

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 22 JUIN 2004**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 21 SEPTEMBRE 2004**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 22 juin 2004

(salle du conseil d'administration)

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Présentation du programme relatif à la chirurgie ambulatoire.
- 2- Point sur la préparation de l'AP-HP à l'accueil des malades pendant l'été 2004.
- 3- Point sur la mise en place de la tarification à l'activité.
- 4- Présentation du bilan PMSI pour l'année 2003 :
  - point sur la mise en place de la classification commune des actes médicaux.
  - conséquences de la nouvelle classification des groupes homogènes de séjours sur la T2A,
- 5- Information sur l'intégration des personnels de l'association Claude Bernard à l'AP-HP.
- 6- Avis sur le compte administratif pour l'année 2003 et affectation des résultats.
- 7- Avis sur la décision modificative n° 2 pour l'année 2004.
- 8- Extension des missions du syndicat inter-hospitalier « SAU des Hauts-de-Seine nord ».
- 9- Bilan social pour l'année 2003.
- 10- Avis sur le renouvellement de la composition du comité central de lutte contre les infections nosocomiales.
- 11- Avis sur les dossiers examinés en groupe des structures.
- 12- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 13- Avenants à des conventions hospitalo-universitaires.
- 14- Convention associant l'association pour l'utilisation du rein artificiel à l'AP-HP et à l'unité de formation et de recherche médicales Pitié-Salpêtrière.
- 15- Avis sur la création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2004.

16- Approbation du compte-rendu de la séance du 11 mai 2004.

17- Questions diverses.

### **SEANCE RESTREINTE**

#### **Composition C**

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la nomination d'un chef de service hors CHU à titre provisoire.
- Avis sur la demande de renouvellement de disponibilité d'un PH affecté à l'AGEPS.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de PH à plein temps et de praticien des hôpitaux à temps partiel.

#### **Composition B**

- Avis sur la titularisation des MCU-PH stagiaires d'odontologie, au 1<sup>er</sup> septembre 2004.
- Candidatures aux emplois de MCU-PH d'odontologie au titre de l'année 2004 (1<sup>er</sup> tour).
- Avis sur la titularisation des MCU-PH nommés stagiaires le 1<sup>er</sup> septembre 2003.
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH.

#### **Composition A**

- Candidatures aux emplois de PU-PH d'odontologie au titre de l'année 2004 (1<sup>er</sup> tour).
- Avis sur une demande d'intégration dans le corps des PU-PH d'un directeur de recherche placé en position de détachement à l'AP-HP.
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un PU-PH.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de trois PU-PH.
- Avis sur les premières demandes et les renouvellements de consultants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> septembre 2004.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - M. le Dr BEN-BRIK, responsable de la médecine du travail,
  - Mme LABBE, représentant la commission du service de soins infirmiers,
  - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
  - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile de France ;
  
- *en qualité d'invité permanent :*
  - M. le Pr BAGLIN, doyen de faculté ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
  - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
  - Mme PANNIER, directrice de cabinet,
  
  - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
  - M. BEST, direction de la politique médicale,
  - M. le Dr BONTEMPS, caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
  - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
  - M. le Pr BRUN-BUISSON, hôpital Henri Mondor,
  - Mme le Dr BURONFOSSE, direction de la politique médicale,
  - M. CAMPHIN, direction de la politique médicale,
  - M. SCHAJER, adjoint au directeur économique et financier,
  - M. TOUZY, direction du personnel et des relations sociales,
  - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

\*

\*

\*

En l'absence de M. de PROST, la séance est ouverte sous la présidence de **M. LACAU ST GUILY**, vice-président de la commission médicale d'établissement.

Il présente les excuses de Mme BAUBEAU et de MM. CHAUSSADE et LECOUTURIER avant d'engager l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

## **I - Présentation du programme relatif à la chirurgie ambulatoire.**

**Tout d'abord M. BONTEMPS relate les résultats de l'enquête diligentée par la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie).**

Une enquête internationale relative à la chirurgie ambulatoire, menée dans quatorze pays de l'OCDE et portant sur vingt types d'interventions chirurgicales a montré le retard de la France dans ce domaine. En effet, 30 % des interventions chirurgicales y sont réalisés en ambulatoire alors que cette proportion est de 94 % aux Etats-Unis, 85 % au Canada, 78 % au Danemark, 67 % en Hollande.

L'assurance maladie a donc souhaité connaître les causes de ce retard à travers une nouvelle enquête. Celle-ci révèle un certain nombre d'éléments.

- *Un retard important du secteur public.*

87 % des interventions de chirurgie ambulatoire sont le fait du secteur privé alors que ce dernier réalise 55 % environ des interventions chirurgicales.

- *De fortes disparités régionales dans les pratiques professionnelles.*

L'étude du mode de prise en charge de dix huit interventions chirurgicales types a montré que les taux de prise en charge ambulatoire peuvent être neuf fois plus élevés dans une région par rapport à une autre. Ainsi 6 % des arthroscopies du genou sont réalisés en ambulatoire en Auvergne contre 54 % en Bourgogne.

- *Un fort potentiel de développement.*

Pendant trois ans, une analyse de 34 000 dossiers médicaux de 1 300 établissements a été menée par les médecins conseils et 30 000 entretiens téléphoniques ont été conduits avec les patients. Il ressort de ce travail que 80 % à 95 % des patients étaient éligibles à la chirurgie ambulatoire, selon les recommandations des sociétés savantes. 90 % des patients opérés en chirurgie ambulatoire et consultés par téléphone se sont déclarés satisfaits de cette prise en charge.

Les résultats de cette enquête lourde ont été confrontés par l'assurance maladie à l'analyse des durées de séjour constatées. Il apparaît que 80 % des actes chirurgicaux réalisés sur des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ont une durée de séjour limitée comprenant une ou deux nuits.

Cependant, un tiers seulement des établissements publics est porteur d'un développement de la chirurgie ambulatoire car ce dernier nécessite une masse critique suffisante à déterminer à partir de l'activité de la chirurgie traditionnelle.

- *Des freins dans le secteur public.*

Une enquête d'opinion menée auprès de professionnels de santé (directeurs d'établissement, présidents de la commission médicale d'établissement, responsables de soins infirmiers) montre que les freins au développement de la chirurgie ambulatoire viennent d'une absence de motivation des médecins, de contraintes organisationnelles pour les personnels médicaux et para-médicaux, de la difficulté pour l'établissement de financer une structuration interne.

Par ailleurs, un développement significatif de la chirurgie ambulatoire implique de passer d'une logique de service et de gestion patrimoniale des lits à une logique transversale et multidisciplinaire centrée sur le patient et sur l'acte.

- *D'importantes économies potentielles.*

L'enquête a montré que pour un même acte et pour des patients à gravité et condition de vie équivalentes, le coût de la chirurgie ambulatoire est inférieur de 25 % à 51 % au coût d'une chirurgie avec hospitalisation. Pour cinq actes chirurgicaux les plus fréquents, l'économie escomptée serait de l'ordre de 100 millions d'euros chaque année, elle serait de 500 millions d'euros par an pour l'ensemble des actes chirurgicaux.

- *Un impact positif en termes d'image de marque et d'attractivité pour l'établissement pratiquant la chirurgie ambulatoire.*

Ce dernier accroît sa part de marché pour toutes ses activités chirurgicales y compris non ambulatoires, optimise son organisation en réalisant des économies, améliore la qualité des soins notamment en réduisant les risques liés aux infections nosocomiales et répond mieux aux demandes des patients.

**Puis, Mme BURONFOSSE expose les résultats des travaux menés à l'AP-HP.**

L'étude a porté sur les hospitalisations en 2002, au sein de l'AP-HP et des autres établissements de la région Ile de France, analysées au travers des indicateurs du programme médicalisé du système d'information (PMSI). Ont été exclus de l'analyse :

- les résumés relatifs à des enfants âgés de moins de six mois ;
- les patients présentant des complications ou une morbidité associée codées en diagnostics associés ;
- les prises en charge en urgences ;
- les actes considérés comme relevant d'une prise en charge en consultations externes (liste d'actes établie par le ministère, validée et complétée avec l'association française de chirurgie ambulatoire).

Les endoscopies digestives et l'obstétrique n'ont pas été retenues dans cette première étude car la méthodologie n'était pas adaptée à ces domaines d'activité.

Sur cette base, deux populations de séjours ont été analysées :

- les séjours chirurgicaux de moins de vingt quatre heures correspondant à la chirurgie ambulatoire telle qu'observée aujourd'hui ;
- les séjours chirurgicaux de une ou deux nuits comportant un acte opératoire éligible potentiellement à la chirurgie ambulatoire (liste établie avec l'association française de chirurgie ambulatoire).

Les résultats montrent pour l'AP-HP :

- *un potentiel interne de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire non négligeable (données AP-HP).*

Pour les patients âgés de plus de seize ans : 9 300 séjours de chirurgie ambulatoire ont été relevés ; 14 700 autres séjours de une ou deux nuits sont éligibles à la chirurgie ambulatoire. Il serait donc théoriquement possible de tripler l'activité de chirurgie ambulatoire adulte. Les activités potentielles en chirurgie ambulatoire concerneraient principalement l'ophtalmologie, la gynécologie, l'orthopédie, la chirurgie de la peau, la chirurgie digestive.

Pour les enfants âgés de six mois à seize ans, l'activité ambulatoire aujourd'hui observée correspond à 3 700 séjours ; elle pourrait (selon les mêmes critères que ceux retenus pour les adultes) être multipliée par 1,7. L'activité potentielle porterait surtout sur les activités d'ORL et dans une moindre mesure sur l'urologie, l'orthopédie, la chirurgie digestive et la chirurgie de la peau.

