

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE  
DU MARDI 15 MAI 2012**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 10 JUILLET 2012**

## SOMMAIRE

I.	Informations du Président et du vice-président de la CME	5
II.	Second appel à projet des départements hospitalo-universitaires (DHU)	6
III.	Organisation et budget du Siège de l'AP-HP	8
IV.	Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP : enjeux structureaux, financiers et sociaux	12
V.	Chirurgie ambulatoire : déploiement à l'AP-HP	12
VI.	Codage des séjours : bilan et avenir	21
VII.	Approbation du compte rendu de la séance du 13 mars 2012	24
VIII.	Questions diverses	24

## **ORDRE DU JOUR**

### **SÉANCE PLÉNIÈRE**

- 1- Information du président et du vice-président de la CME (*P<sup>r</sup> Loïc CAPRON, D<sup>r</sup> Georges SEBBANE*)
- 2- Second appel à projet des départements hospitalo-universitaires (DHU) (*P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT et Marc HUMBERT*)
- 3- Organisation et budget du Siège de l'AP-HP (*M<sup>me</sup> Monique RICOMES*)
- 4- Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP : enjeux structureaux, financiers et sociaux (*P<sup>r</sup> Michel FOURNIER, D<sup>r</sup> Georges SEBBANE*)
- 5- Chirurgie ambulatoire : déploiement à l'AP-HP (*P<sup>r</sup> Corinne VONS*)
- 6- Codage des séjours : bilan et avenir (*D<sup>rs</sup> Namik TARIGHT et Louis LEBRUN*)
- 7- Approbation du compte rendu de la séance 13 mars 2012
- 8- Questions diverses

### **SÉANCES RESTREINTES**

#### **Composition C**

- Avis sur des demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes 2012 de versement de l'indemnité pour activités multiétablissements

#### **Composition A**

- Avis sur les candidatures aux emplois de praticien hospitalo-universitaire (PHU)

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M<sup>me</sup> le Dr Catherine BROUTIN-PIOLOT, représentante de l'agence régionale de santé IDF
- M<sup>me</sup> Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. le D<sup>r</sup> Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M<sup>me</sup> Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale

• ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***

- M. le P<sup>r</sup> Gérard LEVY

• ***les représentants de l'administration :***

- M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE, directrice générale
- M<sup>me</sup> Monique RICOMES, secrétaire générale
- M. Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale
- M. Hubert JOSEPH ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
- M. Christian POIMBÈUF, directeur des ressources humaines
- M<sup>me</sup> Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation
  
- M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet
- M. Jean PINSON, direction de la politique médicale
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale
- M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale

• ***membres excusés :***

Mme le Pr Martine AIACH, Mme Caroline PRADINES

*La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence du P<sup>r</sup> CAPRON.*

## **I. Informations du président et du vice-président de la CME**

**Le président** annonce que le Directoire s'est réuni à deux reprises depuis la dernière réunion de la CME : le 24 avril, sur la chirurgie ambulatoire, le deuxième appel à projet des départements hospitalo-universitaires (DHU) et la structure du Siège de l'AP-HP ; le 4 mai, sur les soins de longue durée.

Le site internet rénové de la CME fait l'objet d'un gros travail, guidé par l'ouverture et la communication. Le comité de rédaction, dirigé par le président, est composé des D<sup>rs</sup> Georges SEBBANE et Olivier HENRY, du Pr Michel ZÉRAH, et de MM. Jean PINSON et Henri LIFCHITZ. Le site donne deux rendez-vous mensuels : la publication du compte rendu des réunions du bureau de la CME, vers la fin de chaque mois, et celle des diapositives présentées lors des séances de la CME, vers le milieu de chaque mois, sous la rubrique *Les Diaporamas de la CME*.

Une alerte a été lancée sur les effectifs d'anesthésistes. Malgré de nombreuses réflexions, ce problème n'a pas trouvé de solution durable. Une intervention immédiate est nécessaire pour assurer la continuité des soins pendant la période estivale. La CME a donc créé en urgence une cellule d'intervention, qui se réunira pour la première fois le 25 mai, auquel participeront notamment les anesthésistes de la CME. Outre la recherche d'une solution d'urgence, la cellule aura vocation à réfléchir à des solutions à moyen et long termes.

**Le président** rappelle que la CME doit donner un avis sur les demandes de consultanats, qui sont réservés aux professeurs d'Université praticiens hospitaliers (PUPH). L'arbitrage final relève de l'Agence régionale de santé (ARSIF). En 2012, 71 demandes concernant l'AP-HP et 3 demandes hors AP-HP ont été formulées ; 62 consultanats avaient été obtenus ; si la dotation reste fixe, il sera donc possible de répondre favorablement à 62 des 71 demandes. Parmi celles-ci, 32 sont des demandes de 1<sup>re</sup> année, 24 sont des demandes de 2<sup>e</sup> année, et 15 sont des demandes de 3<sup>e</sup> année. La CME s'est réunie en composition restreinte pour distribuer chaque dossier à deux rapporteurs PUPH. Le 29 mai, ces rapporteurs discuteront tous ensemble chacun des dossiers. Lors de la prochaine réunion plénière de la CME en composition restreinte A, le président recueillera les derniers arbitrages pour trancher l'avis qu'il transmettra à l'ARS, de concert avec celui de la directrice générale.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, annonce que, depuis la dernière réunion de la CME, le travail des conférences stratégiques et budgétaires a pris fin ; les résultats sont en cours de consolidation. L'ARS n'a pas encore notifié l'ensemble des décisions des tutelles concernant les recettes ; une fois cette information transmise, le budget pourra être présenté. Cette présentation pourrait avoir lieu lors de la réunion de la CME du mois de juin. La directrice générale annonce enfin l'arrivée de M<sup>me</sup> Juliette TELLIER, en qualité de Directrice déléguée à la communication au sein de la direction du service aux patients et de la communication.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** évoque les propos de la Fédération Hospitalière de France concernant les emprunts toxiques souscrits par certains hôpitaux, et demande qu'un point soit fait sur les liens entre la banque Dexia et l'AP-HP.

**Le président** propose que ce point soit traité avec les questions diverses.

## II. Second appel à projet des départements hospitalo-universitaires (DHU)

Le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT annonce que, sur les 37 projets présentés lors du premier appel d'offres, 8 seulement ont été retenus.

Comme pour le premier appel d'offre, le second bénéficie, pour coordonner l'évaluation, d'un comité de pilotage. Il est chargé de trouver les experts compétents, de gérer la logistique en lien avec le DRCD, de désigner un jury, et de mettre au point une grille d'évaluation.

Les projets présentés ne doivent pas dépasser 20 pages, afin qu'ils puissent être étudiés dans de bonnes conditions par les experts sans que cela ne représente une trop lourde charge de lecture. Il n'est pas nécessaire de proposer une bibliographie exhaustive. Le dossier doit décrire clairement le projet, dans un anglais irréprochable. Il doit insister sur :

- la description du périmètre et son rationnel ;
- la gouvernance ;
- une thématique commune (ce qui ne signifie pas qu'il faille une spécialité unique) ;
- la synergie des acteurs ;
- le rationnel et la cohérence du rapprochement ;
- le caractère structurant, innovant et transformant ;
- la faisabilité organisationnelle et financière ;
- les missions dévolues au DHU ;
- les objectifs poursuivis ;
- la stratégie en matière de soins ;
- le projet pédagogique ;
- la valeur ajoutée du DHU ;
- le suivi des objectifs poursuivis (indicateurs qualitatifs et quantitatifs, niveau attendu d'accomplissement, mise en place d'un programme de surveillance).

Dans le cadre de l'interview, il convient de garder en tête que les appels d'offres ne doivent pas être présentés comme « le renouvellement d'une UMR ». Par ailleurs, compte tenu du nombre de projets de qualité qui seront présentés, les projets devront apparaître comme incontournables pour être retenus. Le coordinateur, choisi pour son charisme, devra :

- être présent (des projets de qualité n'ont pas été retenus lors du premier appel d'offres en raison de l'absence du coordinateur) ;
- être un communicant très à l'aise en anglais ;
- être assisté par trois collègues jouant un rôle indispensable pour le DHU.

