Point sur la tarification à l'activité.
- 2- Présentation du plan équilibre financier de l'AP-HP.
- 3- Avis sur la décision modificative numéro 2 pour l'année 2003.
- 4- Révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2004.
- 5- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 6- Approbation du compte-rendu de la séance du 23 septembre 2003.
- 7- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA et AHU, dans des services hors AP-HP au titre de l'année universitaire 2003/2004.

Composition C

- Avis sur le changement d'affectation interne d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de praticiens hospitaliers à temps plein et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la nomination d'un chef de service en odontologie.
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
 - M. le Pr 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 ;

- *en qualité d'invité permanent :*
 - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
 - M. GARNIER, directeur économique et financier,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - Mme JACQUARD, directrice du développement des ressources humaines,
 - Mme PANIER, directrice de cabinet,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme AOUSTIN, responsable de la mission tarification à l'activité au ministère de la santé,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme DARRIEU, direction économique et financière,
 - M. DAVIGO, direction de la politique médicale,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

*

* *

Le président **M. de PROST** ouvre la séance en présentant les excuses de MM. CARLI, DESMONT et GOUTALLIER. Il procède ensuite à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I - Point sur la tarification à l'activité.

La parole est donnée à **Mme Aoustin**, responsable de la mission consacrée à la tarification à l'activité au ministère de la santé, pour présenter la phase opérationnelle de la mise en place de cette nouvelle tarification.

Elle introduit le sujet en indiquant que l'objectif de la réforme vise une plus grande efficacité de l'ensemble du dispositif des soins et une harmonisation des modes de financement entre le secteur privé et le secteur public.

Actuellement, le financement du premier repose sur l'activité et sur une facturation des honoraires en sus alors que le second relève de la dotation globale de financement. Le futur mode de financement des deux secteurs se fonde sur les mêmes principes ; cependant la réforme prévoit des échelles de tarifs distinctes pour chaque secteur afin de prendre en compte leurs charges respectives.

Elle précise que la tarification à l'activité (T2A) a été préférée à celle à la pathologie en raison d'une part de la volonté du ministre de la santé de financer les établissements en fonction de la nature et du volume de leurs activités, d'autre part du lien direct de la T2A avec le programme médicalisé du système d'information (PMSI).

1- Le champ d'application de la réforme.

La réforme s'adresse, déclare Mme Aoustin, à tous les établissements publics et privés titulaires d'une autorisation pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit environ mille cinq cents établissements dont plus de cinq cents publics. Toutes les autres activités (la psychiatrie, le soin de suite et de réadaptation, le soin de longue durée, le médico-social...) sont exclues du champ d'application de la réforme.

Cette dernière couvre l'hospitalisation et l'ensemble de ses alternatives comme la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile, les consultations et les actes externes.

2- Les modalités de financement.

Il est proposé une tarification mixte, c'est-à-dire un financement directement lié à l'activité réalisée d'une part, un financement sur la base de dotations d'autre part.

a) Les financements liés à l'activité.

Le paiement au tarif par séjour se décline sous la forme de groupes homogènes de séjour (GHS) qui constituent les pendants tarifaires des groupes homogènes de malades (GHM) du PMSI. Dans le but d'améliorer l'adéquation des tarifs au coût de l'activité réalisée, à un seul GHM peuvent se rapporter plusieurs GHS.

Le tarif par prestation s'applique aux consultations, aux actes externes, aux urgences (passages), aux prélèvements d'organes, à l'hospitalisation à domicile.

S'ajoutent à ce dispositif *des financements spécifiques relatifs aux médicaments onéreux et aux dispositifs médicaux implantables (DMI).*

Des financements complémentaires sont également prévus pour tenir compte des durées de séjour dépassant celles inscrites dans les GHM ou pour les réanimations.

b) Les financements hors tarification à l'activité.

Il s'agit tout d'abord d'une *dotacion pour couvrir les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)*. La dotacion MIGAC a vocation à financer les missions d'enseignement, de recherche, d'innovations et le rôle de recours d'une part et l'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens d'autre part.

Par ailleurs, *un forfait annuel* financera les charges fixes relatives aux urgences ou encore les frais de coordination hospitalière des prélèvements.

c) Un dispositif forfaitaire et prospectif.

Mme Aoustin signale que les modalités de financement par GHM obéissent à un dispositif économique forfaitaire et prospectif. Les tarifs se calculent sur la base de moyennes de coûts observés et d'un certain nombre d'éléments afin de concorder au mieux à la diversité des situations.

S'agissant des GHS, le projet est fondé sur la base de deux échelles de tarifs : un tarif national sera appliqué à l'ensemble du secteur relevant de la dotacion globale de financement et les cliniques bénéficieront d'un tarif excluant les honoraires des médecins. A terme, pour les champs d'activités communs au secteur public et au secteur privé, des éléments de comparaison intégrant l'ensemble des honoraires médicaux pourraient être mis en place.

Un coefficient correcteur sera appliqué au tarif national dans les zones géographiques à surcoût que s'emploie à déterminer une étude qui est en cours. A titre d'exemple, l'intervenante cite comme zones à surcoût possible les départements d'Outre-Mer, Paris intra-muros.

d) La période transitoire.

La T2A s'appliquera au 1^{er} janvier 2004, poursuit l'oratrice. Le canevas retenu pour le passage en trois ans de la dotacion globale de financement vers le schéma cible consiste à limiter l'application des nouveaux critères à un pourcentage de la dotacion globale relevant du champ MCO. A titre indicatif, il pourrait atteindre 10 % la première année, 20 % l'année suivante ; les pourcentages seront fixés chaque année par le ministre en fonction de l'évaluation des surcoûts.

3- *Les modalités de la régulation.*

a) La régulation des médicaments coûteux et des dispositifs médicaux implantables.

Objets de paiements supplémentaires, les médicaments coûteux et les dispositifs médicaux implantables risquent de subir une forte augmentation des prix. Aussi, par mesure de protection des producteurs de soins, il est proposé à l'adresse des industriels, un dispositif de prix plafonds et une négociation sur des prix d'achat évoluant en fonction des volumes d'achats. Ces médicaments et ces DMI feront l'objet d'une liste fixée par arrêté.

Il est également proposé d'engager une démarche de contractualisation avec les ARH concernant un bon usage de ces produits afin d'éviter des transferts systématiques vers ces derniers.

b) Une enveloppe commune et fongible.

Mme Aoustin déclare que la dotation globale de financement constitue le meilleur mode de régulation car il permet de contraindre la dépense. Cependant, il a été décidé de sortir de ce dispositif afin de supprimer ses effets pervers.

A l'avenir, le financement du champ MCO des établissements publics et privés tiendra dans *une enveloppe commune et fongible*. La légitimité de cette démarche s'inscrit dans le fait que les modalités de financement deviendront prochainement identiques pour les secteurs public et privé et que des coopérations se concluront entre les établissements publics et privés. En revanche, les activités hors MCO relèveront de la dotation globale de financement pour le secteur public et de l'objectif quantifié national (OQN) pour le secteur privé. L'enveloppe commune MCO contiendra l'enveloppe MIGAC.

Fixé chaque année, un objectif de dépenses MCO (public et privé) sera le fruit d'un croisement entre l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) voté par le parlement et la prévision d'un volume d'activités. De cette confrontation découleront les tarifs qui seront appliqués. Ces derniers rapportés à l'activité constitueront un objectif de dépenses MCO. En revanche, un taux d'augmentation annuelle garantira la dotation MIGAC.