- *une traduction en nombre de places de jour à ouvrir malgré tout limitée car une place de chirurgie ambulatoire permet de prendre en charge 365 patients dans l'année. Par hôpital, le nombre de places à ouvrir irait de zéro à douze. Par groupement hospitalier universitaire (GHU) le nombre de places potentielles serait de dix pour le GHU sud, dix neuf pour le GHU est, trente deux pour le GHU ouest, vingt et un pour le GHU nord.*
- *des différences de pratiques selon les hôpitaux dont une partie des causes doit être recherchée dans l'analyse socio-économique de la population traitée mais aussi dans l'analyse d'autres freins, notamment organisationnels.*
- *une situation régionale propice à un développement : 184 000 séjours de chirurgie ambulatoire ont été réalisés au niveau régional, dont 78 % dans le secteur privé. Le volume de séjours relevant du potentiel de substitution est du même ordre : 145 000 séjours dont 64 % relèvent du secteur privé.*

En conclusion, l'intervenante souligne qu'à l'AP-HP il existe un potentiel de substitution des séjours en faveur de la chirurgie ambulatoire. Cependant, pour réunir une masse critique suffisante, il convient d'organiser des prises en charges ambulatoires dans le cadre des GHU ou d'autres regroupements. Elle insiste sur l'effet vitrine important d'un développement des activités de chirurgie, (tant en termes de recrutement dans le champ ambulatoire que dans le champ de l'hospitalisation traditionnelle) et sur l'intérêt pour l'activité de l'AP-HP de se situer en bonne position dans la prise en charge d'une partie du potentiel de substitution régional.

Le **vice-président**, après avoir remercié vivement les orateurs, ouvre la discussion en indiquant que la chirurgie ambulatoire est certainement un enjeu stratégique. Il y a quelques années, poursuit-il, son développement n'était pas une priorité institutionnelle. Il pense qu'il faut maintenant s'engager dans cette voie. Cependant, des pré-requis seront nécessaires, notamment une organisation en amont et une organisation en aval de la prise en charge ambulatoire. Il faudra également investir dans le domaine architectural. Puis, il donne la parole aux membres de la CME.

**M. WEILL** demande si les enquêtes ont pu mesurer l'impact de la durée des arrêts de travail consécutifs respectivement à des actes de chirurgie ambulatoire et à des actes traditionnels. **M. BONTEMPS** répond par la négative.

**M. BERNAUDIN** rappelle que l'hôpital Georges Pompidou a été conçu avec un secteur de chirurgie ambulatoire. Il interroge M. FAGON sur son fonctionnement et sur les causes éventuelles de dysfonctionnements.

**M. FAGON** confirme que l'hôpital Georges Pompidou dispose de locaux exceptionnels dédiés à la chirurgie ambulatoire. Ils sont sous-utilisés en raison des hésitations de certaines équipes chirurgicales. D'autres équipes ont accepté de déplacer une partie de leur activité chirurgicale traditionnelle vers le centre de chirurgie ambulatoire. Et parfois des équipes venant d'autres hôpitaux utilisent ces locaux.

**Mme BAUWENS** confirme ces propos et un développement progressif de la chirurgie ambulatoire à l'hôpital Georges Pompidou.

**M. CORIAT** interroge la direction générale sur les mesures incitatives mises en place ou envisagées pour inciter les chirurgiens à développer la chirurgie ambulatoire.

La **directrice générale** considère que si l'AP-HP ne développe pas la chirurgie ambulatoire, elle perdra des parts de marché. Des mesures incitatives doivent donc être étudiées.

**M. NORDLINGER** observe que la tarification à l'activité (T2A) constitue une première incitation pour les chirurgiens car le tarif appliqué au séjour de quarante huit heures sera identique à celui d'un séjour de moins de vingt quatre heures.

Par ailleurs, il lui paraît utile d'envisager un développement gradué et différencié de la chirurgie ambulatoire selon les hôpitaux. Il s'agit de laisser dans certains hôpitaux des structures ambulatoires légères avec structures d'accueil et de secrétariat mais sans bloc opératoire dédié, et dans d'autres hôpitaux d'installer une structure complète incluant accueil et bloc opératoire dédié.

**Mme BURONFOSSE** estime qu'en effet plusieurs types d'organisation sont envisageables mais qu'il faut garder à l'esprit la nécessité de réunir une masse critique d'activité pour optimiser le dispositif.

**M. HOUSSIN** pense que la recherche d'un optimum dans le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire amène à poser la question de son organisation selon ces termes : doit-on favoriser un développement dans chaque site ou réserver ce développement à certains établissements intervenant dans certains secteurs propices à ce développement ? Dans ce cadre faut-il constituer un nombre limité de centres de chirurgie ambulatoire couvrant une zone plus large que celle de l'hôpital d'assise et qui accueilleraient donc les équipes hospitalières d'autres hôpitaux ? Faut-il aller jusqu'à constituer, par exemple, un centre de chirurgie ambulatoire pour Paris intra-muros ? Ce sujet sera un des points importants du plan stratégique 2005 – 2010.

Le **vice-président** indique qu'un centre de chirurgie de jour avait été envisagé il y a dix ans à l'hôpital Rothschild mais que ce projet n'a pas abouti car l'emploi du temps des chirurgiens n'a pu être organisé. En effet, rappelle-t-il, opérer un patient en ambulatoire implique pour le chirurgien qu'il soit disponible durant toute la durée du séjour du patient. C'est pourquoi, il lui semble que la mise en place dans un hôpital d'un service de chirurgie ambulatoire doit concerner les patients de l'hôpital pour permettre aux chirurgiens d'assurer leurs interventions dans le cadre de la chirurgie ambulatoire et également d'assurer leurs activités de chirurgie traditionnelle.

Pour lui, une meilleure prise en compte des contraintes des chirurgiens de l'hôpital Georges Pompidou permettrait d'y améliorer le fonctionnement de la chirurgie ambulatoire.



**Mme BRESSAND** souligne que les professionnels para-médicaux souhaitent le développement de l'activité ambulatoire qui nécessite une augmentation de la durée de travail dans la journée mais limite les postes de nuit et de fin d'après-midi pour lesquels il existe des difficultés de fidélisation et de recrutement. Cependant, ce développement nécessite un mode d'organisation et une systématisation des actes et de la procédure à utiliser.

A une interrogation de **M. GOUTALLIER** sur les catégories de chirurgiens pratiquant la chirurgie ambulatoire au sein de l'AP-HP, **Mme BURONFOSSE** indique qu'une réponse ne pourrait y être apportée qu'après une enquête ad-hoc. **M. GOUTALLIER** pense que cette activité est essentiellement le fait de praticiens à temps partiel développant une activité comparable dans les cliniques privées durant le reste de leur temps de travail.

**M. DUSSAULE** fait part du projet d'un développement de la chirurgie orthopédique et digestive ambulatoire à l'hôpital Saint Antoine à l'occasion de la restructuration des services chirurgicaux entre les hôpitaux Saint Antoine et Tenon (départ du service d'ORL de Saint Antoine et transfert de l'orthopédie de Tenon).

A son tour, **M. LEPAGE** relate l'expérience menée par l'hôpital Henri Mondor avec le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). Le service de chirurgie plastique assure depuis neuf mois une activité de chirurgie ambulatoire au sein du CHIC. Il a pu ainsi augmenter dans son secteur d'hospitalisation traditionnelle une prise en charge de patients relevant de la compétence de recours du CHU.

**M. FAYE** insiste d'abord sur la qualité de l'organisation et sur celle du fonctionnement qui doivent encadrer le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire. Puis, il met l'accent sur l'utilisation d'un plateau technique dédié non adossé à un service d'hospitalisation traditionnelle et ouvert à d'autres structures relevant ou non de l'AP-HP. Seul ce mode de fonctionnement permet d'optimiser les investissements et de bénéficier d'une masse critique d'activité permettant de garantir le savoir-faire des équipes opérantes. Enfin, sur le plan universitaire, la pratique ambulatoire lui semble constituer pour les jeunes chirurgiens un élément de formation important.

## **II - Point sur la préparation de l'AP-HP à l'accueil des malades pendant l'été 2004.**

**M. CAMPHIN** décrit l'organisation mise en place afin d'optimiser la capacité en lits qui permettra de répondre aux besoins des patients, durant l'été 2004.

Actuellement, la procédure engagée avec les directeurs d'hôpitaux, les présidents des comités consultatifs médicaux et les chefs des services d'urgences s'emploie à vérifier que les capacités déclarées ouvertes pendant l'été permettront bien de faire face à une activité prévisionnelle calculée à partir de données statistiques des années précédentes (cf. tableau remis aux membres de la CME).

Une attention particulière est portée aux secteurs les plus sensibles comme la médecine d'aval, les réanimations et les besoins des patients pendant le mois d'août afin d'éviter les difficultés de l'an passé.

Sur 22 300 lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) existants au sein de l'AP-HP, 20 200 étaient ouverts en mai 2004 car 1 100 lits étaient fermés pour travaux et une capacité identique fermée pour d'autres raisons parmi lesquelles une insuffisance d'effectifs. En juillet 2004, 18 800 lits devraient être ouverts. La capacité serait de 16 700 lits pendant le mois d'août.

L'institution se fixe pour objectifs de :

- respecter les prévisions, malgré les tensions persistantes concernant les moyens en personnel non médical ;
- disposer au sein de chaque établissement d'un volume de lits susceptibles d'être réaffectés en cas de tension par rapport à un flux normal de patients.  
Actuellement, les informations fournies par les hôpitaux indiquent que 250 lits feront partie de cette réserve ;
- se mettre en situation de veille – action tant dans les hôpitaux qu'au siège.  
Une réunion quotidienne aura lieu au siège pour faire un point sur la situation.  
Les établissements devront réaliser un suivi précis des évolutions des activités et des moyens de prise en charge ;
- ne tolérer aucun lit dans les couloirs.