L'interview dure quinze minutes. Il est inutile d'être exhaustif, mais il convient d'insister sur les principaux points. Les questions doivent être bien travaillées, et les rôles des intervenants bien répartis.

En conclusion, le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT indique qu'un bon projet conduit à une interview, et qu'une bonne interview conduit à la labellisation. Le coordinateur doit « faire la différence », et ses trois collègues doivent « montrer l'envie collective » de réaliser le projet présenté.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** rappelle que le premier appel à projets a été un succès. Avec l'accord de l'AP-HP, des organismes de recherche réunis au sein d'AVISEAN, des présidents d'universités et des doyens, il a donc été décidé de lancer un deuxième appel à projets, qui sera quasiment identique au premier. La date limite de réception des projets a été fixée au 17 septembre. Afin de pouvoir organiser l'évaluation, un résumé du projet devra être fourni à la mi-juin pour que des experts puissent être identifiés. L'expertise sur dossiers aura lieu en octobre/novembre et les projets à auditionner seront préselectionnés mi-décembre par les membres du jury international. Le jury auditionnera les projets sélectionnés entre le 15 et le 17 janvier 2013. Sur proposition du jury international et après validation par les représentants d'Aviesan, des organismes de recherche, des universités franciliennes à composante médicale et de l'AP-HP, le CRMBSP de l'AP-HP se réunira le 24 janvier pour labelliser la deuxième vague des DHU.

**Le président** ouvre la discussion.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Claude PETIT** demande quel est le nombre de labellisations attendu.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** indique que le nombre total de labellisations sur l'ensemble des appels à projets pourrait se situer entre vingt et trente comme indiqué dans l'appel à projets. Le niveau d'exigence étant important, seuls huit projets ont été labellisés lors de la première vague. La plus grande préparation dont fera l'objet la deuxième vague pourrait donner lieu à la labellisation d'une douzaine de projets.

**Le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT** ajoute qu'il appartiendra au jury d'apprécier quels projets tiennent la route.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Philippe WOLF** fait observer que la recherche française se caractérise à la fois par la multiplication des structures et la raréfaction des financements, ce qui oblige les laboratoires à consacrer un temps très important au montage de projets. Il demande quels moyens seront affectés aux DHU, et si des appels d'offres spécifiques aux DHU seront organisés.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** admet que les laboratoires doivent soumettre de nombreuses demandes de financement, et rappelle qu'il est nécessaire d'être sélectif dans les réponses aux appels à projets. Toutefois, les appels à projets DHU sont vraiment intéressants, dans la mesure où ils permettent d'insuffler une dynamique de recherche dans les différents périmètres hospitalo-universitaires. S'agissant des financements, M. Marc HUMBERT indique que l'AP-HP a affecté 100 000 euros par an à chaque DHU, soit un total de 4 millions d'euros sur cinq ans pour la première vague (8 projets labellisés pour 5 ans). Par ailleurs, les DHU ont d'autres partenaires : certains doyens ont proposé de créer des postes de chefs de clinique supplémentaires, d'anticiper certaines nominations de PUPH, etc. Enfin, l'INSERM apprécie de manière positive le fait d'être dans un DHU.

**Le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT** souligne que tous les coordinateurs des projets retenus avaient moins de cinquante ans, et que tous ces projets étaient innovants. Les DHU sont donc un cadre pour des jeunes animés par la volonté de travailler ensemble. Depuis leur labellisation, les huit projets retenus ont récupéré des financements et organisé un certain nombre de projets en commun.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** précise que les DHU ne constituent pas une structure supplémentaire, mais sont une convention de partenariat entre les structures existantes (université, organismes de recherche, AP-HP).

**Le président** signale qu'il a participé à une réunion du bureau de la conférence des présidents de CME de CHU, où ses collègues des autres régions ont fait part d'un vif intérêt pour les DHU. Il demande s'il est possible d'envisager une extension au niveau national des DHU, tout en reconnaissant que cela poserait la question de la masse critique.

**Le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT** répond qu'un certain nombre de présentations de l'expérience de l'AP-HP ont été réalisées dans diverses villes de province. Toutefois, la masse critique constitue effectivement un problème. A Lille, il semblerait plus intéressant de mettre en œuvre un plan « stratégie recherche ». En ce qui concerne la région nantaise, un projet pourrait être lancé à l'échelle de la Bretagne. La région ayant le potentiel le plus intéressant pour ce type de dispositif est la région Rhône-Alpes-Midi-Pyrénées. Toutefois, une réflexion menée au niveau national pourrait être utile.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** demande si les experts ont déjà été désignés, ou s'ils seront choisis en fonction des projets.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** explique que les lettres d'intentions remises mi-juin permettront de trouver des experts compétents dans les différents domaines apparaissant dans ces projets.

**Le P<sup>r</sup> Jean-François DHAINAUT** rappelle qu'un certain nombre de projets de la première vague étaient très techniques. Cette fois-ci, il est proposé aux candidats de suggérer un certain nombre de *reviewers* – l'éventuelle existence de conflits d'intérêts sera, comme il est d'usage, étudiée.

**Le P<sup>r</sup> Marc HUMBERT** signale qu'un colloque sera organisé en fin d'année pour communiquer sur le sujet. Par ailleurs, un éditorial sur les DHU a été publié dans la Presse Médicale au mois de Mai 2012.

**Le président** remercie les P<sup>rs</sup> Marc HUMBERT et Jean-François DHAINAUT pour leur travail. Il annonce qu'un séminaire AP-HP-universités aura lieu le 12 juin. Il a été demandé aux organisateurs d'inviter tous les membres de la CME.

### **III. Organisation et budget du Siègne de l'AP-HP**

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, rappelle que la notion de siège recouvre le Siège pilote (la Directrice Générale et son cabinet, le Secrétariat Général et les services qui lui sont rattachés, ainsi que les sept directions fonctionnelles), les services partagés (services « prestataires internes » et supports de l'ensemble des GH mutualisés), et des dépenses d'accompagnement social mutualisées. Le Siège pilote avait été réorganisé en 2011 pour :

- alléger les différents échelons d'organisation et resserrer le comité de direction ;
- rassembler et renforcer les équipes en charge de certaines fonctions de direction et de support antérieurement dispersées ou insuffisantes ;
- développer et promouvoir le service au patient ;
- renforcer les partenariats sur les territoires de santé définis par l'ARS ;



- unifier la vision et le pilotage des fonctions économiques, financières, achats, investissements, immobilier et patrimoine ;
- assurer un pilotage unifié des fonctions supports logistiques et informatiques ;
- favoriser l'efficacité du siège.

Le Siège pilote emploie 785 ETPR, pour un budget de 75 millions d'euros. Les services partagés emploient 2 715 ETPR, pour un budget de 122 millions d'euros (dépenses 838 millions d'euros - recettes 716 millions d'euros). Les dépenses mutualisées représentent un budget de 140 millions d'euros.