Mme Aoustin mentionne enfin qu'au cours de la période transitoire, cette enveloppe commune correspondra au pourcentage des dépenses couvertes par l'activité tarifée pour le secteur public mais à la totalité de l'activité MCO pour le secteur privé.

Le **président** salue la clarté de l'exposé malgré la complexité du sujet et rappelle que l'Assistance publique – hôpitaux de Paris va pouvoir sortir du cadre strict de la dotation globale de financement même si l'évolution s'annonce progressive.

A son tour **M. LEPAGE** s'emploie à détailler les avancées et les risques de la réforme relative au financement des établissements de santé.

En préambule, il signale que le dispositif de la dotation globale a conduit un certain nombre d'établissements dont l'AP-HP à diminuer leur activité induisant une baisse des revenus, qui à son tour, a entraîné une nouvelle réduction des recettes. La tarification à l'activité permet d'envisager un retour à l'augmentation de l'activité des établissements.

1- Les avancées.

Les avancées portent d'abord sur une plus juste valorisation dans le PMSI des activités spécifiques et onéreuses comme la réanimation, les urgences, les séjours extrêmes, la pédiatrie, les médicaments coûteux et les DMI, préalable absolu à la tarification à l'activité.

On note ensuite une entrée progressive dans la T2A qui se traduit dès 2004, par la sortie de la dotation forfaitaire de certaines composantes budgétaires. Celles-ci concernent 10 % (pour 2004) de l'activité et les domaines couverts par l'enveloppe MIGAC. La méthodologie du financement et de la répartition de cette dernière, souligne-t-il, fait l'objet de discussion entre le ministère et les centres hospitaliers universitaires. L'AP-HP souhaite une dissociation de l'enseignement et de la recherche d'une part et de l'innovation et du recours d'autre part. Le ministère a indiqué que le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sera extrait de l'enveloppe MIGAC. S'agissant des dispositifs médicaux implantables, uniquement ceux relatifs à la cardiologie seront pris en compte en 2004 à l'hôpital public.

2- Les risques.

La phase de transition induit des différences importantes entre le secteur public et le secteur privé. Contrairement aux établissements privés qui connaissent une application d'emblée de la T2A sur tout le champ visé, assortie d'un coefficient correcteur des écarts entre les établissements, les hôpitaux publics intègrent progressivement le nouveau dispositif. En conséquence, l'augmentation d'activité se traduira par un financement total pour les cliniques privées contre seulement 10 % la première année pour les établissements publics. Ce dispositif apporte néanmoins une sécurité à ces derniers dans le cas d'une diminution de l'activité.

Par ailleurs, les établissements privés ont obtenu de soustraire les honoraires médicaux du nouveau système.

En troisième lieu, l'enveloppe unique fongible expose le secteur public qui peut craindre le glissement vers le privé des segments rentables d'activité, limitant ainsi l'activité des hôpitaux publics à celle qui se rapporte aux missions de service public.

Enfin, les missions d'intérêt général dont les financements relèveront d'une enveloppe attribuée aux ARH méritent une juste valorisation notamment au moyen d'une évaluation annuelle. Les CHU craignent que le budget consacré à l'enseignement et à la recherche se limite à la part incluse dans celui des missions d'intérêt général. Ils s'emploient actuellement à la mise en place de critères objectifs permettant de définir la MIGAC.

3- La production de l'information médicale.

La mise en place de la T2A nécessite une production trimestrielle et de qualité de l'information médicale. Des contrôles seront effectués engendrant des pénalités en cas de dérive.

En conclusion, M. LEPAGE indique que ce nouveau modèle de tarification produit un bouleversement culturel mais constitue une nécessité impérieuse pour améliorer la situation actuelle. Il s'agit aussi de veiller au fait que les établissements publics et en particulier les CHU ne soient pas pénalisés. La réforme contribue à renforcer la culture de l'évaluation. A cet égard, une base commune a été fondée au sein des CHU participant à l'étude nationale des coûts afin de disposer d'éléments de comparaison et de comprendre les différences constatées.

Le **président** donne la parole aux intervenants.

Pour **M. LACAU ST GUILY**, les paiements en sus constituent l'un des éléments clés de la nouvelle tarification. Il évoque ensuite le poids sur l'activité hospitalière de l'activité d'enseignement et de formation. Il suggère d'engager rapidement une discussion sur ce sujet dans le but de bâtir un argumentaire précis à destination de l'ARH afin d'éviter que l'AP-HP ne soit lésée lors de la répartition par l'agence de l'enveloppe MIGAC.

Tandis qu'il faudrait rapporter le coût de l'enseignement à chaque GHM, l'existence d'une enveloppe globale l'inquiète. Quant aux médicaments coûteux, il estime qu'une autodiscipline vouée aux bonnes pratiques favorisera les négociations avec la tutelle.

Selon **M. DEBRE**, le budget afférent à l'enseignement et à la formation devrait provenir du ministère de l'éducation nationale car l'ARH manque d'éléments pour répartir les crédits de manière optimale.

Par ailleurs, après avoir cité des exemples médicaux montrant que pour une même pathologie certains services hospitalisent 90 % des patients alors que d'autres les traitent en externe, il évoque la différence du coût des deux approches. Or, il constate que dans le cadre des séjours extrêmes, le nouveau dispositif prévoit une minoration du tarif du GHS si la durée du séjour est inférieure à une borne donnée. Aussi s'interroge-t-il sur l'intérêt pour l'établissement de ne pas hospitaliser le patient.

Favorable à la tarification à l'activité, l'intervenant se demande néanmoins quel objectif vise la réforme, et si, dans ce cadre, un chef de service a intérêt à réaliser de nombreux petits actes très rentables ou au contraire à recruter de nombreux patients lourds nécessitant une longue hospitalisation.

M. GUILLEVIN pense que le nouveau mode de financement sacrifie l'activité ambulatoire. Tandis que l'AP-HP joue un rôle important dans les fonctions d'expert et de référent, les tarifs de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ne peuvent prendre en compte ce rôle. Ce nouveau dispositif conduira donc vers l'hospitalisation là où une consultation ou une hospitalisation de jour suffirait.

De plus, il considère que le tarif affecté aux urgences s'avère pervers. En effet, alors qu'il est souhaitable qu'une partie de l'activité des urgences revienne au sein de la médecine générale, le nombre d'actes délivrés dans les services d'urgences sera artificiellement augmenté, au risque d'accentuer leur encombrement, dans le but de bénéficier d'un budget permettant de traiter les vrais cas d'urgence.

Pour **M. FAYE**, le nouveau dispositif ne prend pas en considération le caractère national et trans-régional du recrutement des patients à l'AP-HP ; le recrutement national évalué à 10 % des entrées, atteint 30 % à 40 % dans les services hautement spécialisés. Il lui paraîtrait pertinent de prévoir des modalités spécifiques, au sein de l'enveloppe MIGAC par exemple, pour financer l'attractivité nationale et trans-régionale de l'AP-HP.

M. HARDY souhaite connaître les modalités de financement des activités hors MCO (psychiatrie, SSR et long séjour) et si elles intégreront à terme la T2A.

M. SCHLEMMER désire savoir d'une part s'il y a une différence entre le coefficient de correction géographique et la péréquation régionale qui était appliquée depuis plusieurs années et d'autre part, à quel moment des médicaments innovants se substitueront à d'autres sur la liste des médicaments onéreux.

M. PATERON explique que les services d'urgences dispensent une activité de consultation en urgence et une activité d'hospitalisation (unité d'hospitalisation de courte durée) mais l'ARH apparente cette dernière à une activité de surveillance de courte durée sans valeur d'hospitalisation. L'AP-HP serait fortement lésée si ce type d'hospitalisation intégrait la rubrique du « tarif au passage », conclut-il.