Par ailleurs, un programme d'investissement de six millions d'euros a été mobilisé dès le mois de février 2004. L'objectif d'une zone commune rafraîchie dans chaque unité de soins de long séjour et dans chaque service d'urgences devrait être atteint à 95 %. Les établissements ont aussi engagé des travaux pour rafraîchir d'autres zones. Les orientations définies en septembre 2003 seront poursuivies avec la mise en oeuvre d'un plan d'action de nature architecturale.

L'orateur indique également qu'une coordination renforcée a été mise en place avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France (ARH-IF) touchant les dispositifs de communication, de solidarité et d'information.

Le centre régional de veille et d'actions sur les urgences (CERVEAU) est une structure commune entre l'ARH-IF et l'AP-HP, qui fonctionne avec des personnels rémunérés par les deux organismes. Il assure une veille quotidienne portant sur vingt hôpitaux de l'Ile de France dont dix hôpitaux de l'AP-HP.

Progressivement, le traitement des données fournies par le site sera totalement informatisé de sorte que le dispositif pourra en 2005 être connecté avec l'institut de veille sanitaire, le centre opérationnel de la zone défense et les directions départementales de l'action sanitaire et sociale.

Enfin, M. CAMPHIN rappelle que le plan canicule est très axé sur la prévention en amont de l'hôpital, qu'il est prévu un plan bleu pour les établissements accueillant des personnes âgées. Le plan blanc concerne l'ensemble des hôpitaux et ne doit être déclenché qu'en cas d'événement majeur.

**M. CARLI** complète cet exposé en insistant en premier lieu, sur la vigilance dont doivent faire preuve les médecins, les présidents de CCM et les directeurs d'hôpitaux afin d'être en mesure de disposer d'une capacité d'adaptation et de réaction face à un événement exceptionnel qui se produirait au cours de l'été. Comme l'a souligné M. CAMPHIN, le siège a mis en place une procédure permettant de repérer en amont les problèmes pour que l'institution puisse s'adapter en un minimum de temps. Cependant, l'élément important restera la capacité d'adaptation au niveau de l'hôpital.

En second lieu, il précise que la solution des problèmes dépasse l'AP-HP et doit être trouvée au niveau régional avec, certes, la participation de l'AP-HP. Cependant, cette dernière ne peut absorber l'ensemble des difficultés alors que des structures privées prennent des décisions brutales de fermetures sans information ou autorisation préalable. L'avenir, conclut-il, doit être de rechercher au niveau régional une coopération et une responsabilité partagée entre les différents acteurs du système sanitaire pour mettre en oeuvre des réponses adaptées aux besoins en situation de forte tension.

**M. BAGLIN** se dit heureux que la nécessaire collaboration avec l'ARH-IF soit devenue une réalité. Il souhaiterait connaître le nombre de lits qui seront ouverts au sein des autres hôpitaux publics de la région pendant l'été.

Par ailleurs, il constate que selon les tableaux de données fournis, le nombre de lits ouverts en médecine polyvalente ou médecine interne progressera cet été de 11 % par rapport à l'an passé, mais que le nombre de lits ouverts dans les autres spécialités médicales diminuera de 15 %. Il craint que cette différence ne crée pour la médecine interne une situation très défavorable pour la prise des congés des personnels et que celle-ci entraîne des demandes de mutation vers des services où les contraintes sont moins fortes. A terme ce système risque de provoquer des fermetures durables de certains services par manque de personnel.

En réponse, **M. CAMPHIN** fait état, à partir de données transmises aux autorités de tutelle, de quelques faiblesses dans les capacités de néonatalogie de la Seine-Saint-Denis et dans celles de réanimation pour l'Essonne. Il se propose de fournir des informations plus précises à M. BAGLIN sur ce sujet, s'il le souhaite.

Sur les risques de divergences entre les services soumis à des contraintes différentes, il rappelle qu'il a été demandé aux hôpitaux, pour pallier cette difficulté, d'organiser une mutualisation des moyens en personnel à partir de tous les services de l'hôpital pour permettre aux services pleinement opérationnels pendant l'été de fonctionner.

### **III - Point sur la mise en place de la tarification à l'activité.**

**Mme PANNIER**, directrice de cabinet de l'AP-HP, se propose d'axer son exposé d'abord en rappelant les points clés de la T2A, puis en décrivant le travail engagé à l'AP-HP sur ce sujet.

#### 1- Les points clés de la T2A.

La T2A prévoit des financements liés à l'activité dans le cadre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) :

- les tarifs par séjour codé dans le PMSI ;
- les tarifs par prestation, passage, séance, consultation ;
- les paiements en sus, essentiellement pour les médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux.

Par ailleurs, des financements répondent à une logique proche de la dotation globale et concernent les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Enfin, des forfaits annuels (urgences, prélèvements d'organes) relèvent des deux logiques précédemment exposées : un financement est accordé en base à la structure et est complété par des paiements à l'activité.

La T2A aboutit donc à la mise en place d'un budget par enveloppes différenciées en fonction de la nature des activités qu'elles financent. Chaque enveloppe (MIGAC, forfait urgences, dépenses de médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux ...) est estimée en fonction de données fournies par l'établissement. La qualité des informations transmises est donc essentielle pour la construction du budget. Aucune enveloppe n'étant spécifiquement fléchée, l'hôpital peut choisir de soutenir des activités qui seraient mal valorisées par la T2A, le cas échéant grâce au financement d'activités mieux rémunérées. Cependant, pour l'entité AP-HP, la somme des recettes générées par la T2A ne couvre pas la totalité de ses dépenses actuelles.

En outre, la T2A introduit certaines modulations qui doivent être prises en compte.

Ainsi, les séjours de moins de deux jours (une seule nuit à l'hôpital) sont traités comme des séjours de moins de vingt quatre heures. Cet élément, comme l'a fait remarqué à juste titre M. NORDLINGER dans le cadre du premier point de l'ordre du jour, constitue une incitation forte au développement de la prise en charge ambulatoire.

Les séjours extrêmes sont repérés statistiquement à partir d'une durée moyenne de séjour (DMS) par groupe homogènes de séjour (GHS) selon une formule prenant en compte les écarts types. Les séjours significativement plus longs que la DMS de référence donnent lieu au paiement d'un supplément journalier.

En revanche, les séjours significativement moins longs que la DMS de référence font l'objet d'un tarif minoré. Le dispositif n'incite donc pas à faire sortir les malades le plus tôt possible, mais bien à promouvoir les bonnes pratiques médicales.

La réanimation donne lieu à des suppléments de financements journaliers sur la base d'actes marqueurs (intubation du patient, actes pratiqués...). Cette prise en compte permet de vérifier s'il s'agit de séjours de réanimation ou d'une prise en charge moins lourde.

Les médicaments et DMI coûteux sont intégralement remboursés à condition de répondre à un bon usage. Si cette condition n'est pas remplie, leur remboursement sera limité à 70 %.

Enfin, il existe une régulation prix / volume. L'enveloppe générale est limitée au niveau national (maintien d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie). Ainsi, si par exemple l'enveloppe consacrée aux médicaments et aux dispositifs médicaux implantables augmentait très fortement d'une année sur l'autre, ceci pourrait conduire à la diminution des tarifs accordés pour la rémunération des séjours. Ces tarifs sont en effet construits en fonction du coût réel moyen observé dans les hôpitaux publics (étude nationale des coûts) rapporté à l'enveloppe disponible affectée aux tarifs et qui est dépendante des autres enveloppes.

## 2- La mise en oeuvre de la T2A à l'AP-HP.

Le comité de direction de l'AP-HP considère que la T2A ne doit pas être un outil de sélection des activités et des patients, mais un *instrument de pilotage*. Les activités doivent être définies selon les besoins des patients.

L'AP-HP constituant une seule entité budgétaire, elle peut équilibrer globalement et non service par service ou hôpital par hôpital les activités par GHS. Par conséquent, le financement d'activités dites « non rentables » dans le cadre de la T2A doit être prévu, ce qui implique de maintenir l'activité sur des secteurs porteurs. Par ailleurs, les hôpitaux doivent optimiser leurs performances au regard d'activités comparables. Pour chaque site, l'objectif n'est donc pas d'atteindre un strict équilibre dans le cadre de la T2A.

Un constat doit être fait au début de la mise en oeuvre de la T2A. *L'AP-HP est mal positionnée.*

Cette situation résulte en premier lieu du niveau des coûts de l'AP-HP, supérieurs de 21 % à ceux des autres CHU.

En second lieu, son activité régresse depuis cinq ans et elle est en retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire. Cependant un léger frémissement de l'activité a été constatée depuis neuf mois. Au total la perte théorique de budget (si la T2A était appliquée à 100 % dès aujourd'hui) s'élèverait à 350 millions d'euros pour l'AP-HP.

Ce constat a priori négatif doit être fortement pondéré, car la réforme introduit de nombreux éléments positifs pour l'AP-HP : la T2A prend en compte toutes les dimensions des activités des CHU. Ainsi la MIGAC permet de couvrir les activités d'enseignement, de recherche, de recours, d'innovation et également les missions d'intérêt général comme les réseaux ou la prise en charge des personnes en situation de précarité. Par ailleurs, les médicaments et les DMI coûteux font l'objet d'une prise en charge intégrale (sous réserve d'un contrat de bon usage), alors que les dépenses de ce secteur ont augmenté de 20 % en 2003. En outre, la T2A prévoit un surcoût local résultant de la position géographique de l'AP-HP. Le niveau initial de ce surcoût a été fixé à 10 % (240 millions d'euros) mais pourrait être ultérieurement limité à 7 % ou 8 %.