Le siège assure les grandes fonctions du pilotage institutionnel :

- la gouvernance, qui comprend l'élaboration et le suivi du plan stratégique, le fonctionnement des instances de gouvernance, la gestion de crise et les relations avec la CME ;
- les relations institutionnelles et la promotion des intérêts de l'AP-HP (relations avec l'ARS, la HAS, l'ANAP et les ministères, représentation de l'AP-HP dans des instances comme la FHF, promotion des intérêts de l'APHP lors de l'élaboration de différents textes) ;
- le pilotage médical et de la politique de soins (définition, mise en œuvre et suivi de la politique médicale de l'institution et de la politique de sécurité et de qualité des soins ; développement de la recherche clinique et de la recherche paramédicale) ;
- le pilotage opérationnel (politique des ressources humaines et dialogue social institutionnel ; communication interne et externe ; suivi fin de l'activité de l'APHP et du positionnement face à la concurrence ; coordination des services aux patients ; suivi des contentieux et politique de prévention des risques pénaux) ;
- le pilotage financier (élaboration, adoption et suivi du budget ; négociations financières avec l'ARS et les ministères ; gestion de la trésorerie et des emprunts) ;
- le pilotage du SI (définition de la stratégie d'évolution et de la politique générale de sécurité du système d'information ; conduite des grands projets SI) ;
- le pilotage de la transformation (élaboration, négociation et suivi de la mise en œuvre des restructurations ; élaboration et suivi des projets de transformation prioritaires).

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, présente ensuite les sept directions fonctionnelles rattachées au Siège pilote : Direction de la Politique Médicale (DPM), Direction Economique, Financière, de l'Investissement et du Patrimoine (DEFIP), Direction des Ressources Humaines (DRH), Direction des Soins et Activités Paramédicales (DSAP), Direction des Affaires Juridiques (DAJ), Direction du Service aux Patients et de la Communication (DSPC), Direction du Pilotage et de la Transformation (DPT). Les services du Contrôle Financier font partie des effectifs du siège, mais sont distincts des directions précitées.

Les services partagés sont assurés par dix structures, qui interviennent en soutien des GH :

- les Achats Centraux Hôteliers Alimentaires et Techniques (ACHAT) ;
- l'Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS) ;
- le Système d'information ;
- le Département de la Recherche Clinique et du Développement (DRCD), qui comprend les effectifs des Unités de Recherche Clinique (URC) ;
- le Service Central des Blanchisseries (SCB) ;
- le Service Central des Ambulances (SCA), qui traite les 210 000 demandes de transports sanitaires assurées par des prestataires extérieurs ;
- les prestations de sécurité technique (SMS) ;
- le Centre de Formation et de Développement des Compétences, qui regroupe l'ensemble des entités de formation continue ;
- le Centre de Services Partagés (CSP), qui gère l'ensemble des dossiers de retraites, d'accidents du travail et de maladie professionnelle ;
- le Service facturier, qui assure le traitement et la prise en charge des factures de l'ensemble des hôpitaux.

Le siège et les services partagés contribuent à l'effort d'efficience : grâce à une réorganisation, l'effectif du Siège pilote a été réduit à hauteur de 17 %, celui-ci représente environ 1 % de l'effectif total de l'AP-HP, ce qui est en ligne avec les pratiques de différents grands groupes.

Dans le cadre de l'amélioration de l'efficience du siège, les sites suivants ont été ou seront fermés à court terme :

- Ferrus ;
- Broussais ;
- Miramion ;
- Faubourg Saint-Martin.

Les dépenses d'accompagnement social du personnel, qui ne sont pas gérées au niveau central, comprennent :

- les salaires des personnels en promotion professionnelle ;
- les congés de maladies longue durée ;
- la responsabilité hospitalière et le préjudice ;
- les congés bonifiés ;
- la subvention à l'AGOSPAP (œuvres sociales) ;
- les versements aux mutuelles.

L'ensemble des dépenses du siège constitue les charges communes, qui incluent toutes les recettes et dépenses qui ne sont pas directement affectées aux GH mais qui font l'objet d'une répartition au prorata des dépenses totales. Le poids des charges communes représente en moyenne 5,2 % des charges pour chacun des GH. Au sein des GH, les charges communes sont ventilées sur les pôles selon des règles discutées localement.

**Le président** rappelle que le Siège fait l'objet de nombreux fantasmes et salue la volonté de transparence de la direction générale.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** fait observer que, comme dans l'affaire du NSI, il semble que l'AP-HP ne parvienne pas à réaliser des économies d'échelles, notamment en ce qui concerne le personnel administratif. Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS demande ensuite à quoi correspondent les recettes du siège et les 25 millions d'euros inscrits à la ligne « autres dépenses ».

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, répond que le siège travaille sur la question des effets d'échelle, mais que tous les objectifs n'ont pas encore été atteints. La maîtrise des nouveaux systèmes d'information devrait permettre de gagner en efficacité. Par ailleurs, la mise en place des GH a permis de mutualiser un certain nombre de fonctions. L'objectif de la Direction générale est d'affecter un maximum de moyens aux activités médicales et cliniques.

Elle indique ensuite que les recettes du siège proviennent d'un certain nombre de prestations offertes au personnel qui font l'objet de remboursements. Les « autres dépenses » correspondent à toutes les dépenses autres que les dépenses de personnel : nettoyage, maintenance, chauffage, etc.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** signale qu'un GH consacrant un tiers de son budget au chauffage et au nettoyage serait fermé.

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, propose de détailler les dépenses intitulées « autres dépenses » devant la sous-commission des finances et précise que les dépenses de consultants se sont élevées à environ 4 millions d'euros pour 2011.

**Le P<sup>r</sup> Bernard GRANGER** fait observer que le fonctionnement du siège donne la sensation d'une certaine lourdeur bureaucratique, et que les ressources ne semblent pas employées de manière optimale. Il évoque les doublons administratifs, qui constituent un gaspillage de temps et de moyens, et suggère d'adopter un fonctionnement plus léger basé sur un principe de subsidiarité. En matière de communication, la revue de presse reçue quotidiennement est réalisée par un prestataire, alors qu'il existe un service de communication interne. Il demande des informations relatives au coût des prestations de communication, et décrit ensuite la procédure à suivre pour qu'un journaliste puisse interroger un médecin, qu'il qualifie d'exemple caricatural du fonctionnement centralisé de l'AP-HP. C'est une procédure en six étapes avec aller-retour entre siège et groupes hospitaliers, là où deux étapes pourraient suffire. Enfin, il évoque les dépenses liées aux logements de fonction des directeurs du siège, et déclare qu'il ne semble pas exister de volonté d'alléger le fonctionnement de l'institution.

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, assure que le service de communication est tout à fait compétent, et que l'arrivée d'une nouvelle directrice de la communication permettra d'améliorer son fonctionnement. L'allègement des procédures du siège est un souci constant et fait l'objet d'un travail avec les directeurs de GH, mais il s'agit d'un chantier difficile.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, signale que les directions présentées contribuent à l'unité de l'AP-HP. Des progrès restent toutefois à réaliser en matière de subsidiarité.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** remercie M<sup>me</sup> Monique RICOMES pour l'effort de transparence dont témoigne sa présentation, mais fait observer que l'effort d'efficience nécessite une étude des doublons entre le siège et les directions locales. Par ailleurs, il indique qu'il serait souhaitable que l'effort de transparence soit décliné au niveau des GH. Enfin, il signale que les prélèvements réalisés sur les pôles au titre des charges communes semblent supérieurs à 5,2 %, et que les frais administratifs représentent près de 20 % des budgets des pôles.

S'agissant des doublons, **M<sup>me</sup> Monique RICOMES** signale que le travail de déconcentration est un processus constant ; le nouveau système d'information devrait notamment permettre d'avancer. Cette présentation a été communiquée aux GH, afin qu'ils puissent réaliser un travail équivalent auprès des pôles. Le taux de charges communes indiqué constitue une moyenne ; il pourra faire l'objet d'une vérification.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** annonce qu'il a consulté les équipes des urgences de l'Hôtel Dieu, et déclare que le projet de déménagement n'est absolument pas abouti. Il demande donc que ce projet soit discuté au sein de la CME – sans que la direction fasse appel aux services d'une entreprise de communication – et pose la question de l'avenir du service d'urgences de proximité.

**Le président** indique que ce point est à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CME. Il demande cependant quelles sont les intentions de la direction concernant les locaux du Siège.