Eu égard aux conséquences importantes pour le secteur public, **M. CHAUSSADE** demande si la réforme sera débattue et votée à l'assemblée nationale. Par ailleurs, l'AP-HP faisant l'objet d'un plan d'économie, il craint une collision des deux dispositifs. Il redoute en outre que ce nouveau système de financement n'induisse, dans le cadre d'une logique de rentabilité et d'augmentation de l'activité, de refuser l'admission de patients qui nécessitent une hospitalisation longue. Enfin, une absence de contrôle des indications concernant les médicaments coûteux risque d'engendrer une explosion des coûts.

M. NORDLINGER ne comprend pas de quelle manière peut s'opérer la répartition de l'enveloppe budgétaire entre le secteur public et le secteur privé tandis que les honoraires médicaux de ce dernier sont exclus de ce nouveau modèle de financement.

S'agissant des médicaments coûteux, alors que le suivi depuis janvier 2002 d'une douzaine de produits a nécessité une forte mobilisation des services cliniques et des pharmacies hospitalières, **M. LEVERGE** considère impossible de contrôler dès 2004, trente à cinquante produits dans des conditions nominatives convenables avec les outils actuels. Le ministère devrait donner une vive impulsion à l'informatisation et donc à la sécurisation des circuits des produits pharmaceutiques.

De plus, l'AP-HP consacre près de six cents millions d'euros par an aux dépenses de médicaments dont trois cents millions d'euros dédiés à des médicaments coûteux distribués à des patients externes, ce qui correspond à quarante cinq millions d'euros de recettes de groupe 3 générées par les pharmacies à usage intérieur ; or, une partie de cette somme n'est toujours pas recouvrée.

L'intervenant se demande enfin comment intégrer ces activités non mesurées, parfois non mesurables, dans le nouveau dispositif de financement.

L'évaluation de la prescription des médicaments coûteux se pratiquant dans les hôpitaux publics, **Mme DEGOS** souhaite connaître si un contrôle identique s'opérera lorsque ces médicaments seront mis à la disposition du secteur privé où cette culture n'est pas implantée.

En réponse à ces observations, **Mme Aoustin** apporte un certain nombre de précisions.

- *Le cadre de la réforme.*

La réforme s'inscrit dans le cadre du projet de la loi de financement de la sécurité sociale examinée par le parlement dans les jours prochains. Afin d'informer les parlementaires, la mission a élaboré un rapport exposant les avantages, les inconvénients et les risques du nouveau dispositif.

- *Les missions d'intérêt général.*

Pour l'heure, les établissements publics font l'objet d'une modulation de leur budget en fonction de la valorisation des points ISA afin de tenir compte des missions d'intérêt général. Les CHU et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) se voient attribuer une dotation virtuelle à hauteur de 13 % de la dotation globale de financement qui diminue d'autant la valeur finale de leur point ISA.

Le nouveau système nécessite de concrétiser ce montant virtuel qui sera intégré à l'enveloppe MIGAC dont le montant est garanti (il appartient au ministre de valoriser le taux d'évolution de l'enveloppe, chaque année).

Mme Aoustin considère que cet éclairage permettra aux décideurs de porter un regard plus médicalisé sur les dépenses et de mieux connaître l'évolution de certains champs notamment celui des médicaments coûteux et innovants à la progression exponentielle.

Des travaux visant à constituer des indicateurs qui serviront à définir les moyens à consacrer pour financer les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation vont être lancés ; le système actuel se poursuivra si le chantier n'est pas conclu en 2004.

- *Les urgences.*

L'oratrice souscrit aux commentaires formulés sur les services d'urgences. En effet, les nouvelles modalités de financement peuvent inciter les services à multiplier les passages et par-là même, à traiter des patients relevant d'autres modalités de prise en charge. Ce mécanisme reste cependant le moins mauvais, car la priorité est de financer correctement l'activité des urgences qui est en forte croissance. Néanmoins, il faut rechercher des moyens incitatifs aux prises en charge alternatives en dehors des urgences.

- *Les hospitalisations de courte durée.*

Un GHS spécifique aux séjours de courte durée doit être élaboré afin de doter ce type de séjours d'un mode de rémunération particulier. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) doit examiner tout d'abord comment identifier administrativement ces séjours et ensuite comment les valoriser.

- *L'activité ambulatoire.*

L'activité ambulatoire bénéficie d'un GHS particulier. Les tarifs proposés inciteront les établissements à traiter un patient en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation qui induit des dépenses en personnel. C'est pourquoi, d'ores et déjà, le secteur privé préfère recourir à l'activité ambulatoire en raison de l'économie qu'elle engendre. Mme Aoustin termine en indiquant qu'une logique similaire s'appliquera sans doute prochainement dans le secteur hospitalier public.

M. GARNIER intervient pour préciser que ce projet de loi sera vraisemblablement adopté par l'assemblée nationale et mis en application dans trois mois. En 2004, 10 % des recettes MCO et donc environ 5 % des recettes totales de l'AP-HP dépendront de la tarification à l'activité.

Dès 2004, l'AP-HP doit donc produire un effort considérable dans la qualité et la rapidité de la collecte des informations du PMSI. Contrairement aux pratiques du passé, les saisies devront se réaliser régulièrement car on est tenu de produire des communications trimestrielles en 2004 et mensuelles en 2005. Ces données constitueront la base de calcul de l'activité et d'une partie des recettes de l'AP-HP. Il faut donc apprendre rapidement à utiliser ces nouveaux outils.

II - Présentation du Plan Equilibre de l'AP-HP.

En préambule, le **président** rappelle que la lettre du ministre et la lettre de la directrice générale relatives au Plan Equilibre ont été remises aux membres de la commission médicale d'établissement et que ce plan a été présenté lors d'une réunion regroupant les directeurs d'hôpitaux, les présidents de comités consultatifs médicaux et le bureau de la CME, puis lors de réunions par groupement hospitalier universitaire. Il s'agit maintenant pour les membres de la CME de formuler leurs réactions et observations sur le Plan Equilibre.

Puis, la **directrice générale** prend la parole pour présenter les points saillants du Plan Equilibre qui se déroulera sur quatre ans.

1- Le constat

La situation financière de l'AP-HP se caractérise par un déficit qui se creuse d'année en année. Depuis quelques années, l'augmentation de la dotation globale représente la moitié de l'augmentation des dépenses de personnel et le tiers de l'augmentation des dépenses médicales.

Cette situation a notamment pour cause la double péréquation imposée par les pouvoirs publics depuis cinq ans, de la région Ile de France vers la province, de l'AP-HP vers les autres hôpitaux de la région Ile de France. Cette péréquation a été mise en place parce que l'AP-HP dispose de moyens supérieurs aux autres CHU. Par ailleurs, si demain la tarification à l'activité s'appliquait à l'ensemble des activités de l'AP-HP, les recettes diminueraient de plus de 400 M€.

Dans l'accomplissement de sa mission de service public l'AP-HP est confrontée à une demande qui évolue, à des thérapeutiques et à des modes opératoires qui changent très rapidement et peuvent justifier de moyens complémentaires. Comme il n'est jamais proposé de redéployer des moyens, il en résulte que certains services souffrent d'un manque de moyens, ont des personnels épuisés, placent les malades sur liste d'attente, alors que d'autres services disposent de moyens qui ne correspondent plus parfaitement aux besoins et aux réponses thérapeutiques. A cet égard, la directrice générale souhaite que le côté notarial de la fiche de mission et de structure des services disparaisse pour tenir compte de l'évolution des missions (en augmentation et en diminution) et parallèlement de celle des moyens nécessaires.