*Quatre objectifs de fond seront poursuivis.*

Tout d'abord, pour répondre aux besoins, l'activité doit être augmentée. Il existe en effet des files d'attentes dans certains services et la diminution d'activité enregistrée ces cinq dernières années trouve son origine, non dans la diminution des besoins de santé de la population, mais dans l'incapacité de l'institution à prendre en charge l'ensemble de ces demandes.

En second lieu, il s'agit de valoriser les actes. Le codage doit être rapide, exhaustif et de qualité.

En troisième lieu, les durées moyennes de séjour feront l'objet d'un suivi. Il ne s'agit pas de réduire à tout prix ces dernières. Cependant, il faut tenir compte de la double pénalisation induite par une DMS plus élevée que la DMS de la pathologie concernée : elle ne permet pas de prendre en charge un autre patient et elle induit des coûts supplémentaires (restauration, blanchissage, personnel de nuit...).

Enfin, la mise en oeuvre de la T2A nécessite de maîtriser les ressources.

Il s'agit dans ce cadre de pratiquer un bon usage des médicaments et des DMI coûteux. Il s'agit aussi de mieux maîtriser les prescriptions d'examens. A cet égard, les Hospices Civils de Lyon ayant constaté une sur-prescription de 30 % des actes des plateaux techniques se sont engagés dans un travail de réduction des prescriptions (éviter les examens faits en double, faire valider les prescriptions par des médecins seniors, etc...).

Il s'agit aussi de sécuriser la chaîne de facturation. En 2006, l'institution devra être en mesure de facturer le passage de chaque patient à sa caisse primaire d'assurance maladie.

*Quatre groupes de travail ont été mis en place en 2004 pour :*

- améliorer les données d'activité recensées (pilote : Eric LEPAGE) ;
- assurer un suivi nominatif des dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux implantables coûteux (pilote : Serge MOREL) ;

- adapter la comptabilité analytique (pilote : Serge MOREL) ;
- analyser les écarts de coûts et partager une analyse médico-économique (pilote : Monique RICÔMES).

Enfin, un comité de pilotage a été constitué dans lequel M. SCHLEMMER représente la CME.

### 3- Points particuliers.

En premier lieu, Mme PANNIER illustre à travers deux exemples les conséquences financières d'un codage imparfait selon qu'il prend en compte un diagnostic associé avéré ou sans ce diagnostic associé. Le tarif applicable à un GHS d'une tumeur maligne du tube digestif est de 2 464 euros, avec un diagnostic associé, ce tarif est porté à 4 908 euros. Une tumeur gastrique nécessitant une intervention sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum bénéficie d'un tarif GHS de 6 349 euros, mais ce tarif passe à 12 960 euros en cas de diagnostic associé.

Certes, certains GHS, poursuit-elle, souffrent sans doute d'une tarification encore insuffisante. Cependant, une centaine de GHS a été créée et permet de tenir compte de la lourdeur de certaines prises en charge en valorisant les co-morbidités associées.

Mais, certains écarts de performance non justifiés sont également relevés et doivent conduire l'AP-HP à une réflexion sur son organisation et ses pratiques.

Enfin, Mme PANNIER fait état de la création d'un site Intranet AP-HP pour diffuser et échanger de l'information. Il traitera de la T2A mais également des pôles et du schéma cible des systèmes d'information.

## **IV - Présentation du bilan PMSI pour l'année 2003.**

**M. LEPAGE** procède à la présentation du dossier constitué de deux volets (cf. document transmis aux membres de la CME).

### 1- La mise en place de la classification commune des actes médicaux.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, la CCAM a été intégrée dans les outils de recueil du PMSI. Elle concerne la chirurgie, l'anesthésie, la radiologie et les explorations fonctionnelles ; la partie consacrée aux activités externes est annoncée pour le 1<sup>er</sup> octobre 2004.

#### *a) Le dispositif.*

Le développement du serveur d'actes en nature permet désormais de coder l'ensemble des actes réalisés dans le champ d'inclusion. Afin de faciliter le travail, une transcodification entre la CCAM et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a été développée. La CCAM facturante devrait intervenir au 1<sup>er</sup> octobre 2004.

A ce jour, dix huit sites de court séjour disposent du serveur d'actes en nature. L'objectif poursuivi est de permettre un codage avec ce serveur par les hôpitaux de court séjour pour la fin du mois de juin et par les établissements de soins de suite et de réadaptation pour la fin du mois de septembre.

Un lien avec l'outil de codage des radiologues a été réalisé ; son expérimentation à l'hôpital Saint Antoine s'avère concluante. La démarche s'étendra à cinq sites à la fin du mois de juin et à l'ensemble des hôpitaux au mois de septembre.

La saisie dans GILDA de certaines activités externes devrait être opérationnelle avant octobre.

*b) Les principales difficultés de codage et les mesures correctrices.*

La définition de listes de codages préférentiels et la mise en place d'un système de codes à barre facilitent la saisie des informations. S'agissant des actes absents de la classification, dans l'attente de l'actualisation des résultats en cours de la CCAM, il est proposé un codage par assimilation. Cette démarche sera accompagnée par un codage unique à l'AP-HP.

2- Les conséquences de la nouvelle classification des groupes homogènes de séjours sur la T2A.

*a) L'évolution de la classification des GHM.*

Elle se caractérise par l'inclusion des séjours inférieurs à deux jours dans l'activité ambulatoire (catégorie majeure vingt quatre – CM 24), par la création d'une centaine de nouveaux GHM avec un accroissement du nombre de ceux qui comportent une co-morbidité associée (CMA), et la mise en place d'un GHM de chirurgie viscérale lourde en pédiatrie. Enfin, la création de deux groupes homogènes de séjours permettra la prise en compte des structures de soins palliatifs.

*b) Les modèles d'analyse.*

Depuis 2003, trois modèles ont été utilisés pour établir la valeur du point de l'indice statistique d'activité (ISA) :

- en 2003, le premier modèle ne tenait pas compte des surcoûts de réanimation et excluait les séjours extrêmes en coûts ;
- en 2004, le deuxième modèle applique un abattement de 13 % aux CHU et un autre de 10 % en Ile de France. Il ne comprend pas d'abattement pour les médicaments et les dispositifs médicaux coûteux et aboutit à une échelle de coût en euros et non en points ISA. Ce modèle exclut encore les séjours extrêmes en coûts ;
- le troisième modèle, élaboré dans le cadre de la T2A, comprend l'abattement de 13 % pour les CHU et un abattement pour les médicaments et les dispositifs médicaux coûteux. Des tarifs supplémentaires sont appliqués aux activités de réanimation, aux séjours extrêmes, aux soins palliatifs et aux séances de dialyse. Les coûts de structure sont intégrés.

*c) Les effets de la nouvelle tarification.*

En médecine, un GHS sans CMA s'élève à 3 009 euros et avec CMA à 5 260 euros, soit 1,7 fois plus élevé ; un GHS sans CMA sévère coûte 9 917 euros et avec CMA sévère 24 035 euros, soit 2,4 fois plus élevé. En chirurgie, on observe des données comparables.

Concernant les séjours en réanimation, l'orateur montre que si l'activité d'un hôpital progresse de 2,5 %, l'étude de coût progresse de 1,7 % selon l'échelle de tarif ISA, tandis que sa recette théorique augmente de 8,5 % en raison de la progression de 467 % du tarif de réanimation.

L'application de ces nouveaux tarifs à l'AP-HP conduit à une progression moyenne des recettes de 3,2 % en réanimation et de 5 % pour les séjours extrêmes.

En raison de la nouvelle tarification portant sur les séjours inférieurs à deux jours, une perte de points ISA de 33 % en médecine et de 24 % en chirurgie a été constatée pour ce type de séjours. Aussi, de nombreux CHU ont demandé à l'agence technique d'information hospitalière de faire évoluer la classification.

*d) Les effets de la nouvelle étude nationale des coûts.*

L'abattement de 13 % opéré sur les CHU produit ses effets essentiellement sur les séjours de recours hospitalo-universitaires, et notamment sur les séjours correspondants à des transplantations. L'agence technique d'information hospitalière ne dispose pas d'analyse précise sur le contenu des 13 % qui correspondaient antérieurement aux surcoûts accordés aux CHU pour dispenser l'enseignement et la recherche. Il faut s'attendre avec les tarifs MIGAC à une modulation de ces derniers selon les éléments que fourniront les CHU.

En conclusion, M. LEPAGE rappelle l'importance de la qualité du codage et la nécessité de prendre en compte les tarifs complémentaires. Il indique qu'un travail doit être entrepris afin de mieux évaluer et définir l'activité d'enseignement et de recherche. Enfin, en raison de la complexité du dispositif, il invite à la prudence quant aux interprétations des données qui en découlent.

A la suite de cet exposé, le débat s'ouvre sur les deux sujets traités précédemment en point III et IV du présent ordre du jour.

**M. SCHLEMMER** insiste sur la nécessité de produire des efforts en matière de pédagogie et d'information. Puis, il s'interroge sur le mécanisme qui actionne la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; il lui semble, en effet, que l'abattement appliqué aux CHU aboutit à reprendre ce qui leur a été accordé par un autre biais. Par ailleurs, il voudrait connaître la ventilation par hôpital des dotations budgétaires et savoir si les établissements performants bénéficieront ou non du fruit de leurs efforts.