**La secrétaire générale, M<sup>me</sup> Monique RICOMES**, répond que cette question sera également traitée au mois de juin. Elle rappelle que l'Hôtel Dieu, qui sera un hôpital universitaire de santé publique, abritera le siège. Cela permettra de valoriser les locaux actuels, et de réinvestir dans la rénovation des GH.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, fait observer que le siège constitue un sujet annexe dans le cadre du projet de l'Hôtel-Dieu, dont le cœur est le projet médical de l'hôpital à vocation universitaire de santé publique.

#### **IV. Soins de longue durée (SLD) à l'AP-HP : enjeux structureaux, financiers et sociaux**

**Le président** invite les membres de la CME à faire preuve d'une attention particulière sur ce sujet. Les SLD constituent une part importante de la filière gériatrique de l'AP-HP et représentent un enjeu financier énorme, qui impactera tout le budget de l'Institution.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** confirme que les enjeux médicaux, patrimoniaux et territoriaux sont très importants. De nombreux médecins travaillent en milieu gériatrique, mais l'universitarisation est insuffisante. Le nombre de lits concernés se décline de la manière suivante :

- 660 lits de court séjour gériatrique ;
- 2 700 lits de SSR gériatrique ;
- 3 173 lits de SLD ;
- 465 places EHPAD.

L'alimentation des lits de court séjour gériatrique est faite à partir du domicile et via les SAU. Selon les cas, les patients sont transférés en milieu SSR, qui compte 2 700 lits. Seuls 10 % des patients arrivés dans le secteur SSR rejoignent le secteur SLD, qui est l'endroit où les patients vont vivre jusqu'à leur décès ; près de la moitié des patients hospitalisés en SSR retournent à leur domicile. L'encombrement du secteur SLD, dont le taux d'occupation est actuellement d'environ 95 %, a évidemment des répercussions en amont.

Le mode de financement des SLD n'a rien à voir avec la tarification à l'activité. Le secteur SLD fait l'objet d'un financement ternaire, assuré pour moitié par l'assurance maladie. C'est sur cette partie que doivent porter les efforts de convergence en vue de réduire les coûts.

La répartition des sites SLD est asymétrique. Les sites situés au sud de la région, plus nombreux, reçoivent des patients âgés qui sont en moyenne plus malades que dans le reste de la France ; les sites situés au nord reçoivent des patients qui se trouvent dans une situation de précarité avancée – et qu'aucune autre structure ne veut recevoir.

Le nombre de lits est passé de 4 400 en 2005 à 3 173 en 2011 suite au plan stratégique 2005-2009. La première coupe Pathos, intervenue en 2006, avait pour but d'identifier, sur la base de critères critiqués par les gériatres, si les malades hospitalisés dans le secteur SLD relevaient des soins ou du médico-social (ces derniers devant être hospitalisés en EHPAD). La deuxième coupe Pathos, qui est intervenue en 2011, est un outil créé par la tutelle pour générer la convergence ; il ressort de l'utilisation des indicateurs mis au point que l'AP-HP doit réduire ses coûts à hauteur de 30 millions d'euros.

Les sites SLD sont également confrontés à un problème réglementaire d'humanisation. Le taux de chambres à un lit devrait se situer aux alentours de 95%, alors qu'il n'est que de 55 %. La transformation nécessaire entraînera une réduction du nombre total de lit, sauf constructions additionnelles ; à capacités constantes, le coût estimé de l'humanisation s'élève à plus de 200 millions d'euros.

La situation implique de mener un travail conjoint avec l'ARS. Il est à noter que 38% des patients SLD proviennent d'hôpitaux hors AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** rappelle que les structures SLD sont avant tout des lieux de soins, tandis que les EHPAD sont des lieux d'hébergements relevant du secteur médico-social qui fonctionnent comme un substitut au domicile. Les logiques de financement sont les mêmes, mais les proportions varient : les soins représentent 50 % du financement pour les SLD, contre 30 % pour les EHPAD.

Au sein de l'AP-HP, les besoins estimés en SLD sont inférieurs à la capacité actuelle. En Ile-de-France, les capacités-cibles ne sont pas arrêtées, et il existe une confusion entre les besoins sanitaires et les besoins médico-sociaux. Au niveau national, la coupe Pathos a entraîné un transfert de capacités du secteur sanitaire vers le secteur médico-social. Il n'existe donc pas d'analyse prospective dans ce domaine.

La mise en place de la convergence, qui est le fruit d'une décision politique, représentera pour l'institution un coût de 30 millions d'euros sur six ans (2011-2016), tandis que l'humanisation représente un coût de 200 millions d'euros. L'AP-HP subit donc d'une « double peine », pour un coût total de 230 millions d'euros.

Le SLD représente un enjeu financier et social majeur. La déclinaison des projets en cours représente, au niveau national, une réduction du personnel soignant estimée à 6 000 personnes (600 pour l'AP-HP).

En l'état actuel, les propositions portent sur :

- l'arrêt du processus de convergence dans sa forme actuelle ;
- la mise en œuvre d'une concertation avec l'ARS impliquant les gériatres pour définir la capacité-cible du SLD à l'AP-HP et définir le mode opératoire (répartition et financement).

En conclusion, le D<sup>f</sup> Georges SEBBANE déclare que l'AP-HP doit d'un part s'engager sur un secteur sanitaire adapté en lien avec les projets d'humanisation qui devront être concertés et priorités, et d'autre part bénéficier des moyens suffisants pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients âgés hospitalisés au long cours.

**Le P<sup>f</sup> Olivier HENRY** confirme que les SLD posent de graves problèmes. En tant que président de la discipline, il propose d'apporter un éclairage sur l'avis de ses pairs. Il signale que les gériatres sont unanimes pour défendre l'institution dans sa dimension sanitaire, qui est indispensable aux soins pour les patients les plus âgés et les plus vulnérables. A ce titre, les gériatres peuvent se prévaloir d'une collaboration plutôt réussie avec la Direction générale et les directions fonctionnelles.

Suite à première coupe Pathos intervenue en 2006, 465 lits du SLD ont été transformés en EHPAD le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le P<sup>f</sup> Olivier HENRY annonce avoir reçu le 19 janvier 2010 une lettre de Monique RICOMES, de Philippe SAUVAGE et de Jean-Yves FAGON, qui apportait des engagements parfaitement clairs sur les moyens consentis par l'AP-HP pour que les EHPAD puissent continuer à vivre. A l'époque, une discussion avec la DRH avait abouti à ce que « la partition s'effectue à 12 % des capacités de l'institution, contre 46 % si l'on avait appliqué la coupe Pathos *stricto sensu*. » Les autres engagements portaient sur le médecin coordonnateur, et sur la dotation en soin et en personnel (les personnels restaient Titre 4 de la fonction publique hospitalière). Ces engagements ont été tenus.

Aujourd'hui, garder des capacités intactes en SLD en enlevant du personnel aboutirait à créer une coquille vide confrontée à des difficultés énormes dans le recrutement des soignants. Les gériatres ne cautionneront pas une telle évolution.

Par ailleurs, les EHPAD appartiennent au secteur médico-social, et les gériatres estiment qu'il n'incombe pas à l'AP-HP de gérer ces établissements. Les gériatres ne s'impliqueront pas dans les soins à dispenser dans ces EHPAD, la loi prévoyant que des médecins coordonnent l'action de médecins généralistes.