De même, la situation d'encombrement des services MCO devrait conduire les différentes structures de l'AP-HP à se montrer solidaires pour dégager des moyens permettant de financer par exemple des unités de soins de suite et réadaptation et des unités de long séjour. Le fait de disposer de l'ensemble des réponses aux besoins de santé publique devrait faciliter pour l'institution une adaptation permanente de la réponse à l'évolution des besoins.

2- Les remèdes

La directrice générale indique que le retour à l'équilibre ne peut se faire en un an et qu'il est apparu nécessaire de demander une aide de l'Etat. La difficulté a été de solliciter cette aide à l'Etat alors que la péréquation qui s'appliquait à l'AP-HP et qui devait conduire à des restructurations a abouti à un report de charges et alors que le déficit de l'assurance maladie est considérable.

L'Etat a cependant consenti un effort qui se matérialisera de la façon suivante. Tout d'abord, la double péréquation, défavorable à l'AP-HP, disparaît. En second lieu, l'AP-HP obtient une augmentation de la base budgétaire de 230 M€ en quatre ans.

Ce rebasage exceptionnel implique des contreparties demandées à l'AP-HP par l'Etat :

- d'une part, un effort de réorganisation et d'économies structurelles correspondant à un impact de 60 M€ par an pendant quatre ans à compter de 2004. La première phase du rebasage (35 M€ en 2003) s'appliquera sans contrepartie en termes de diminution des coûts, mais après un vote du conseil d'administration s'engageant sur le Plan Equilibre. Par ailleurs, un tel vote permettrait d'obtenir le versement de l'engagement supplémentaire de l'Etat (70 M€) dès le budget primitif 2004. Les versements suivants interviendraient en fin d'année 2005 et 2006 en fonction des économies réalisées par l'AP-HP ;
- d'autre part, la vente d'une partie du patrimoine de l'AP-HP non liée directement aux activités de soins ou aux logements des personnels.

M. GARNIER précise que le déficit s'élevait à 40 M€ en 2001, 100 M€ en 2002 soit un déficit cumulé de 140 M€. Il devrait atteindre environ 210 M€ en 2003 en tenant compte du plan d'économie de 0,9 % mis en oeuvre. Le rebasage des recettes et le ralentissement de la progression des dépenses grâce aux mesures de productivité et d'économies prévues dans le Plan Equilibre devraient permettre de revenir à l'équilibre entre les dépenses et les recettes de l'année en 2006.

3- Les engagements pour 2004 : des économies à hauteur de 60 M€ sur les dépenses

La **directrice générale** considère que l'année 2004 est particulière puisqu'il s'agit de la dernière année d'exécution du plan stratégique en cours voté par le conseil d'administration. Pour le prochain plan stratégique, le Plan Equilibre servira de cadrage financier et supposera pour l'avenir des restructurations importantes.

Partant de la constatation que les moyens sont mal distribués, le comité de direction de l'AP-HP n'a pas souhaité demander à chaque établissement de réaliser un effort de 1,2 % (60 M€ représentent 1,2 % du budget de l'AP-HP). Il a pris quatre décisions :

- définir des indicateurs simples et partagés qui permettent à chaque discipline, chaque service de comparer ses performances par rapport à la moyenne de l'AP-HP,
- mettre à jour le décompte des lits afin de disposer de statistiques correspondant à la réalité,
- se fonder sur un tableau des emplois réellement financés,
- se baser sur un budget réaliste. Pour ce faire, il sera tenu compte du montant réel des dépenses auquel sera appliqué le taux d'augmentation obtenu par l'AP-HP. Parallèlement, il sera demandé à chaque hôpital de réaliser un effort proportionnel à sa marge d'amélioration détectée par les indicateurs comparatifs.

Cependant, *globalement l'objectif n'est pas de réaliser des économies dans les services cliniques*, mais de retrouver une marge de réallocation de moyens au bénéfice des services nécessitant un effort : aval des urgences, services gériatriques, services avec listes d'attente importantes ou dont l'activité est aujourd'hui bridée par le manque de personnels infirmiers.

Il est en effet vital pour l'institution d'augmenter son activité. Or celle-ci a diminué de 3 % en 2002, puis de 2,5 % à fin juillet 2003. Ces baisses sont plus importantes que celles relevées dans les autres CHU. Parallèlement, les effectifs réels ont augmenté de 1,2 % au cours des sept premiers mois de 2003.

Les moyens nouveaux accordés notamment au titre de la réduction du temps de travail (1 100 emplois en 2004) seront affectés avant tout sur les services prioritaires pré-cités.

En revanche, les économies seront recherchées dans les plateaux techniques, les fonctions supports et le siège.

Mme VAN LERBERGHE indique que le processus budgétaire a été lancé. Il mentionne pour chaque site le potentiel d'amélioration et fournit des éléments de comparaison pour éclairer les choix des décideurs locaux. Les discussions budgétaires se dérouleront entre le 15 novembre et le 15 décembre 2003, pour la majorité des hôpitaux.

Pour conclure, la directrice générale signale qu'elle s'est engagée au nom de l'AP-HP sur ce contrat qui vise à augmenter l'activité des services hospitaliers et à réduire les dépenses de l'institution et de ce fait à placer l'AP-HP en ordre de marche pour appliquer la tarification à l'activité et résoudre le déficit financier d'aujourd'hui.

Le **président** ayant ouvert le débat, **M. BERNAUDIN** se demande si la mission de réorganisation des établissements ne devrait pas revenir aux directions administratives en accord avec la CME, car l'exercice de cette mission par les présidents de CCM peut mettre ces derniers en difficulté avec leurs électeurs.

Mme PALAZZO se dit d'accord pour contribuer à un fonctionnement plus optimal des services. Cependant elle se demande si et comment, il sera tenu compte des difficultés de fonctionnement d'un hôpital du fait de la population particulière qu'il reçoit. Par ailleurs, elle souhaite connaître les mesures qui seront adoptées, dans les mois à venir, pour améliorer l'accès aux soins de suite, indispensable pour parfaire les performances des services MCO.

M. CORIAT remarque que les économies demandées aux hôpitaux ne pouvant être faites sur le budget des médicaments, les seules marges de manoeuvre possibles passent par des réorganisations ou des fusions de services permettant de redéployer dans l'institution les effectifs paramédicaux. Il est donc fondamental que chaque hôpital bénéficie d'un budget d'investissement dédié à ces restructurations. Il doit en être de même en ce qui concerne l'enveloppe des moyens en personnels médicaux. En effet, la mise à niveau des effectifs médicaux d'un service est un élément essentiel pour conclure une négociation avec ce service impliqué dans une restructuration. Il requiert que la prochaine révision des effectifs médicaux examinée par la CME prenne ce point en compte, et que des postes de praticiens hospitaliers soient fléchés pour accompagner des restructurations.

Enfin, il se demande qui sera chargé de rédiger les modalités des modifications de structure qu'elles soient conjoncturelles ou structurelles : l'hôpital ? La CME ? Il lui semble que l'arbitrage de la CME devrait être requis pour les restructurations, qui ne se feront pas de façon consensuelle au niveau de l'institution.

Mme SCHLEGEL précise que les biologistes, ayant appris qu'ils seraient mis à contribution pour réaliser des économies, souhaitent participer directement aux discussions sur les critères et les choix de réorganisation possibles. Elle indique qu'un groupe de travail pourrait réunir les biologistes de la CME et les présidents des collégiales de biologie. Par ailleurs, Mme SCHLEGEL et **M. DUSSAULE** souhaitent avoir des éclaircissements sur les indicateurs utilisés pour soutenir cette démarche.