Afin d'optimiser la durée moyenne de séjour, intervient **Mme DEGOS**, il convient d'orienter rapidement les patients vers des structures d'aval hors MCO, relevant ou non de l'AP-HP. Or, comme le financement dédié aux médicaments et aux dispositifs médicaux coûteux ne s'adresse pas aux sites non MCO, ces structures d'aval refusent de prendre en charge des patients traités avec des médicaments coûteux.

**M. LE HEUZEY** demande quel est le calendrier prévu par le ministère sur l'évolution de la répartition du financement entre la dotation globale et la T2A.

**Mme PANNIER** explique d'abord que cette année la T2A s'applique intégralement aux urgences, aux MIGAC, aux médicaments et aux dispositifs médicaux coûteux et à 10 % de l'activité. Il est prévu d'augmenter cette part de 10% chaque année.

En second lieu, elle invite Mme DEGOS à lui transmettre des exemples concrets illustrant les difficultés mentionnées afin d'aborder le sujet avec l'ARH-IF.

Quant aux règles internes de répartition budgétaire, elle indique que la direction générale n'a pas encore arrêté sa position et rappelle que le plan équilibre doit rester la première priorité de l'institution. La T2A sera prise en compte dans le cycle budgétaire pour l'année 2005. Le sujet des règles internes fera l'objet de réflexion et d'arbitrage au sein du comité de direction et sera clarifié pour le mois de septembre.



S'agissant des MIGAC, l'enjeu consiste, non à acquérir une enveloppe supplémentaire, mais à justifier dans le nouveau dispositif des moyens existants en dotation globale. Dans ce cadre, les cliniciens peuvent aider l'administration en repérant les activités de recours et d'innovation en collaboration avec les directeurs locaux de l'information médicale (DIM) et des affaires financières.

**M. GUILLEVIN** tient à évoquer un certain nombre de questions déjà soulevées lors des précédentes réunions de l'instance mais demeurées sans suite à ce jour.

En premier lieu, tandis que l'administration incite les médecins à créer des places ambulatoires, il est souvent opposé à leur démarche l'impossibilité de supprimer des lits d'hospitalisation classique ou le refus de cette orientation par l'ARH-IF. De même, lors de la fermeture de lits en raison de la pénurie du personnel paramédical de nuit, on ne peut conserver le personnel qui permettrait d'ouvrir un hôpital de jour.

En deuxième lieu, les hôpitaux disposant d'un service d'hospitalisation ambulatoire constatent un allongement de la DMS dans les services d'hospitalisation classique car ceux-ci ne prennent plus en charge que les patients gravement atteints. Il convient d'intégrer cet élément dans la comparaison de la DMS de différents services.

En dernier lieu, il doute que le système de codage permette d'apprécier quantitativement le nombre de points ISA et la somme en euros engendrés par une intervention. Aussi, invite-t-il à nouveau l'administration à observer le logiciel implanté à l'institut mutualiste Montsouris qui informe immédiatement celui qui code de la valorisation du code qu'il a entré.

**Mme PANNIER** précise que la comparaison sur la durée moyenne de séjour se fait par GHS et qu'il s'agit bien de comparer les DMS pour des prises en charge similaires effectuées dans différentes structures.

En outre, elle considère que le fait de disposer de l'intégralité des comptes rendus d'hospitalisation dans les délais favoriserait l'amélioration du codage, car actuellement, 20 % à 25 % de ces documents manquent.

Par ailleurs, elle décourage toute forme d'optimisation induite du codage car de telles pratiques se traduiront par des ajustements de la base budgétaire lors des contrôles et éventuellement par des sanctions. Elle fait part également de la réflexion engagée avec les directeurs de l'information médicale locaux réunis le 15 juin afin de simplifier la démarche de codage pour les médecins, tout en faisant en sorte qu'ils restent responsables de la qualité de celui-ci. Il s'agit notamment de mettre à leur disposition des outils adéquats qui limitent le temps consacré au codage.

**M. GUILLEVIN** pense que le codage doit être effectué uniquement par les médecins lors de la sortie du patient. Le compte rendu peut être envoyé ensuite.

Pour **Mme DEBRAY-MEIGNAN**, les hôpitaux gériatriques éprouveront des difficultés à mettre en oeuvre le dispositif car ils ne disposent que d'un DIM pour quatre ou cinq sites dispersés. Augmenter le nombre de DIM lui paraît donc un préalable pour obtenir des résultats satisfaisants. D'autre part, réduire le délai d'envoi des comptes rendus tient à un accroissement du nombre de secrétaires.

La mise en place de la T2A pour les SSR n'interviendra probablement pas au 1<sup>er</sup> janvier 2005 comme précédemment annoncé par le ministre, signale **M. LEPAGE**. Le groupe de travail consacré à l'amélioration des données d'activité réfléchit d'une part à la structuration des départements d'information médicale dans les hôpitaux, d'autre part à la manière optimale de réaliser le codage. Des expérimentations de codage semi-centralisé sont en cours notamment dans les hôpitaux Tenon et Paul Brousse.

Il déclare aussi qu'il travaille avec les sociétés éditrices de logiciels pour améliorer le système de codage. Il signale l'annonce par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins de la mise en oeuvre dès 2005 d'un contrôle effectif de la qualité du codage. Ce contrôle sanctionnera les sur-codages sans corriger les sous-codages qui résultent en général d'une absence de prise en compte des diagnostics associés.

Puis, M. LEPAGE répond par l'affirmative à **M. DUSSAULE** qui demande si les explorations fonctionnelles devront utiliser la nomenclature CCAM à partir de septembre ou octobre.

**M. FAGON** considère que la séparation entre l'informatique de gestion et l'informatique médicale est aujourd'hui totalement artificielle. Un système de pilotage médico-économique réellement partagé est indispensable à tous les niveaux (pôles, établissement, siège). A ce titre, il souhaite qu'un groupe de travail médical et administratif définisse rapidement l'organisation de ce système d'information médico-économique et les règles de fonctionnement entre la communauté médicale et l'administration.

A son tour, **M. MADELENAT** émet des inquiétudes sur l'organisation à l'AP-HP de l'activité chirurgicale ambulatoire et sur les séjours inférieurs à quarante huit heures au sein de sa spécialité. Certains de ses collègues considèrent que ce type de séjours constitue une perte de bénéfice pour le service. Aussi, il convient de faire preuve de pédagogie en expliquant le mode d'utilisation de cette forme d'hospitalisation.

En outre, il ne partage pas l'avis de Mme BURONFOSSE sur la possibilité de transformer, au moins dans sa discipline, un grand nombre de séjours de moins de quarante huit heures en hospitalisation ambulatoire de moins de vingt quatre heures. D'autant qu'il s'accorde avec M. GUILLEVIN sur la difficulté, pour des raisons logistiques, à installer des places d'hôpital de jour. Il craint donc que, contrairement au but recherché, les séjours de moins de quarante huit heures évoluent non vers l'ambulatoire mais vers des séjours supérieurs à quarante huit heures.

Pour **Mme PALAZZO**, une prise en charge des opérations de codage par des spécialistes lui paraît plus rentable, plus économique et moins périlleuse. Par ailleurs, elle suggère de concentrer les efforts sur la réalisation des comptes rendus d'hospitalisation afin d'améliorer le fonctionnement du dispositif.

**Mme PANNIER** observe que l'enveloppe relative aux médicaments et dispositifs médicaux coûteux n'est pas contrainte mais qu'une augmentation très importante de ces dépenses au plan national pourrait se traduire par une diminution des tarifs car l'enveloppe des crédits consacrés à l'hôpital, elle, est limitée.

Puis, à l'adresse de M. FAGON, elle précise que des médecins sont d'ores et déjà associés aux quatre groupes de travail consacrés à la T2A.

S'agissant de la professionnalisation du codage, Mme PANNIER explique que le comité de pilotage a fait valoir qu'il convenait de trouver une organisation du codage qui conduise à ce que les chefs de service et les médecins prennent conscience de l'importance de cette démarche et s'en sentent responsables, sans pour autant qu'ils y consacrent tout leur temps.

Le budget dédié aux médicaments et aux dispositifs médicaux coûteux, avise **M. LEVERGE**, comprend entre cent cinquante et deux cent millions d'euros et ne permet pas de satisfaire toutes les demandes. Le bon usage ne se fonde pas uniquement sur la juste prescription mais doit prendre en compte la totalité du circuit : le dépôt au bon endroit du produit prescrit, la distribution au bon patient et la preuve de son administration conformément à la prescription. Or, en l'absence d'un dispositif informatique exhaustif, cette démonstration n'est pas évidente. En outre, à son sens, les réticences structurelles de l'AP-HP vis-à-vis des systèmes d'information et le retard accumulé dans ce domaine rendent difficile la mise en place d'une telle logique au 1<sup>er</sup> janvier 2005 sans un effort considérable de l'ensemble des acteurs de l'institution.

#### **V - Information sur l'intégration des personnels de l'association Claude Bernard à l'AP-HP.**

**M. BEST** rappelle qu'en sa séance du 12 février 2004, la CME s'est prononcée favorablement pour le retrait de l'AP-HP de l'association Claude Bernard laquelle a décidé sa dissolution.

Il explique ensuite que l'AP-HP s'étant engagée à reprendre les personnels scientifiques, les ingénieurs et les techniciens de l'association, il convenait de tenir compte des compétences et des souhaits des soixante deux personnes concernées.