**Le P<sup>f</sup> Olivier HENRY** souligne qu'au-delà de l'impact financier, l'impact sur les filières de soin compromettra leur fluidité, et risque de compromettre la capacité de l'institution à effectuer des soins programmés devant l'afflux de malades aux urgences. Il soumet donc à la CME la motion suivante, discutée par le bureau de la collégiale de gériatrie :

« *Nous demandons :*

- *que soit arrêté sans délai le processus dit « de convergence tarifaire » appliqué sans concertation au secteur de SLD de l'AP-HP ;*
- *que soit mise en place une collaboration étroite entre la CME, la Direction générale, les gériatres et l'ARS pour définir le périmètre du secteur de SLD nécessaire au bon fonctionnement de notre institution, en fonction d'impératifs budgétaires raisonnables, des indispensables travaux d'humanisation, et des besoins de la population âgée d'Île-de-France. »*

**Le président** indique qu'il ne mettra pas au vote une motion présentée en séance, sans qu'elle ait fait avec lui l'objet d'une discussion préalable.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** revient sur l'expression « double peine » employée par le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE, en faisant observer que les coûts de fonctionnement des SLD sont deux fois plus élevés que ceux des autres structures, et que les coûts liés à l'humanisation ne peuvent être appréciés comme une peine dans la mesure où ils ont vocation à permettre un accueil correct des patients. Il convient toutefois de se demander si l'AP-HP a vocation à être présente dans tous les domaines, des urgences aux EHPAD.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** ajoute que le fond de la question est de savoir si l'AP-HP veut continuer à s'occuper des malades âgés en SLD, ou si elle souhaite laisser le secteur privé s'en occuper. Il signale ensuite que le montant de 200 millions d'euros évoqué pour l'humanisation doit être apprécié au regard du nombre de lits considérés. Quant aux surcoûts de l'AP-HP invoqués pour justifier les efforts demandés, il faut prendre en compte que l'outil Pathos sous-cote les malades, et que la valeur du point a été fixée arbitrairement à 13,10 euros. La diminution du financement se traduira par une réduction du personnel soignant, alors que le ratio actuel de soignants est inférieur à l'objectif qui était fixé dans le cadre du plan « grand âge ». Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE déclare que les structures SLD sont en train d'être transformées en mouiroirs, et que certains soignants se plaignent de voir les malades traités comme des animaux. Or, le « burn-out » et le *turn over* du personnel ne résoudront pas les problèmes des malades âgés.

**Le P<sup>r</sup> Béatrice CRICKX** revient sur la cartographie des sites en région parisienne, et demande quelle est l'opinion de l'ARS concernant d'une part les disparités nord/sud, et d'autre part la proportion considérable de malades provenant d'autres établissements que ceux dans l'AP-HP dans les sites situés au nord de la région.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** répond que le discours de l'ARS consiste à demander à l'AP-HP de garder la maîtrise de l'organisation de l'ensemble de ses lits SLD, y compris ceux qui sont au service de la région.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** signale que la situation présentée explique en partie la saturation des urgences : plus les fermetures de lits SLD ont augmenté, plus les personnes âgées sont venues aux urgences. Dans plus de 80 % des cas, les patients de plus de 75 ans doivent être gardés aux urgences. Par ailleurs, les coordonnateurs des EHPAD sont peu joignables.

Il fait ensuite observer que, compte tenu des profits pharaoniques réalisés par de grandes multinationales et des fonds d'investissements sur le dos des personnes âgées, il convient de s'interroger sur l'opportunité de fermer des lits SLD. Il se déclare favorable au vote de la motion présentée par la collégiale de gériatrie, et ajoute que la convergence tarifaire est en train de tuer l'institution.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** demande si une évaluation a été menée concernant l'impact de la réduction du nombre de lits SLD sur les flux aux urgences, le maintien des patients dans des structures aigües, la durée moyenne des séjours, et le coût de la prise en charge.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** répond qu'aucune variation importante n'a été constatée.

**Le D<sup>r</sup> Josiane HOLSTEIN** ajoute que la fréquentation des urgences par les patients âgés augmente dans la même proportion que la fréquentation globale. Elle signale par ailleurs que la fermeture de lits SLD s'est accompagnée d'une réduction de la durée des séjours en SSR grâce à l'implication des gériatres, ce qui a permis d'absorber une partie de l'augmentation du flux généré par les entrées en urgence.

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** signale que les EHPAD sont confrontés à des problèmes de capacité d'accueil et de qualification du personnel non-médical.

**Le D<sup>r</sup> Georges SEBBANE** signale que le secteur privé s'intéresse plus au secteur médico-social qu'au secteur sanitaire, puis reprend l'expression de « double peine » pour signaler que la situation des SLD aura un impact tant sur le plan financier que sur le plan du personnel. L'ARS demandant à la fois la convergence, l'humanisation et le maintien de la capacité d'accueil, la situation actuelle est une situation de rupture. Par ailleurs, il n'existe que peu d'infrastructures soignantes dans les EHPAD : tout déséquilibre de l'état de santé d'un patient en EHPAD entraîne un transfert vers les urgences.

**Le P<sup>r</sup> Olivier LYON CAEN** salue le travail réalisé par Mme Josiane HOLSTEIN sur le sujet. Il indique ensuite que la problématique du SLD est régionale avant d'être institutionnelle, et que la question nécessite un partenariat entre les différents acteurs régionaux. Le P<sup>r</sup> Olivier LYON CAEN rappelle que l'AP-HP traite les SLD pour des raisons historiques, mais fait observer que cela ne correspond peut-être plus à une réalité sociologique ; il suggère donc que soit présentée une cartographie de l'ensemble des structures de SLD existantes, et non des seules structures gérées par l'AP-HP.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande s'il est normal que l'activité de soins ne représente que 50 % du budget des structures SLD.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, indique que l'AP-HP représente plus de 60 % de l'offre SLD en Ile-de-France, et qu'il est donc difficile d'envisager qu'il soit mis fin à cette activité. Elle fait ensuite observer que 60 % des patients des SLD sont à l'assistance sociale, et qu'il est donc difficile de leur trouver des structures hors-AP-HP. Sur ce sujet, l'AP-HP constitue une variable d'ajustement.

Depuis que les pouvoirs publics ont adopté la position actuelle sur la convergence, la FHF et la directrice générale ont signalé que la question de la valeur du point de SLD devait être revue pour mieux prendre en compte les patients et le travail réalisé. La DGOS a répondu que des groupes de travail seraient ouverts sur ce sujet à compter du mois de juin.

Par ailleurs, si l'ARS demande à l'AP-HP de jouer pleinement son rôle, elle a indiqué qu'elle participerait aux investissements nécessaires à l'humanisation. Enfin, les critères d'humanisation des SLD sont extrêmement élevés, et il semble nécessaire d'entamer une réflexion sur ce sujet afin que ces critères soient plus opérationnels.



**Le président** déclare que les gériatres de la CME doivent alimenter la réflexion afin de sortir de la situation actuelle. Il propose donc la constitution d'un groupe *ad hoc* sur ce sujet, dont la responsabilité serait confiée au D<sup>r</sup> Georges SEBBANE. La mission de ce groupe sera de réfléchir aux enjeux qui ont été présentés, non seulement à l'échelle de l'AP-HP, mais aussi au niveau régional et national. Des propositions pourraient être formulées par ce groupe et soumises au vote des membres de la CME sous la forme d'une motion. La collégiale de gériatrie ne sera évidemment pas exclue des réflexions.

## **V. Chirurgie ambulatoire : déploiement à l'AP-HP**

**Le président** rappelle que la chirurgie ambulatoire est l'un des seize projets prioritaire du plan stratégique de l'AP-HP. Ce projet a été piloté par le P<sup>r</sup> Corinne VONS, chirurgien à Jean Verdier.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** rappelle que la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge innovant, où le patient ne reste hospitalisé que le strict temps nécessaire – il peut ainsi arriver le matin et sortir le soir même de son intervention. Ce mode de prise en charge est sous-développé en France, puisque moins de 4 interventions sur 10 sont réalisées selon ce mode, contre 8 sur 10 aux Etats-Unis, et 7 sur 10 en Norvège ou en Suède.

La chirurgie ambulatoire n'est plus réservée à des actes mineurs pour des patients jeunes sans comorbidité. Les techniques des professionnels ont en effet beaucoup progressé :

- les chirurgiens opèrent avec des techniques mini-invasives ;
- l'anesthésie n'est plus toujours générale, mais parfois ciblée et loco-régionale ;
- les risques postopératoires sont mieux évalués et gérés : les patients sont hébergés si le risque postopératoire le justifie ;
- les suites postopératoires (nausées, vomissements, réhabilitation) sont maîtrisées.