M. LEGRAND complète l'intervention de Mme SCHLEGEL en indiquant que certains regroupements d'éléments du plateau technique de biologie lui paraissent possibles, mais il se demande comment seront alors respectées les spécificités des disciplines biologiques tant sur le plan hospitalier que sur le plan universitaire.

Le **vice-président** souligne l'intérêt de mettre en parallèle les économies d'échelle à réaliser par une meilleure utilisation des ressources et l'objectif d'améliorer la production en termes de recherche, d'expertise et d'évaluation.

M. GUILLEVIN appelle une nouvelle fois l'attention des membres de l'instance et de la direction générale sur la nécessité d'obtenir une réponse nettement plus rapide du plateau technique d'imagerie sur les résultats d'examens complémentaires demandés pour les malades provenant des urgences. Elle conditionne une augmentation d'activité.

M. FAGON souhaite que les efforts demandés à chaque hôpital et à chaque GHU soient affichés, partagés et accompagnés d'explications.

M. DEBRE revient sur les fusions de services à organiser au sein des GHU afin d'améliorer la performance de ces services, pour souligner quelques difficultés. Il fait état d'un projet de fusion entre Cochin et Necker qui s'est heurté à une vision prospective du siège concernant Necker qui serait à l'avenir plutôt orienté vers la pédiatrie.

Mme FRANCES estime que la tarification à l'activité peut favoriser les hospitalisations coûteuses et pense qu'il serait préférable d'introduire une tarification à la pathologie.

Pour **M. MADELENAT**, la situation actuelle des personnels médicaux des services de soins étant obérée par la multiplication des tâches administratives dont ils sont régulièrement accablés, il serait essentiel de proposer un soutien en personnel provenant de l'environnement administratif souvent pléthorique de chaque établissement.

Aussi l'évaluation des fonctions supports au sein de ceux-ci paraît-elle indispensable à l'intervenant et à d'autres médecins d'établissements de l'AP-HP, comme celle-ci est envisagée par la directrice générale au niveau central.

M. CHAUSSADE pose trois séries de questions et observations.

Tout d'abord, il demande à **M. GARNIER** de bien vouloir préciser la part du déficit résultant d'une diminution d'activité due notamment à la fermeture de lits et celle qui résulte de mesures imposées sans financement correspondant.

En second lieu, il relève que par le passé certaines missions supplémentaires ont été assignées aux services hospitaliers sans être compensées par la suppression d'autres activités. Il souhaite que ce type de situation ne se perpétue pas à l'avenir, sous peine de ne pas obtenir les résultats escomptés concernant ces missions.

En troisième lieu, il se dit inquiet des lenteurs administratives qui pourraient contrarier la mise en oeuvre des mesures d'adaptation à l'évolution des besoins. A titre d'exemple, il cite la création d'un hôpital de jour nécessitant des travaux qui pourrait voir le jour avec retard en raison notamment de la procédure des marchés publics dont la réforme semble s'enliser.

M. FAYE est circonspect sur l'objectif visant la limitation des moyens du plateau technique car celle-ci ne doit pas entraîner d'entrave au bon fonctionnement des services gérant les urgences et leur aval. Sur ce point, il demande si les blocs opératoires feront aussi l'objet d'une nouvelle structuration.

Par ailleurs, il souhaite savoir où en sont le plan informatique, les recherches de productivité relatives aux achats, aux approvisionnements et aux marchés négociés, les transferts de compétence des directions centrales.

A cet ensemble de questions, la directrice générale, **M. HOUSSIN** et **M. GARNIER** apportent les réponses suivantes :

Responsabilité des présidents de CCM.

Mme VAN LERBERGHE considère que responsabiliser les établissements et les GHU répond à une logique de subsidiarité. Seules les décisions les plus structurantes relèvent de la direction générale. Les autres décisions doivent être prises au niveau de l'établissement ou au niveau des GHU.

Il s'agit d'un pari pour un changement culturel auquel elle convie chacun, les directeurs d'hôpitaux et le siège et aussi les présidents de CCM.

Après avoir constaté l'absence de réactivité du système face au choix qu'elle avait indiqué il y a quelques mois aux directeurs d'hôpitaux et qui portait sur l'augmentation d'activité comme base des discussions budgétaires, la directrice générale a choisi une méthode plus directive pour mettre en oeuvre le Plan Equilibre : la fixation d'objectifs par le siège avec indication des secteurs à améliorer, le choix des moyens pour atteindre ces objectifs par les décideurs locaux (directeurs d'hôpital, présidents de CCM).

Les soins de suite et de réadaptation – le long séjour.

Pour améliorer ce secteur et augmenter de ce fait les performances du champ MCO, la directrice générale compte sur la solidarité.

Pour montrer quels types d'amélioration sont possibles, **M. OMNES**, à la demande de Mme VAN LEBERGHE fait état du projet Rothschild. Ce dernier vise à créer trente lits de médecine gériatrique, soixante dix lits de SSR et cent vingt lits de rééducation. La transformation de cet hôpital a pour objet de contribuer à résoudre le déficit de six cents lits de SSR dans Paris, dont trois cents devraient être fournis par l'AP-HP.

Or actuellement Rothschild compte cent quarante lits dont dix huit consacrés à la gériatrie et trente environ à la rééducation.

Dans l'état actuel de la programmation, le projet de restructuration est conditionné par la réalisation de la maternité à Trousseau et le réaménagement du bâtiment Picpus. La réponse au besoin en lits d'aval ne serait apportée qu'en 2010 ou 2012. Il faut donc trouver au sein du GHU ou de l'AP-HP une réponse plus rapide à ce besoin de lits de deuxième aval.

L'investissement.

La **directrice générale** convient qu'il faudra accompagner les restructurations par des crédits d'investissement. Elle rappelle qu'actuellement tous les crédits d'investissement ne sont pas consommés en raison des longueurs de procédure liées aux négociations internes relatives à la programmation médicale et au code des marchés publics. Cela signifie que l'AP-HP dispose d'une marge significative de crédits d'investissement pour financer des opérations.

Par ailleurs, elle explique qu'elle a décidé de simplifier les procédures administratives internes concernant les investissements. En effet, trois enveloppes budgétaires et leurs sous-enveloppes divisent actuellement le budget d'investissement. Il en résulte que certains projets ne peuvent être financés si l'enveloppe ou la sous-enveloppe dont ils relèvent a déjà été consommée alors qu'une autre enveloppe a encore des crédits disponibles. En 2004, chaque enveloppe sera fongibilisée et l'ensemble des enveloppes le sera en 2005.

La réallocation de moyens vers certains services.

Pour parvenir à créer un mouvement de réallocation de moyens au bénéfice de services aujourd'hui limités dans leur activité en raison d'un manque de personnel, diverses actions seront engagées indique **M. HOUSSIN**.

Il va être proposé à la CME de réexaminer le contenu des fiches de missions et de structure qui avaient pour but en 1994 de mieux décrire un espace hétéroclite. Pour l'avenir, l'accent sera mis sur les missions, les objectifs, les indicateurs, afin que les responsables hospitaliers puissent plus aisément engager des redéploiements à partir des indicateurs ou d'autres constatations. La procédure de renouvellement des structures sera aussi reconsidérée par la CME.

Une autre règle interne à l'AP-HP, celle de nommer les chefs de services par intérim à l'extérieur du service concerné lui paraît aussi devoir être remise en cause pour assurer plus de souplesse dans la mise en place des pôles.