Le rapporteur considère que l'arrivée à l'AP-HP de ces personnels qualifiés est une opportunité pour soutenir la politique de recherche clinique de l'institution. L'AP-HP promeut plus de quatre cents essais en cours ; elle a créé en 2002 les unités de recherche clinique, créditées aujourd'hui d'une réputation de niveau national. L'institution revendique un positionnement central car elle dispose des investigateurs, des patients, des tissus et des collections.

Le redéploiement des personnels de l'association Claude Bernard a pour objectif de conforter les structures de recherche clinique actuelles ou futures.

Chaque personne a pu faire valoir ses souhaits et ses compétences lors d'une audition par un comité ad-hoc présidé par le Pr Patrice DEBRE et où siégeait, pour le groupe université recherche de la CME, le Pr BERNAUDIN.

Selon les conclusions provisoires de ce comité, les personnels seront affectés au sein de centres d'investigation biologiques en cours d'identification, au sein d'unités de recherche clinique et au sein de centres de ressources biologiques lorsqu'ils seront créés.

Il est prévu d'intégrer ces personnels à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2004, de les rattacher au département de la recherche clinique et du développement (DRCD) afin de permettre au terme d'une évaluation bi-annuelle de leur activité d'éventuelles mutations tenant compte de leurs aspirations et des besoins des structures de recherche de l'AP-HP.

Pour **M. BERNAUDIN**, pouvoir disposer d'ingénieurs et d'assistants ingénieurs, placés sous la responsabilité du DRCD et mis à la disposition des différents sites de recherche de l'AP-HP constitue une chance pour cette dernière.

## **VI - Avis sur le compte administratif pour l'année 2003 et affectation des résultats.**

**M. SCHAJER**, adjoint au directeur des finances, après avoir excusé M. GARNIER pour son absence, met en exergue six points principaux qui émergent des résultats du compte administratif pour l'année 2003.

### 1- L'amorce d'un redressement d'activité.

L'exercice 2003 a débuté avec un report de charges accumulées au titre des exercices antérieurs de 140 millions d'euros, des prévisions inquiétantes concernant le déroulement de l'exercice, un effort de freinage de la dépense en cours d'exercice souhaité par la directrice générale et mis en oeuvre dans le cadre du plan de retour à l'équilibre négocié avec les autorités de tutelle.

Cependant, après plusieurs années d'activité étale, l'exercice 2003 s'est caractérisé par l'amorce d'un redressement d'activité. Les admissions directes ont globalement augmenté de 0,5 %. La progression pour les séjours de plus de vingt quatre heures est de + 2,2 % et est supérieure à l'évolution moyenne enregistrée par les CHU : + 0,9 %.

### 2- Un budget général en excédent technique de 3,5 millions d'euros.

Cet excédent recouvre un déficit de 1,1 million d'euros pour la section des hôpitaux et un excédent de 4,6 millions d'euros pour la section des services généraux.

Il laisse persister le déficit évoqué précédemment. En effet, ce dernier apparaît sous forme de report de charges. Ce qui signifie que à due concurrence de la somme du report, des factures ne sont réglées qu'au cours des exercices suivants.

Par ailleurs, on constate une moins value de 0,2 million d'euros sur les recettes du groupe 2 qui réapparaîtra dans le cadre de la décision modificative numéro 2 pour l'année 2004.

Enfin les budgets annexes sont en excédent : l'excédent est de 1,8 million d'euros pour le budget annexe des unités de soins de longue durée et de 24,6 millions d'euros pour la dotation non affectée. L'excédent de la DNA sera affecté dans le cadre de la DM2 2004 à la résorption du report de charges, conformément au plan négocié avec les autorités de tutelle. Il permettra donc d'apurer des factures d'exercices antérieurs.

### 3- Un déficit réel de 124 millions d'euros pour l'année 2003 et un déficit cumulé à la fin de l'exercice 2003 de 224 millions d'euros.

Ce dernier résultat tient compte de l'apurement en cours d'année 2003 d'une partie du report de charges. Il est meilleur que prévu, en raison d'économies conjoncturelles relatives aux difficultés de recrutement. Ces dernières disparaîtront dès que les sorties d'écoles permettront de combler les postes vacants.

L'AP-HP reste donc dans une situation délicate pour aborder la mise en oeuvre de la T2A.

### 4- Un excédent de 59 millions d'euros sur la section d'investissement.

Cet excédent est automatiquement reporté pour financer les investissements de l'année suivante.

5- Une progression dynamique des dépenses de personnel et une évolution maîtrisée des autres dépenses d'exploitation.

Pour le personnel médical, la progression a été de 11,9 % contre + 7,8 % observée en moyenne dans les CHU.

Pour le personnel non médical, la progression a été de 3,4 % contre + 3,7 % en moyenne dans les CHU.

En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, l'augmentation des dépenses a été de 3,9 % contre + 7,5 % en moyenne dans les CHU.

Au total les dépenses progressent de 5,3 % contre 5,6 % en moyenne pour les CHU.

6- Des résultats encourageants incitant à la poursuite de l'effort.

Le plan équilibre reste indispensable pour :

- résorber l'insuffisance de la base structurelle évaluée à 150 millions d'euros ;
- absorber l'impact de la montée en puissance de la T2A sur les recettes, impact qui pourrait être majoré par une réduction éventuelle du coefficient géographique ;
- préserver des marges de développement pour l'avenir.

Soumis aux voix des membres de l'instance, le compte administratif pour 2003 reçoit un avis favorable avec 33 voix pour et 1 abstention.

**VII - Avis sur la décision modificative numéro 2 pour l'année 2004.**

**M. SCHAJER** résume les principales caractéristiques de la DM2 pour l'année 2004 :

- l'activité connaît une hausse sensible qui se matérialise notamment par :
  - une augmentation de 5,4 % des admissions directes :
    - dont + 4,2 % pour les disciplines MCO,
    - + 13,7 % pour les activités de psychiatrie, SSR, SLD, HAD ;
  - une progression de 4,9 % des passages aux urgences ;
  - une évolution de + 1,1 % des journées d'hospitalisation ;
  - une baisse de la durée moyenne de séjour : 7,1 jours contre 7,3 l'an passé ;
- les budgets de groupe 2 (dépenses médicales) et de groupe 3 (dépenses hôtelières) sont globalement respectés. En revanche, les recrutements seront insuffisants pour combler les vacances d'emplois, de sorte qu'à nouveau il est prévu une économie conjoncturelle sur les dépenses de groupe 1 (dépenses de personnel) ;
- budgétairement, la DM2 se solde par une augmentation des crédits de 71,7 millions d'euros et porte le montant des crédits autorisés de 5 266,4 millions d'euros en DM1 2004 à 5 338,1 millions d'euros en DM2 2004.

Cette augmentation se traduira par une augmentation de la dotation globale pour intégrer :

- des mesures statutaires et des reliquats d'enveloppes ministérielles à hauteur de 5,7 millions d'euros dont 0,4 million d'euros pour participer à la mise en oeuvre du plan cancer ;

- des compléments de tarification à l'activité de 0,69 million d'euros. Le complément versé correspond à la correction des calculs effectués sur la base de l'activité 2003, alors que l'enveloppe initiale avait été calculée sur la base de l'activité 2002 ;
- des mesures diverses à hauteur de 1,64 million d'euros dont les crédits de fonctionnement nécessaires au fonctionnement de la maison des adolescents de l'hôpital Cochin (1,35 million d'euros) à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2004.

Par ailleurs, certaines mesures sont financées hors dotation globale :

- le compte épargne temps : 37,2 millions d'euros ;
- le financement à partir d'une affectation d'une partie du produit de cessions d'actifs apparaissant dans les résultats de 2003, d'une partie du report de charges à hauteur de 24,7 millions d'euros et du solde du déficit de 2001 : 3,4 millions d'euros.

La DM2 reçoit un avis favorable de l'instance avec 33 voix pour et 1 abstention.

### **VIII -Extension des missions du syndicat inter-hospitalier « SAU des Hauts-de-Seine nord ».**

La création du syndicat inter-hospitalier « SAU des Hauts-de-Seine nord » a été présentée à l'instance en 2001, informe **M. CAMPHIN**. Le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre et l'AP-HP pour l'hôpital Louis Mourier souhaitent intégrer dans le champ des missions du syndicat leurs activités de soins de suite.

La CME se prononce favorablement à l'unanimité des 34 membres votants sur ce dossier.

### **IX - Bilan social pour l'année 2003.**

*a) Le personnel médical.*

**M. ANTONINI** résume les faits marquants de l'année 2003.

- Les effectifs mesurés en personnes physiques enregistrent une légère diminution qui a pour source la diminution du nombre d'étudiants et les modalités de remplacement des attachés par des personnels hospitaliers titulaires ou contractuels. L'AP-HP représente 25 % de l'emploi des praticiens attachés au niveau national.
- On constate une forte progression des emplois de praticiens hospitaliers (+ 10 % en deux ans) et des emplois de praticiens contractuels (x 2). Cette évolution est liée à l'utilisation des crédits de l'aménagement de la réduction du temps de travail (ARTT) médical.
- Enfin, on note une progression très importante des dépenses de personnel médical (+ 12 % en un an) notamment en raison de la mise en oeuvre du protocole relatif aux praticiens attachés et de la revalorisation des gardes. Sur trois ans, l'évolution de ces dépenses est de + 20 %.