La chirurgie ambulatoire est donc une chirurgie d'excellence pour des actes de plus en plus lourds, qui peut être employée pour la majorité des patients.

Pour le patient, ce mode de prise en charge présente de multiples bénéfices :

- confort de pouvoir retourner à son domicile le soir ;
- garantie de la maîtrise des douleurs, des nausées, des vomissements postopératoires, et garantie d'une réhabilitation rapide – les patients ne peuvent sortir qu'à condition qu'ils atteignent un certain score (score de Chung) ;
- moindre exposition au risque thrombo-embolique et au risque d'infections nosocomiales, comme l'ont montré plusieurs études du CCLIN.

En outre, la chirurgie ambulatoire n'est pas plus risquée que la chirurgie avec hébergement postopératoire. Cela a été montré par des méta-analyses dans le cas d'interventions plus complexes que de simples interventions sur la cataracte. Ainsi, une étude sur la cholécystectomie menée sur

plus de 1 000 patients a montré qu'entre la chirurgie ambulatoire et la chirurgie avec hospitalisation complète, la mortalité et la morbidité étaient identiques.

Compte tenu de l'enjeu économique, les pouvoirs publics se sont emparés du projet de développement de la chirurgie ambulatoire au cours des deux dernières années. Un objectif national de plus de 50 % de chirurgie ambulatoire a ainsi été fixé pour l'horizon 2016. Un décret sur les conditions d'implantation de l'activité de chirurgie est en projet ; il obligerait chaque établissement à faire de la chirurgie ambulatoire pour avoir le droit de faire de la chirurgie, et fixerait les conditions d'exercice.

Il existe déjà une politique de contractualisation renforcée avec les ARS : des taux de chirurgie ambulatoire contractualisés conditionnent l'obtention de moyens pour développer les services de chirurgie. La volonté des pouvoirs publics dans ce domaine s'accompagne de la volonté affichée de réduire les capacités en lits en Hospitalisation Conventionnelle.

Le volontarisme des pouvoirs publics se lit également à d'autres niveaux :

- depuis 2009, le taux de chirurgie ambulatoire de tous les établissements fait l'objet d'un suivi national ;
- 17 gestes doivent obligatoirement être réalisés en ambulatoire – les établissements doivent se justifier auprès de l'assurance-maladie s'ils ne réalisent pas ces actes en ambulatoire ; 10 nouveaux gestes seront ajoutés à la liste en 2012 ;
- 55 gestes marqueurs donnent lieu à un tarif unique ; l'établissement perçoit des recettes identiques, que le séjour soit réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.

La chirurgie ambulatoire constitue un enjeu pour l'AP-HP. Elle permettra à l'institution :

- de maintenir une offre de soins et de prise en charge de qualité adaptée aux avancées et aux innovations ;
- d'assurer son rôle de CHU (missions de recherche, d'innovation, d'évaluation, de formation et d'enseignement) ;
- de rester attractive pour les internes, les soignants et les directeurs ;
- de participer à la conception de l'hôpital de demain.

Le taux de séjours en ambulatoire est passé de 22 % en 2010 à 23,3 % en 2011 ; ce taux se situe dans la moyenne basse constatée dans les CHU en 2010, et est très inférieur aux taux observés dans les hôpitaux universitaires aux USA (de 40 à 60 %).

L'engagement de développer la chirurgie ambulatoire a été affiché lors d'une conférence de presse, et a été relayé auprès de la Haute Autorité de Santé, de l'ANAP et de l'ARS. Nous avons mis en place des mesures pour développer une chirurgie ambulatoire de qualité, efficiente, sûre et organisée ; un chemin clinique et un document « parcours patient » ont été élaborés. Nous avons également élaborés des modèles médico-économiques pour évaluer l'impact du transfert des séjours conventionnels vers l'ambulatoire ; le potentiel de chaque établissement a été évalué. Des

rencontres ont été organisées avec les GH pour dresser un état des lieux et déterminer les facteurs clés de la réussite. Un travail de conviction est en effet nécessaire pour faire évoluer les pratiques. Enfin, des sites pilotes ont été lancés.

On peut distinguer trois types d'établissements : ceux qui ont des unités satellites, c'est-à-dire un bloc dédié à la chirurgie ambulatoire ; ceux qui ont des unités intégrées, c'est-à-dire un bloc commun à l'ambulatoire et à l'hospitalisation conventionnelle ; Beaucoup pratiquent encore de la « chirurgie foraine », c'est-à-dire que la chirurgie ambulatoire est éparpillée dans des services d'hospitalisation conventionnelle. Cette dernière pratique n'est pas intéressante d'un point de vue organisationnel.

Pour évaluer le volume des séjours potentiellement transférables en chirurgie ambulatoire, nous avons repéré les gestes MSAP des établissements car 90 % de ces gestes peuvent être réalisés en ambulatoire. Nous avons également observé les séjours de un et deux jours, cette durée étant souvent liée à l'arrivée du patient la veille de l'opération et la sortie le lendemain. Les volumes varient en fonction des établissements. Aujourd'hui, l'AP-HP a un taux de chirurgie ambulatoire de 22 % ; si 80 % des séjours de un et deux jours étaient transférés en chirurgie ambulatoire, nous atteindrions un taux de 39 %.

Pour encourager le développement de la chirurgie ambulatoire et pour tourner la page de la prise en charge en chirurgie, pour changer de culture, un véritable travail de conviction des professionnels est nécessaire. L'identification d'un « chef d'orchestre » au niveau de chaque établissement, GH ou spécialité chirurgicale permettrait de coordonner et de structurer le développement de la chirurgie ambulatoire. Les médecins s'investissant dans son développement et les futurs universitaires inscrivant dans leurs projets des innovations ou des travaux de recherches s'y rapportant pourraient être encouragés. Les travaux de recherche clinique et des programmes d'enseignement pourraient être plus largement initiés et valorisés. Les restructurations et les nouveaux bâtiments doivent être les témoins de l'engagement de l'AP-HP pour le développement de la chirurgie ambulatoire

**Le D<sup>r</sup> Martine MARCHAND** demande quelle est la distinction entre hôpital de jour et chirurgie ambulatoire.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** explique que l'hôpital de jour concerne la médecine, tandis que la chirurgie ambulatoire concerne les actes chirurgicaux, ce qui suppose une gestion des risques permanente.

**Le D<sup>r</sup> Patrick DASSIER** confirme que la chirurgie ambulatoire est une voie d'avenir, et assure que les anesthésistes-réanimateurs sont à même d'assurer cette mission. Toutefois, Patrick DASSIER rappelle qu'il existe, derrière la volonté de développer la chirurgie ambulatoire, un critère purement médico-économique : l'objectif est de tirer le maximum de revenus de l'acte chirurgical, sans frais d'hospitalisation. Enfin, il estime que les praticiens n'ont pas besoin de se voir offrir une gratification supplémentaire pour faire correctement leur travail – et en l'occurrence, pour développer une activité de base comme la chirurgie ambulatoire.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** fait observer que, dans certains établissements, ce mode d'hospitalisation ne se développe pas, faute de conviction des personnels. La valorisation permettrait d'accélérer le lancement du processus.