La biologie.

Après s'être réjouie du cadre de concertation souhaitée par Mme SCHLEGEL et qui correspond au processus d'action qu'elle avait envisagé, **Mme VAN LERBERGHE** précise que les choix à faire ont pour objectifs de limiter la dépense et aussi d'accroître le potentiel de recherches.

Elle se propose de réunir prochainement les responsables des collégiales de biologie et les représentants de la biologie au sein de la CME afin d'examiner les modalités pratiques de réorganisations de biologie qui supposent des capacités nouvelles en termes de comptabilisation des prestations inter-hospitalières, de logistique et de retour d'informations.

Les autres secteurs du plateau médico-technique.

M. HOUSSIN propose de distinguer les plateaux techniques d'imagerie qui pèsent beaucoup sur la performance des activités cliniques et qui ont déjà réalisé un effort d'organisation. Cependant l'organisation de certains secteurs d'imagerie doit encore être optimisée, notamment au niveau des horaires d'ouverture.

La réflexion sur les blocs opératoires relève d'une autre logique encore. Sur certains sites, des investissements seront nécessaires pour regrouper des plateaux opératoires éparpillés et contribuer ainsi à optimiser l'activité des anesthésistes-réanimateurs.

La recherche.

La **directrice générale** considère que, dans le domaine de la recherche, la dispersion des moyens est contre-productive et qu'il faut disposer d'une taille critique suffisante pour garantir une recherche de qualité. Elle souhaite d'ailleurs disposer d'éléments permettant d'objectiver la contribution de l'AP-HP à l'enseignement et à la recherche, afin notamment de permettre à l'AP-HP d'obtenir une enveloppe MIGAC importante. Enfin, elle pense avec **M. HOUSSIN** que le potentiel de constitution de cohortes de patients au sein de l'AP-HP pourrait être mieux utilisé dans le cadre de la recherche clinique, y compris celle menée avec les industriels. Cela suppose cependant une solidarité des services.

L'activité non programmée et ses relations avec les services d'aval et le plateau technique.

Mme VAN LERBERGHE considère que ce point doit être traité dans le cadre de la réflexion stratégique à venir qui doit préciser comment répondre aux besoins de cette activité. Lors de la canicule, elle a remarqué une situation différente selon que le responsable des urgences avait su ou non établir de manière pérenne des relations avec les autres services de l'hôpital ou au sein de réseaux extérieurs de prise en charge des malades.

Les fonctions supports.

La directrice générale considère que l'on peut trouver des gisements d'amélioration dans l'organisation du travail et chercher aussi à réduire le temps consacré par les équipes soignantes à des tâches administratives. Lors de la mise en place des 35 heures, les négociations centrales n'ont pas permis de faire une remise à plat de l'organisation du travail. Pour avancer sur ce terrain, il faut rechercher l'organisation optimale au sein de chaque service.

Par ailleurs, il lui paraît nécessaire de faire participer l'informatique à une réduction du temps médical consacré à des travaux administratifs.

Les indicateurs.

M. GARNIER précise que les instructions budgétaires ont été transmises le 10 octobre aux chefs d'établissements avec pour chaque hôpital des objectifs à atteindre.

Très prochainement seront envoyés aux hôpitaux le détail des indicateurs portant sur :

- des comparaisons d'activités cliniques pour alimenter les réflexions sur les redéploiements,
- des données comparatives relatives aux plateaux techniques, discipline par discipline,
- le coût des fonctions supports avec une comparaison par rapport à la moyenne du coût à l'AP-HP par groupe d'hôpitaux.

Les objectifs d'économies pour 2004 ont été fixés à partir de ces bases.

Ainsi, le surcoût des plateaux techniques est estimé à 150 M€ ; en 2004, il est demandé aux établissements de présenter des solutions permettant d'économiser 28 M€. Les regroupements nécessaires seront accompagnés de moyens en investissement.

Concernant les fonctions supports, le surcoût est évalué à 100 M€ ; pour 2004, l'effort demandé est de 28 M€ et est réparti de façon hétérogène pour tenir compte notamment des efforts déjà faits et de la situation de l'établissement par rapport à la moyenne des hôpitaux comparables de l'AP-HP.

Concernant les efforts demandés au siège, la **directrice générale** signale que Mme PANNIER a mené une mission sur la déconcentration des fonctions. Ses conclusions sont à l'origine de l'évolution des procédures relatives à l'investissement. Par ailleurs, chaque directeur du siège a à définir les missions et l'organisation cibles de sa direction en tenant compte de l'objectif de subsidiarité poursuivi. Mme VAN LERBERGHE a décidé du gel total des embauches au siège, à l'exception des postes nécessitant une compétence indispensable et pointue. Enfin, des efforts seront réalisés pour réduire le train de vie du siège.

L'hôpital Necker.

Compte tenu du mauvais état de nombreux bâtiments d'hospitalisation (vétusté, contraintes en mètres carrés...) et de la forte restructuration qui s'impose une réflexion menée cet été conduit à affirmer pour Necker une orientation de plus en plus pédiatrique, révèle **M. HOUSSIN**.

Cette évolution ne peut être que progressive, car Necker dispose d'un important plateau technique et de recherche qui sert à des activités cliniques pédiatriques et adultes. Certaines activités d'adultes (cardiologie, médecine nucléaire, thyroïde, gynécologie endocrinienne, hépatologie) ont d'ores et déjà vocation à rejoindre d'autres hôpitaux appartenant ou non au même GHU que Necker. La réflexion sur l'avenir de la néphrologie, l'urologie et la greffe rénale, et les activités d'hématologie adulte devra être en revanche engagée dans le cadre de l'élaboration du futur plan stratégique.

Pour conclure, la **directrice générale** déclare qu'elle reste ouverte au débat et invite les médecins à lui exprimer leurs réactions sur le message qu'elle a diffusé sur l'intranet.

Le **président** rappelle que le conseil d'administration va devoir se prononcer sur la demande d'engagement demandée par le ministre, dans le cadre du contrat Plan Equilibre qui vient d'être exposé. Il propose aux membres de l'instance d'exprimer leur avis sur ce plan à l'occasion d'un vote immédiat, pour que les neuf représentants de la CME au sein du conseil d'administration puissent défendre une position, lors de sa séance du 24 octobre, en s'appuyant sur ce vote.

Les membres votants de la CME approuvent à l'unanimité le contrat de retour à l'équilibre financier conclu entre le ministre et les représentants de l'AP-HP et, notamment, le versement de la première tranche du rebasage.

III - Avis sur le projet de DM2 pour l'année 2003.

En déclaration liminaire, **Mme DARRIEU** explique qu'en raison de la réunion tardive du pré-conseil de tutelle, le projet de décision modificative n° 2 pour 2003 n'a pu être examiné par le bureau et par le groupe évaluation et finances de la CME.

La DM2 est purement technique et sera suivie d'une DM3 intégrant les mesures de rebasage évoquées précédemment, en cas de vote favorable du conseil d'administration, ainsi que les mesures liées à des appels d'offres du ministère (enveloppes PHRC, innovations thérapeutiques et sans doute enveloppe liée aux décisions prises par le gouvernement suite à la canicule).