*b) Les personnels non médicaux.*

En 2003, explique **M. TOUZY** les évolutions les plus importantes ont été les suivantes :

- les effectifs ont crû de 2 651 emplois à temps plein par rapport à 2001, en raison des recrutements réalisés dans le cadre de l'ARTT.  
70 % des recrutements concernent les personnels soignants qui représentent deux tiers de l'effectif total. Par rapport aux autres CHU, l'AP-HP comprend une part plus importante de personnels soignants et éducatifs en raison de l'existence en son sein d'écoles.  
En revanche la proportion des personnels ouvriers et techniques y est moindre ;
- le ratio agents / lit a progressé et est de 2,68. Mais ce taux recouvre des situations très différentes entre le long séjour (1,6 agent / lit) et les hôpitaux pédiatriques (4 agents / lit) ;
- l'âge moyen des agents se stabilise à quarante ans.  
Comme les années précédentes, les tranches d'âge supérieures à cinquante ans progressent, mais on observe aussi une augmentation des tranches d'âge inférieures à vingt cinq ans ;
- on enregistre 1 800 départs à la retraite sur un effectif de 72 000 agents. Sur trois ans ces départs ont progressé de 30 % et ce mouvement se poursuivra jusqu'en 2006 ;
- l'AP-HP reste attractive puisque 6 490 entrées ont été enregistrées contre 6 292 sorties. Cependant un léger déficit des entrées / sorties est constaté pour les infirmiers provoquant les tensions actuelles.  
En 2004, les recrutements infirmiers devraient être plus aisés puisque les sorties d'école se traduiront par l'arrivée sur le marché de 450 infirmiers au mois de juin et de 600 en fin d'année 2004.  
Des promotions encore plus importantes sont attendues en 2005 et devraient mettre fin à la crise du recrutement infirmier ;
- les effectifs à temps partiel régressent de deux points, suite à l'application de la RTT ;
- on constate un recul de l'absentéisme qui augmentait précédemment de manière régulière.  
Ainsi le nombre de journées d'absence est de 17,01 jours par personne contre 17,98 en 2001. La cause principale de cette évolution réside dans la mise en oeuvre de la RTT ;
- l'effort important de l'institution en faveur de la formation a été soutenu. Le budget affecté à ce domaine est passé de 66 millions d'euros à 94 millions d'euros entre 2001 et 2003. Le nombre de journées de formation initiale est de 663 000 en 2003 contre 542 000 en 2001. Cet effort a permis à l'AP-HP de compenser partiellement les départs de personnels vers la province ;
- le budget relatif aux oeuvres sociales est en forte augmentation, comme les crédits affectés aux avantages sociaux ;
- le recrutement d'un agent représente une dépense moyenne d'environ 40 000 euros.

A l'issue de ces exposés, la discussion est ouverte.

**M. BAGLIN** évoque la réforme en cours d'élaboration au ministère concernant le départ à la retraite des personnels hospitalo-universitaires qui atteignent actuellement l'âge limite d'activité à soixante cinq ou soixante six ans selon leur nombre d'enfants.

Après la réforme, lorsque ces personnels auront validé le nombre de trimestres nécessaires pour une retraite complète, ils pourront être maintenus en surnombre pendant trois ans et bénéficieront d'une rémunération prélevée sur une enveloppe spéciale et leur poste hospitalo-universitaire se libérera.

Les PU-PH et les MCU-PH qui n'auront pas le nombre de trimestres nécessaires pourront demander à valider les trimestres manquants jusqu'à un maximum de dix trimestres. Cette demande sera soumise à l'approbation de l'UFR et du directeur général du CHU. Dans cette hypothèse, le poste n'est pas libéré.

Ces deux possibilités ne seraient pas cumulables. Un médecin hospitalo-universitaire doit d'abord compléter le nombre de trimestres pris en compte pour sa retraite.

**M. ANTONINI** confirme ces informations. Il précise toutefois que le recul de limite d'âge n'est pas un droit et que le doyen de l'UFR ou le directeur général de CHU peut émettre un avis défavorable à la prolongation d'activité pour des raisons liées aux nécessités de service, même si cette possibilité sera sans doute rarement mise en oeuvre.

**M. RYMER** souhaiterait connaître le pourcentage de personnels formés dans les écoles de l'AP-HP qui travaillent encore dans les hôpitaux de l'institution trois ans après la fin de leur formation. Il lui semble en effet que les efforts de formation de l'AP-HP bénéficient surtout aux établissements qui ne relèvent pas de l'AP-HP.

**M. TOUZY** ne peut en l'état des données dont il dispose apporter de réponses très précises. Cependant, il indique que le taux de fidélité des manipulateurs en radiologie formés par l'AP-HP est de 50 %. En revanche, celui des kinésithérapeutes est très faible, les étudiants à la sortie de l'école se dirigeant vers un exercice libéral.

Il ajoute, qu'afin de mieux fidéliser les personnels formés par l'AP-HP, il est envisagé de créer des bourses d'études impliquant un engagement de servir d'une durée de deux ou trois ans.

**M. CARLI** fait part de l'inquiétude de la communauté d'anesthésie réanimation concernant le fonctionnement des blocs opératoires qui souffrent d'une insuffisance d'effectifs infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) et d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE).

Un grand nombre de ces personnels est parti en raison de changement dans les organisations, de rapprochement de domicile, d'ouverture de postes dans d'autres régions... Il estime qu'il est urgent d'engager une réflexion avec la direction des soins infirmiers afin de fidéliser les personnels encore en place. Il souhaite notamment que des règles du jeu identiques soient appliquées par les hôpitaux au même moment afin d'éviter des mouvements erratiques de personnel vers des sites où les conditions de travail sont provisoirement moins contraignantes. Il insiste sur l'aspect critique de la situation actuelle qui ne permettra pas d'augmenter la productivité chirurgicale.

Le **vice-président** rejoint M. CARLI et précise que les chirurgiens partagent le constat qu'il vient de dresser.



**M. HOUSSIN** spécifie que la direction générale a été particulièrement alertée sur ce sujet, à l'occasion de situations critiques qui se sont produites au cours des semaines passées, particulièrement sur trois sites.

Les difficultés ont pour origine tout d'abord le problème de fond du recrutement des IBODE. Des propositions sont examinées pour améliorer la situation : paiement d'heures supplémentaires, incitation au retour des personnels ayant quitté l'AP-HP, recrutement de personnels étrangers et orientation des élèves issus des promotions professionnelles.

Par ailleurs, il faut aussi résoudre des problèmes conjoncturels. Ces derniers peuvent porter sur l'encadrement. Il faut aussi veiller à ce que, dans chaque bloc opératoire, une équipe d'IBODE formés puisse à son tour assurer un rôle de formation auprès des infirmiers diplômés d'Etat exerçant dans le bloc opératoire.

Enfin, il faut réfléchir à des conditions de travail plus attractives pour les IBODE.

**M. MADELENAT** rappelle que l'an passé, la directrice générale avait indiqué qu'il y aurait un glissement de personnels affectés aux activités supports vers les activités de soins dans les différents établissements hospitaliers. Autant ce souhait d'un réajustement semble avoir été pris en compte au niveau central, autant il semble que les établissements n'ont entrepris aucun effort en ce sens.

**M. TOUZY** convient que la mise en oeuvre de la mesure a pu être retardée. Cependant des renforcements ont été opérés par exemple en faveur de l'accueil des urgences avec l'attribution d'effectifs administratifs chargés d'ouvrir les dossiers des patients dans les services d'urgences les plus actifs, en complément des infirmiers d'orientation.

Par ailleurs, l'effort sera poursuivi pour retrouver du temps soignant en dégageant le personnel soignant de tâches administratives.

**Mme DEBRAY-MEIGNAN** évoque l'insuffisance de personnels infirmiers dans les services de gériatrie qui serait de l'ordre de 20 % à 50 % selon les services, alors que, rappelle-t-elle, ces services sont de plus en plus sollicités pour assurer les soins d'aval. A cette situation s'ajoute le départ annoncé d'infirmiers âgés dans les années à venir.

Enfin, elle demande pourquoi, dans le bilan social, le nombre de jours moyen d'absence pour accidents du travail augmente alors qu'il y a une diminution de 11 % des accidents de travail et de 20 % des accidents de trajet.

**M. TOUZY** confirme tout d'abord l'observation faite par Mme DEBRAY-MEIGNAN sur l'augmentation des jours d'absence pour accidents du travail. La durée moyenne des arrêts constatée est en effet plus longue.

Concernant la situation des infirmiers en services de gériatrie, il s'agit comme pour les IBODE d'améliorer l'attractivité de certains services.

Déjà en 2004, quatre cents postes ont été fléchés prioritairement pour la gériatrie et les blocs opératoires et proposés au choix des étudiants sortant des écoles qui avaient bénéficié d'avantages relevant de la promotion professionnelle. En novembre 2004, trois cents autres postes seront également fléchés.

**M. DASSIER** demande si l'AP-HP a prévu un fléchage des postes de la prochaine promotion sortante d'IADE vers les secteurs les plus déficitaires. Par ailleurs, il prône un aménagement des horaires pour améliorer les conditions de travail des personnels.

**M. FAGON** évoque différents écueils à surmonter pour résoudre les problèmes d'effectifs dénoncés.

Tout d'abord, il faut revenir sur l'orientation prise par certains sites dans le cadre du plan équilibre consistant à ne pas réaliser de recrutement alors que certains postes sont vacants.

En second lieu, il faut dépasser toute forme de corporatisme qui ne permettrait pas de mettre en place des solutions d'organisation nécessitant une certaine souplesse.

Il estime que c'est au siège de donner des orientations pour éviter ces écueils.

#### **X - Avis sur le renouvellement de la composition du comité central de lutte contre les infections nosocomiales.**

Après avoir rappelé la composition du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) fixée à vingt deux membres par le décret du 6 décembre 1999 (cf. document transmis aux membres de la CME), **M. BRUN-BUISSON** donne lecture de la liste renouvelée des représentants de la CME au sein de cette instance.