**Le P<sup>r</sup> Olivier LYON CAEN** signale qu'il est délicat d'opposer l'hôpital de jour « médical » et la chirurgie ambulatoire. Dans les deux cas, les modes de fonctionnement nécessaires sont très

proches, dans la mesure où les structures doivent être individualisées. Toutefois, le bon fonctionnement de l'hôpital de jour « chirurgical » nécessite des investissements considérables, notamment en vue de l'aménagement des locaux, les structures actuelles n'étant pas adaptées. Le P<sup>r</sup> Olivier LYON CAEN signale que des priorités devront être fixées, et demande comment ces priorités seront établies. Il fait observer que, de manière générale, les projets supportés par des activités rentables voient les portes s'ouvrir, tandis que les activités moins rentables entraînent des négociations beaucoup plus délicates.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, fait observer que le point précédent a montré que les choix d'investissement ne privilégiaient pas nécessairement les activités rentables : la modernisation des hôpitaux fait partie des activités de l'AP-HP. Elle indique ensuite que la présentation du P<sup>r</sup> Corinne VONS est le fruit d'un travail pragmatique montrant le potentiel de l'institution. Une réponse opérationnelle sera apportée à ce travail, et il est tout à fait possible de changer l'organisation dans les bâtiments existants. Tous les nouveaux bâtiments (Necker, Port Royal) ont en outre été conçus en tenant compte de l'organisation de la chirurgie ambulatoire. Les investissements demandés feront systématiquement l'objet d'une analyse.

Concernant la gratification évoquée, **le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** fait observer que l'octroi d'une gratification dans le cadre de la modernisation d'une prise en charge ne peut se limiter aux chirurgiens, ce qui entraîne la création d'une spirale infernale et inflationniste. Il serait préférable que les salaires soient payés en fonction du travail rendu, et que le temps additionnel soit rémunérés.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** explique qu'elle ne pensait pas à une gratification financière, mais par exemple à l'obtention de postes de praticiens hospitaliers.

**Le P<sup>r</sup> Ariane MALLAT** se déclare favorable au développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de l'AP-HP, et indique que des pratiques de prise en charge adaptées doivent être développées. La difficulté à mettre en place des pratiques adaptées est liée à l'inadaptation des structures, et des investissements dans ce domaine sont attendus depuis longtemps.

**Le P<sup>r</sup> Christian RICHARD** fait observer que l'hôpital dans lequel il travaille comprend depuis longtemps une unité de chirurgie ambulatoire indépendante. Il demande comment améliorer la performance d'une unité de chirurgie ambulatoire, et si une évaluation des unités existantes a été menée.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** indique que la structure de Bicêtre est une structure satellite qui est désormais très petite. Les structures intégrées sont donc à favoriser pour permettre le développement de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, des évaluations médico-économiques de deux unités ont été réalisées, et un modèle pour que les structures soient à l'équilibre a été établi.

**Le P<sup>r</sup> Pierre CARLI** signale que l'AP-HP a raté beaucoup d'opportunités chirurgicales, et qu'il pourrait être intéressant de faire preuve d'ambition en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, certains secteurs de marché n'ayant pas encore été captés par le secteur privé. Par ailleurs, la mise en place de la chirurgie ambulatoire ne peut être improvisée, et nécessite une réflexion sur la médecine de flux. Enfin, le P<sup>r</sup> Pierre CARLI fait observer que la médecine de flux fait souvent peur aux hôpitaux universitaires. Pourtant, les hôpitaux universitaires disposent d'un encadrement permettant de repousser les limites de la chirurgie ambulatoire, et sont propices à la recherche – notamment en anesthésie et dans le domaine médico-économique.

**Le président** signale qu'il convient de se demander si la chirurgie ambulatoire doit intervenir en supplément ou en remplacement partiel des ressources chirurgicales existantes.

**Le P<sup>r</sup> Gérard CHÉRON** se déclare convaincu par l'intérêt du raccourcissement du séjour hospitalier, et indique que l'AP-HP doit rattraper son retard dans ce domaine. Toutefois, il fait observer que l'emploi du terme « flux » lui évoque les usines automobiles, et qu'il convient de ne pas perdre de vue la dimension humaine. La chirurgie ambulatoire doit intégrer un relai de soins pour la prévention de la douleur ou de la survenue d'éventuelles complications, afin que les patients ne tournent pas vers les urgences. Enfin, le P<sup>r</sup> Gérard CHERON demande si, dans le cas des hôpitaux pédiatriques, des critères de poids et d'âges ont été pris en compte pour la définition de gestes devant être réalisés en ambulatoire.

**Le P<sup>r</sup> Corinne VONS** répond que les recommandations actuelles autorisent le recours à la chirurgie ambulatoire à partir de six mois. Elle rappelle ensuite que les pratiques sont basées sur la gestion des risques, et indique qu'il est prévu de suivre les taux de consultations et de réadmissions post-opératoires dans toutes les unités de chirurgie ambulatoire de l'AP-HP.

## **VI. Codage des séjours : bilan et avenir**

**Le président** signale que certaines des propositions qui seront formulées en fin de présentation répondent à des aspirations existant depuis longtemps au sein de la communauté médicale.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** rappelle que le codage constitue une thématique prioritaire de la Direction générale, et qu'un travail est mené depuis début 2011 sur le sujet. L'AP-HP souhaite mieux décrire et valoriser son activité au travers du codage. Les comparaisons effectuées montrent que tous les CHU sont globalement au même niveau en matière de valorisation et de sévérité des séjours, mais le CHU de Toulouse a plus de séjours avec sévérité plus élevée.

Les contrôles réalisés révèlent encore des erreurs de codage et de déclaration des séjours à l'AP-HP. Grâce à la reprise de 7 500 séjours de 2009, 19 millions d'euros en recettes ont été récupérés. La majorité des anomalies rencontrées correspondent à des oublis de codage d'éléments, dont la trace est retrouvée dans :

- les comptes rendus opératoires ou hospitaliers (55 % des cas) ;
- les observations (17 % des cas) ;
- le dossier infirmier (15 % des cas)
- les résultats de bactériologie (9 % des cas)
- le dossier d'anesthésie (4 % des cas).

La qualité des dossiers en termes de recherche des informations médicales destinées à l'optimisation est très variable en fonction des établissements et des services.

En 1994, l'AP-HP a fait le choix de mettre en place un modèle de codage PMSI « décentralisé », c'est-à-dire basé sur un codage réalisé par les cliniciens. Ce modèle doit être remis en question, puisqu'il ne permet pas de récupérer les recettes de la T2A. Plusieurs raisons expliquent les limites du codage à l'heure actuelle :

- les rythmes de transmission sont plus élevés (et le codage pourrait bientôt se faire au fil de l'eau) ;

- les règles de codage sont de plus en plus complexes ;
- les équipes des DIM s'épuisent dans les contrôles d'aval et la récupération des défauts d'exhaustivité.

Par ailleurs, lorsqu'un patient présente plusieurs pathologies associées, il arrive souvent qu'une seule soit inscrite. Le codage se révèle donc également insuffisant en termes de description, alors que ces éléments sont essentiels pour analyser l'activité.

Le changement ne peut venir que d'un codage réalisé à partir d'une source écrite. Le CRH est le support que nous souhaitons utiliser, bien qu'il ne soit pas exhaustif – il ne comporte que 55 % des informations nécessaires au codage. D'autres sources doivent donc être associées. Une discussion doit être engagée sur ce point avec les GH.

Le groupe projet a étudié les trois modèles de codage utilisés qui sont basés sur une professionnalisation ou quasi-professionnalisation des codeurs. Dans deux cas, le codage est assuré par des techniciens d'information médicale ; dans le troisième cas, le codage repose sur une meilleure formation des médecins. Dans tous les cas, la disponibilité du compte rendu d'hospitalisation est un prérequis. Des sources annexes provenant notamment de NSI Patient peuvent être utilisées en soutien du CRH pour réaliser le codage.

Nous souhaitons décliner les différents modèles dans les GH (chaque pôle étant libre de choisir le modèle qui lui convient). Le plan d'actions au sein de chaque GH consiste à :

- cartographier l'organisation actuelle du codage au sein de chaque pôle ;
- définir les principes d'organisation de la chaîne de l'information médicale au sein de chaque pôle dans une perspective d'assurance de la qualité ;
- mettre en place un suivi d'indicateurs ;
- monter en charge progressivement pôle par pôle.