La DM2 comprend le financement des mesures suivantes.

| | |
|--|------------------|
| 1- Mesures relatives au personnel médical : | 10,342 M€ |
| • création d'un statut de praticien attaché : | 9,7 M€ |
| Le complément de financement de cette mesure d'un coût total de 17 M€ a été inscrit dans la base budgétaire du budget primitif 2003 | |
| • financement de 28 postes de consultants : | 0,62 M€ |
| 2- Plan hôpital 2007 : | 6,19 M€ |
| Il s'agit précise M. GARNIER de la quote-part des amortissements et des frais financiers correspondant aux matériels et travaux futurs qui sont financés par une dotation d'investissement de 85 M€ allouée au titre du plan « hôpital 2007 » | |
| 3- Mesures diverses : | 1,397 M€ |
| dont : PASS de Saint Louis, Homnibus de Jean Verdier renforcement du pôle pour sourds de la Pitié-Salpêtrière, mesures diverses de personnel, Aldurazyne, UHSI à la Pitié-Salpêtrière | |
| 4- Fonds pour la modernisation des établissements de santé : | 4,759 M€ |
| dont : promotion professionnelle, financement de postes de moniteurs dans les IFSI pour accompagner l'augmentation des quotas d'élèves | |

| | |
|---|-----------------|
| 5- Transferts au sein de l'enveloppe régionale : (hélicoptère sanitaire d'Ile de France, registre des interventions sur les artères carotides, transferts de personnels) | 0,149 M€ |
| 6- Mesures financées sur recettes de groupe 3 dont : | 38,8 M€ |
| <ul style="list-style-type: none"> • réévaluation du coût des rétrocessions (30 M€) des médicaments • créances irrécouvrables (4 M€) • reprise de provision pour financer le report de charges (4,8 M€). | |

Le budget de l'AP-HP augmente donc de 7,10 % entre la DM2 2003 et la DM2 2002.

Pour les dépenses encadrées l'évolution est de 4,97 %.

Les dépenses financées par des recettes de groupe 3 évoluent de + 2,12 %.

En ce qui concerne l'investissement, les autorisations de programmes allouées s'élèvent à 88 M€ dont 85 M€ au titre du plan « hôpital 2007 », 1,2 M€ pour les urgences médico-judiciaires de Bichat et 1,8 M€ correspondant à diverses subventions.

Dans le cadre de la discussion qui suit cet exposé **M. LEVERGE** rappelle que l'opération de rétrocession des médicaments qui atteindra 310 M€ cette année permet à l'AP-HP d'inscrire en recettes au total 45 M€ pour 2003. Il s'interroge sur l'affectation de cette recette car aucune dépense n'apparaît dans la DM2 de 2003 alors que l'opération mobilise des ressources en personnel pharmaceutique (notamment) et administratif (traitements externes).

M. GARNIER indique que cette recette sera allouée en DM2 aux hôpitaux ayant procédé à des rétrocessions de médicaments, à charge pour les directeurs de gérer au mieux leur budget en tenant compte que la marge accordée permet de rémunérer la prestation effectuée par les pharmaciens et les équipes administratives.

Le **président** ayant soumis la DM2 pour 2003 au vote de l'assemblée, *elle se prononce pour un avis favorable à l'unanimité.*

IV - Révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2004.

M. ANTONINI donne lecture de la liste des emplois disponibles de PU-PH et de MCU-PH dans chaque université et des propositions formulées par l'AP-HP et les unités de formation et de recherche (cf. documents remis aux membres de la CME).

Les observations formulées par la CME portent sur les révisions d'effectifs concernant les universités et les UFR suivantes.

Université Paris V – UFR Cochin - Port-Royal.

M. DEBRE intervient pour exposer l'inquiétude du chef du service des brûlés de l'hôpital Cochin dont la demande d'un poste de MCU-PH n'a pas été retenue. Son service souffre d'une pénurie de chirurgiens et à cet égard, il souhaite l'inscription de sa demande sur une liste complémentaire afin de pouvoir éventuellement bénéficier d'un poste supplémentaire sollicité par le doyen de la faculté.

M. ANTONINI signale que l'attention du doyen avait été appelée sur cette demande qui correspond à un besoin hospitalier important. Toutefois, la candidature apparaissait encore fragile sur le plan universitaire pour cette année.

Ce dossier doit être suivi avec attention, observe **M. de PROST** qui rappelle qu'un poste de PH a été attribué à ce service. L'ensemble de l'Ile de France pâtit d'une insuffisance de capacité dans cette spécialité occasionnée notamment par des restructurations au sein de l'AP-HP et par la diminution de lits de cette spécialité dans les hôpitaux militaires.

Université Paris V – UFR Broussais – Hôtel Dieu.

M. ANTONINI appelle l'attention de la CME sur le classement du comité consultatif médical de l'hôpital européen Georges Pompidou qui diverge de celui de la communauté universitaire et place en bonne position le poste de PU-PH pour le département de microbiologie de cet hôpital.

M. TULLIEZ manifeste sa surprise de la position de la faculté qui n'a pas tenu compte de la candidature à l'hôpital européen Georges Pompidou d'un bactériologiste qui dispose d'un dossier exceptionnel. Par ailleurs, il croit savoir que les choix de la faculté résultent d'un petit groupe de personnes non représentatives du conseil de gestion.

Le **président** acquiesce à cette remarque et indique que pour cette raison, lors de la réunion préparatoire concernant la révision des effectifs, l'ordre établi par l'UFR n'a pas été suivi.

Par ailleurs **M. LE HEUZEY** souhaite que le poste de PU-PH pour la cardiologie de l'hôpital européen Georges Pompidou soit également retenu en bonne position. Sur ce point le **président** l'assure que le poste est bien placé.

UFR Garancière – sciences biologiques et fonctions hospitalières en pédodontie.

M. PICARD fait connaître qu'à l'UFR Garancière la responsable d'un laboratoire INSERM, aidera à structurer la recherche en odontologie. Son activité clinique s'avère transversale puisqu'elle assurera des consultations et organisera la recherche en prothèse, chirurgie et orthopédie dento-faciale. A ce titre, elle souhaiterait conserver sa discipline universitaire dans son activité hospitalière. Or cette demande, conclut l'intervenant, semble ne pas être retenue.

La communauté odontologique souhaitant afficher une discipline sans correspondance hospitalière, **M. ANTONINI** indique que la direction de la politique médicale a sollicité le ministère afin de savoir s'il existe des possibilités pour déroger à la règle dans le cas particulier de l'odontologie.

Au terme de la présentation des dossiers, le **président** précise qu'ils ont fait l'objet de discussions approfondies depuis plus de six mois par les CCM, les conseils de gestion et la DPM.

La CME adopte par 30 voix pour et 2 abstentions la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'année 2004. La liste récapitulative des avis émis par l'instance figure en annexe au présent compte-rendu.

V - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. DAVIGO présente la liste des contrats d'activité libérale sur lesquels le conseil d'administration délibérera.

Il précise qu'une ordonnance du 4 septembre 2003 impose d'inclure aux nouveaux contrats d'activité libérale une clause relative au choix par le praticien du paiement direct des honoraires ou par le biais de l'administration. Les contrats en cours de validité feront l'objet d'un avenant à ce propos.

Les renouvellements et les nouveaux contrats d'activité libérale soumis à l'instance sont approuvés par 20 voix ; 2 membres votent contre et 12 s'abstiennent.

VI - Approbation du compte-rendu de la séance du 23 septembre 2003.

Le compte-rendu est adopté sans observation.

VII - Questions diverses.

Centre de protonthérapie d'Orsay.

M. FRAU s'inquiète du devenir des praticiens hospitaliers exerçant au centre de protonthérapie d'Orsay après le rattachement de ce dernier à l'Institut Curie, car ils ne peuvent être rattachés à Curie avec leur statut actuel. Il se demande si l'AP-HP ne pourrait pas les conserver dans ses effectifs et les mettre à la disposition de la nouvelle structure. Il indique que cette éventualité trouble les praticiens hospitaliers concernés car l'hôpital d'Orsay ne dispose pas de centre de radiothérapie.

M. BERNAUDIN souhaiterait savoir pourquoi la gestion du centre de protonthérapie d'Orsay qui représente un élément fort de l'innovation thérapeutique, sera confiée au seul Institut Curie.

Le **président** demande que ce dossier soit inscrit à l'ordre du jour de la prochaine CME pour un examen du sujet dans sa globalité.

Infirmiers anesthésistes.

M. DASSIER indique que la communauté des médecins anesthésistes réanimateurs tient à rappeler son attachement à la possibilité de continuer à travailler en collaboration avec les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat.

Toute pénurie, fut-elle ponctuelle, ne doit pas déboucher sur des solutions substitutives qui dérogeraient au décret de compétence en soins infirmiers. De telles solutions sont inadaptées à l'exigence de la qualité des soins et de la sécurité prodiguée aux patients devant bénéficier d'une anesthésie.

M. FAGON regrette la surenchère pratiquée par certains hôpitaux de l'AP-HP afin d'attirer des personnels soignants, principalement lorsqu'il s'agit de personnels fortement mis à contribution pour assurer la continuité des soins, comme les infirmiers anesthésistes et les manipulateurs en radiologie. Il souligne la différence existant entre les hôpitaux au plan de la nécessité de permanence des soins et de la charge de travail liée à la prise en charge des urgences. Il demande que l'AP-HP affiche une règle générale s'appliquant à tous les hôpitaux pour ne pas faciliter une compétition dans laquelle les hôpitaux ne sont pas tous égaux au départ.

Les plages additionnelles.

M. DASSIER évoque un document du 27 juin dernier émanant de la DPM concernant le paiement des plages additionnelles. Il en résulte que les modalités décrites pénalisent les PH qui assurent la permanence des soins et qu'un profond mécontentement est en train de poindre. Ce dernier risque d'amoinrir l'appétence au volontariat pour assurer ces gardes.

Le **président** considère que ce problème concerne l'ensemble des PH et regrette à nouveau que le texte sur les plages additionnelles ait été promulgué sans que les moyens correspondant soient donnés aux hôpitaux pour l'appliquer.

La gestion informatique du dossier du patient.

M. GUILLEVIN observe que lorsqu'un patient entre dans une structure hospitalière, il est enregistré dans GILDA, ses résultats sont intégrés dans SANDRA. Par ailleurs, le dossier de soins relève de ACTIPIDOS. Au sein de l'hôpital Cochin, les données relatives à la chimiothérapie sont enregistrées dans le logiciel CHIMIO, les médicaments dans PHEDRA.

Ces systèmes ne sont pas interconnectés et cette situation consomme inutilement du temps médical et paramédical. Il est donc urgent d'adopter une démarche rationnelle dans ce domaine.

M. LACAU ST GUILY estime que le partage de l'information et son archivage sont des problèmes majeurs à résoudre dans le cadre d'une refonte du système d'information du patient. A ce titre, la cancérologie est une des disciplines les plus concernées.

M. CHAUSSADE trouve que la démarche manque de cohérence et qu'il aurait fallu se servir de l'expérience acquise par l'hôpital européen Georges Pompidou pour la transférer dans les autres hôpitaux.

M. FAGON souligne qu'en tant que responsable du groupe information et relations extérieures de la CME, il ne dispose d'aucune information relative à la politique sous-tendant le schéma directeur. Il va donc rencontrer M. PERRIN, responsable de l'informatique à la direction économique et financière.

M. HOUSSIN signale qu'il existe en effet trois cent cinquante applications informatiques recensées à l'AP-HP. Pour rationaliser ce dispositif, l'option retenue consiste d'abord à doter l'AP-HP d'un schéma cible qui assurera une cohérence aux projets de développement informatique. Ce schéma cible sera défini à la fin de l'année. Le COSIDOPA et la commission de la CME animée par M. FAGON seront associés à cette élaboration.

M. FAGON rappelle que l'enjeu réel consiste à faire le choix entre des systèmes différents expérimentés par les hôpitaux et les disciplines qu'il s'agit de tenter de connecter et une démarche visant à établir un dossier du patient intégré dans le cadre d'une logique commune et partagée, quitte à y ajouter des spécificités de discipline. Le principe du dossier médical du patient intégré doit être clairement affiché par le schéma directeur. Il faut en effet à tout prix éviter que, comme cela s'est passé récemment, le système d'information choisi pour les hôpitaux gériatriques n'ait pas de cohérence avec les autres systèmes des autres hôpitaux aigus.

Selon **M. LE HEUZEY** aucun industriel n'est capable de proposer un produit permettant de couvrir l'ensemble des besoins d'un établissement de soins important et donc encore moins d'une institution comme l'AP-HP. L'hôpital européen Georges Pompidou qui a bénéficié d'un investissement considérable consacré au système d'information a à gérer au quotidien des problèmes de transmissions de l'information.

Praticiens attachés.

M. PATERON demande que des règles homogènes soient fournies aux hôpitaux pour appliquer le nouveau statut à compter du 1^{er} novembre 2003. Il demande aussi que soient prévues les mesures adéquates pour financer l'intégration des gardes qu'effectuent les attachés dans leur temps de travail.

M. MADELENAT indique qu'il est mandaté par le président du CCM et le président du groupe des structures de l'hôpital Bichat pour faire part à la CME de leur vive opposition à l'application du nouveau statut des attachés. Toutes les spécialités de l'hôpital vont connaître des difficultés du fait de l'intégration des gardes dans le temps de travail des praticiens attachés mais elles seront particulièrement importantes dans certaines spécialités dépendantes de praticiens libéraux comme la médecine nucléaire ou la cardiologie.

L'intervenant souhaiterait qu'un groupe de réflexion soit créé pour proposer des solutions alternatives. Ainsi certains hôpitaux généraux et certains CHU ont conclu des conventions avec des praticiens libéraux. La recherche de solutions est d'autant plus nécessaire que la directrice générale demande aux services d'augmenter leur activité et que le nouveau statut des praticiens attachés constitue un frein à cette dynamique.

M. ANTONINI précise qu'il ressort des éléments fournis par la direction économique et financière que le reclassement des attachés doit se faire sur la base d'une équivalence financière entre le nombre de vacations anciennes et le nombre de demi-journées du nouveau statut. Le temps médical apparent sera donc identique à ce qu'il était par le passé.

Mais la garde devra être intégrée dans les obligations de services des praticiens attachés, comme elle l'est pour les PH, et devra faire l'objet d'une contractualisation. Ces modifications nécessiteront une réflexion locale pour ajuster au mieux le temps médical aux besoins et pour faciliter les redéploiements vers les services ayant des contraintes de garde importantes.

Lorsque l'employeur principal ne sera pas l'AP-HP, il conviendra de conclure avec l'établissement employeur des conventions pour que le praticien attaché puisse continuer à participer aux gardes à l'AP-HP.

En conclusion, **M. MADELENAT** insiste pour connaître la plage horaire couverte par la demi-journée, base de l'obligation de service de praticien attaché.

M. ANTONINI lui répond que la demi-journée n'est pas définie par les textes sur la base d'une référence horaire, avec cependant une exception relative aux activités fonctionnant en continu.

Par ailleurs, les textes indiquent que l'ensemble des obligations de service d'un praticien à temps plein ne doit pas dépasser 48 heures.

*

* *

La séance est levée à 12 heures 45.

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

Mardi 25 novembre 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 5 novembre 2003 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.