Nous avons pour objectif de disposer des CRH dans le délai exigé pour assurer la continuité des soins. Dans le cadre d'un système d'information totalement informatisé, il est envisagé d'obtenir des CRH parfaitement exhaustifs dès la sortie du patient.

Une présentation a été réalisée devant les unités d'information médicale, puis devant le bureau de la CME. Nous allons également organiser un séminaire de présentation détaillée des différents modèles, en présence des DIM du CHU de Toulouse et de l'hôpital Cochin. Les outils de mise en œuvre de la professionnalisation seront mis à disposition. L'évolution de l'organisation du codage est devenue urgente. Il sera demandé aux médecins de se concentrer sur la réalisation de CRH plutôt que sur le codage. Sur la base du CRH fourni par les cliniciens, le codage sera réalisé par des professionnels – qui pourront être recrutés grâce à des redéploiements en interne. Il est nécessaire que les personnels acquièrent les connaissances nécessaires pour lire les CRH. Les besoins de formation sont donc importants.

**Le vice-président** signale que les soins de suite et la réadaptation nécessitent un codage très fin, qui ne peut se faire à l'heure actuelle qu'au détriment de l'activité clinique. Il est donc souhaitable que le système évolue.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** fait observer qu'au CHU de Toulouse, qui ne rencontre pas les mêmes difficultés de recrutement, le codage est assuré par des infirmières ayant fait le choix de se réorienter.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** indique que les médecins sont confrontés à un manque de secrétaires pour la rédaction des CRH, et que ce manque pourrait devenir encore plus criant si des secrétaires étaient transférées au DIM. Des investissements seront donc nécessaires pour effectuer des recrutements.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** fait observer qu'au CHU de Toulouse, qui ne rencontre pas les mêmes difficultés de recrutement, la codification est assurée par des infirmières ayant fait le choix de se réorienter.

**Le D<sup>r</sup> Anne GERVAIS** demande qui tapera les CRH.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** répond qu'au sein des deux services de l'hôpital Henri Mondor faisant office de sites pilotes, les retards dans le flux ne sont pas liés aux secrétaires mais aux internes, qui ont des difficultés à dicter la première version du CRH.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GUIDET** confirme que les CRH constituent un élément clé du dispositif de codage, et suggère que des recommandations soient formulées dans ce domaine : 80 % des comptes rendus devraient pouvoir être dictés après la fin de la première journée ; certains éléments, notamment la biologie, devraient pouvoir être extraits directement du système d'information. Par ailleurs, le codage des actes doit rester l'apanage de celui qui les a réalisés, ce qui suppose de pouvoir contrôler au jour le jour que les actes réalisés ont été codés, et donc de généraliser l'interface IPOP-SAG. Enfin, il doit être possible de récupérer les co-morbidités pour qu'il ne soit pas nécessaire de les recoder lors d'un séjour ultérieur.

**Le P<sup>r</sup> Thierry CHINET** signale qu'ORBIS, utilisé dans certains services d'Ambroise Paré, répond à un certain nombre des problèmes soulevés : l'incorporation des données biologiques au CRH est automatique et les codages antérieurs sont repris.

**Le P<sup>r</sup> Michel FOURNIER** fait observer que de nombreux services ne réalisent aucun CRH et ne produisent que des lettres et des comptes rendus opératoires. Cette situation est inadmissible, notamment car elle entraîne une perte considérable d'informations médicales. Si les problèmes techniques et humains ne doivent pas être négligés, il est souhaitable que les médecins veillent à réaliser les comptes rendus d'hospitalisation, ne serait-ce que dans une perspective médico-scientifique.

**Le président** signale que le projet présenté incitera à perfectionner la production des CRH.

**Le D<sup>r</sup> Julie PELTIER** admet la nécessité de se concentrer sur la production rapide des CRH. Elle indique cependant que, d'après son expérience, cet objectif est loin d'être atteint. Le temps moyen de frappe d'un compte rendu est d'environ trois semaines, notamment en raison du *turn-over* des secrétaires et de la diminution du nombre de postes. Elle suggère donc de titulariser et fidéliser les secrétaires.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande dans combien d'hôpitaux les codages sont réalisés par le DIM sur la base des CRH, et si ce système a entraîné une augmentation de la rentabilité.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** répond que seuls Paul Brousse et Cochin ont mis en place un codage centralisé basé sur les CRH. Une expérimentation est en cours à Saint-Louis pour une alimentation progressive du CRH au cours de l'hospitalisation, mais l'outil utilisé n'est pas un outil institutionnel.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** salue le fait que le codage par des non-cliniciens se généralise, mais demande si l'on a pu évaluer la valeur ajoutée de ce mode de fonctionnement.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** répond qu'il est difficile d'estimer le temps consacré au codage par les cliniciens, et donc de réaliser une réelle étude de coût. Toutefois, au CHU de Toulouse, les recettes ont augmenté de 4 %, pour une activité en hausse de 2 %.

**Le P<sup>r</sup> Gérard REACH** se félicite que le codage soit assuré par des professionnels. Il signale toutefois que le développement de l'activité en hôpital de jour oblige à rédiger un compte rendu par jour, et que le seul moyen de remédier à l'augmentation du flux est de confier la frappe de ces comptes rendus aux médecins. La production des comptes rendus en temps réel est satisfaisante tant pour les internes que pour les patients et les médecins généralistes. Cependant, des ordinateurs portables doivent être mis à disposition pour faciliter ce travail.

**Le P<sup>r</sup> Stanislas CHAUSSADE** indique que le gain financier qu'apporte le codage est variable en fonction de l'encadrement dont les services concernés faisaient l'objet précédemment. Il souligne toutefois que la forme des comptes rendus doit être revue, notamment pour l'hôpital de jour, et que des grilles doivent être mises au point afin que les cliniciens puissent suivre leurs retards – ce qui suppose des investissements en termes de TIM et de DIM.

**Le P<sup>r</sup> Paul LEGMANN** fait observer qu'il est très important de préserver le temps médical, et que le codage centralisé va dans ce sens. Il indique ensuite que le codage des actes chirurgicaux ambulatoires devra pouvoir s'adapter à un flux tendu. Par ailleurs, lorsque du temps médical aura été gagné, il conviendra d'étudier si les CRH doivent être réalisés par les internes ou les PH. Enfin, il demande quelles sont les pratiques du secteur privé en la matière.

**Le D<sup>r</sup> Namik TARIGHT** répond que, dans le secteur privé, la situation est la même qu'à Cochin et Paul Brousse. La Générale de Santé dispose d'une école afin de former ses techniciennes en interne. Par ailleurs, si la tendance est actuellement au codage de l'acte par le clinicien qui l'a réalisé, une expérience est en cours à Necker pour déterminer quelle est la meilleure pratique dans ce domaine.

## **VII. Approbation du compte rendu de la séance du 13 mars 2012**

*Le compte rendu de la séance du 13 mars 2012 est adopté à l'unanimité des membres présents.*

## **VIII. Questions diverses**

**Le président** revient sur la question des emprunts toxiques soulevée par le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX.

**La directrice générale, M<sup>me</sup> Mireille FAUGÈRE**, indique que l'AP-HP n'a contracté aucun emprunt de ce type, et que les prêts souscrits auprès de Dexia relevaient de la catégorie « non risqué ». Grâce au professionnalisme des équipes de l'AP-HP, les emprunts réalisés sont des



emprunts obligataires, qui sont plus sécurisés. Par ailleurs, grâce à un travail d'anticipation, les besoins d'emprunts pour 2012 ont été couverts.

**Le président** confirme que le modèle d'emprunts obligataires de l'AP-HP fait beaucoup d'envieux, et que certains hôpitaux cherchent à se regrouper afin de pouvoir souscrire le même type d'emprunts.

*La séance est levée à 13 heures 05.*

\*

\*

\*

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

**mardi 12 Juin 2012 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**mercredi 30 mai 2012 à 16 heures 30**