- Au titre du représentant du président de la CME :
  - M. FAGON.
- Au titre des deux membres à choisir parmi les médecins et chirurgiens de l'AP-HP :
  - M. BRUN-BUISSON (réanimation, hôpital Henri Mondor),
  - M. KITZIS (chirurgie vasculaire, hôpital Ambroise Paré).
- Au titre des cinq membres à choisir parmi les médecins, pharmaciens, sage-femmes et odontologistes :
  - M. FANTIN (médecine interne, hôpital Beaujon) représentant la COMEDIMS, spécialiste des maladies infectieuses,
  - M. LUCET (épidémiologie, hôpital Bichat),
  - Mme QUINET (pédiatrie, hôpital Armand Trousseau),
  - Mme VERNY (gériatrie, hôpital Bicêtre),
  - Mme BECK (cadre sage-femme, hôpital Cochin).

Instance consultative de proposition et de programmation, le CLIN a pour mission essentielle d'élaborer le programme annuel de lutte contre les infections nosocomiales et de s'assurer de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement.

Il doit en particulier élaborer des recommandations de pratiques d'hygiène, à informer et former, à évaluer périodiquement.

Enfin, le CLIN définit les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'hôpital et une de ses priorités consiste à examiner les éléments d'adaptation du tableau de bord ministériel, rendu récemment obligatoire, à l'activité de l'AP-HP.

**M. FAGON** pense utile que la CME soit informée des procédures élaborées pour prendre en charge un phénomène épidémique ou un incident lié à la survenue d'une infection nosocomiale, notamment en vue d'une communication adéquate. L'articulation et plus encore la coordination entre les instances, les équipes locales (CLIN, équipes d'hygiène, CCM, communication, équipes de direction) et le siège (CLIN central, direction des affaires juridiques, DPM, communication) devraient être précisées.

En complément de l'information fournie à la CME par le directeur des affaires juridiques et des droits du patient en début d'année sur la responsabilité de l'AP-HP en matière d'infections nosocomiales, intervient **M. HOUSSIN**, on peut prévoir lors d'une prochaine réunion de l'instance, une présentation consacrée à l'organisation des processus à suivre tant au niveau technique que médiatique.

Les propositions de désignation sont entérinées à l'unanimité des 35 membres votants.

## **XI - Avis sur les dossiers examinés en groupe des structures.**

**M. MADELENAT** expose les fiches de missions et structure contenues dans les documents transmis aux membres de l'instance.

### **A) Fiches de missions et structure avec débat.**

#### ***GHU nord***

##### ***Avicenne :***

- *Modification du service de médecine interne en service de maladies infectieuses et tropicales, vacant au départ à la retraite du Pr Robineau le 1<sup>er</sup> septembre 2003.*

L'opération a posé la question de l'accueil des patients ressortissant de la médecine interne ; de plus, comme le service servait d'aval aux urgences, il a été nécessaire de s'assurer de la pérennité de cette fonction dans le cadre de la nouvelle configuration.

##### ***Beaujon :***

- *Création d'une unité fonctionnelle de traitement de la douleur rattachée au service de neurochirurgie.*

La difficulté soulevée provient du fait que le praticien hospitalier pressenti pour diriger l'unité fonctionnelle exerce à temps partiel ce qui semble insuffisant pour permettre le bon fonctionnement de l'unité.

##### ***Bichat :***

- *Création d'une fédération de gestion commune d'hématologie et immunologie avec règlement intérieur.*
- *Création d'une unité fonctionnelle des dysfonctionnements immunitaires dans le service d'hématologie et immunologie*

La nomination d'un PU-PH impliquait le maintien d'un service au sein du CHU et d'un second hors CHU. Après avoir obtenu certaines modifications, le groupe des structures a accepté cette configuration tout en l'orientant vers la création à court ou moyen terme d'un département.

### ***GHU sud***

#### ***Henri Mondor :***

- *Révision du service de chirurgie orthopédique et traumatologique, vacant au départ à la retraite du Pr Goutallier le 1<sup>er</sup> septembre 2003.*

Le choix des hommes chargés du fonctionnement de la structure soulève un problème. Après discussion, il semble que les deux PU-PH s'accordent à collaborer. Cependant, le groupe des structures recommande d'évaluer à court terme l'évolution de l'activité froide et de l'activité de traumatologie par crainte d'une diminution de cette dernière.

- *Suppression du service de médecine 4 suite au départ à la retraite du Pr Cachin.*
- *Révision du service de cardiologie 1, vacant suite au non renouvellement des fonctions de chef de service du Pr Castaigne le 1<sup>er</sup> octobre 1999.*
- *Révision du service de cardiologie 2*
- *Révision de la FGC de cardiologie médicale suite à la restructuration des services de cardiologie*

Avec cette opération, l'hôpital passe de trois services de cardiologie à deux. On peut espérer à terme l'unification complète des structures.

## **B) Fiches de missions et structure sans débat.**

### ***GHU est***

#### ***Charles Foix – Jean Rostand :***

- *Modification du service de gérontologie IV avec création de 5 unités fonctionnelles.*
  - *UF d'activités ambulatoires.*
  - *UF de gériatrie aiguë.*
  - *UF de soins de suite et de réadaptation.*
  - *UF de soins de longue durée.*
  - *UF de soins palliatifs gériatriques.*

#### ***Rothschild :***

- *Suppression du service autonome d'hématologie et immunologie biologiques.*

## ***GHU sud***

### ***Henri Mondor :***

- *Révision du service d'anesthésie réanimation, vacant au non renouvellement des fonctions de chef de service du Pr Duvaldestin le 1<sup>er</sup> mai 2004.*
- *Révision du service de radiologie et d'imagerie médicale , vacant au départ à la retraite du Pr Vasile au 1<sup>er</sup> septembre 2003.*
- *Création d'une FGC d'imagerie médicale (FEDIM) entre le service de radiologie et d'imagerie médicale et le service de radiologie à orientation neuro-radiologie.*

### ***Henri Mondor – Albert Chenevier :***

- *Modification de l'intitulé de l'unité fonctionnelle de médecine générale, du département hospitalo-universitaire de médecine interne et gériatrie, sur le site d'Henri Mondor, en unité fonctionnelle de médecine gériatrique.*

## ***GHU nord***

### ***Bichat :***

- *Création d'une unité fonctionnelle de produits radiopharmaceutiques, rattachée au service de pharmacie à usage intérieur.*
- *Création d'une unité fonctionnelle centre de traitement des douleurs rattachée au département d'anesthésiologie.*

### ***Jean Verdier :***

- *Modification du service d'anatomie pathologique en service d'anatomie et de cytologie pathologiques, vacant à la mutation du Pr Prévot à l'hôpital Antoine Béclère.*

### ***Robert Debré :***

- *Révision du service de physiologie-explorations fonctionnelles, vacant au départ à la retraite du Pr Gaultier le 1<sup>er</sup> septembre 2004.*

### ***Saint Louis :***

- *Modification du service de néphrologie en service de néphrologie-transplantation, vacant à la mutation du Pr Legendre à l'hôpital Necker – enfants malades, le 1<sup>er</sup> septembre 2004.*
- *Modification du service de greffes de moelle osseuse en service d'hématologie – greffes de moelle osseuse vacant au départ à la retraite du Pr Gluckmann le 1<sup>er</sup> septembre 2005.*

Puis, M. MADELENAT formule une remarque d'ordre général en matière des structures. Il lui semble que l'effort de restructuration progresse au sein des hôpitaux comme en témoigne un certain nombre de fiches sans débat figurant dans le dossier et qui correspondent à des réelles restructurations conformes au souhait du groupe des structures.

La CME émet un avis favorable sur les fiches de missions et structure à l'unanimité des 35 membres votants.

#### **XII - Avis sur des contrats d'activité libérale.**

La CME approuve les contrats d'activité libérale présentés par 15 voix pour et 3 voix contre ; on enregistre 18 abstentions.

#### **XIII - Avenants à des conventions hospitalo-universitaires.**

Les avenants traduisent, explique **M. ANTONINI**, les choix effectués dans le cadre de la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour l'établissement français du sang, le centre hospitalier intercommunal de Créteil et le centre hospitalier de Versailles.

#### **XIV - Convention associant l'association pour l'utilisation du rein artificiel à l'AP-HP et à l'unité de formation et de recherche médicales Pitié-Salpêtrière.**

L'association pour l'utilisation du rein artificiel prend en charge l'insuffisance rénale chronique, indique **M. ANTONINI**. Elle souhaite faire appel au Pr PETITCLERC, PU-PH au sein du service de néphrologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Ce dernier et le doyen de la faculté ont donné leur accord à cette collaboration.

Après avoir confirmé cet accord, **M. CORIAT** attire l'attention de l'assemblée à propos du rendu budgétaire correspondant au traitement de l'intéressé et de la diminution de l'effectif médical du service de néphrologie induite par ce mouvement et qu'il convient de conserver en mémoire.

#### **XV - Avis sur la création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2004.**

**M. ANTONINI** fait connaître que le groupe du personnel médical a exprimé des avis favorables aux demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux en pharmacie hospitalière sous réserve d'un financement assuré dans le cadre des recettes du groupe 3. La communauté pharmaceutique souhaitant l'affectation à la création d'emplois d'une partie des moyens issus de la rétrocession des dépenses de médicaments, la DPM a interrogé la direction économique et financière (DEF) afin de vérifier qu'elle partage cette position.

A une question de **M. LACAU ST GUILY**, **M. GUILLEVIN** répond que les avis défavorables du GPM portent sur des problèmes de financement qui devraient pouvoir être réglés dans les semaines à venir et non sur la qualité des candidatures ou sur la nécessité d'ouvrir les postes.

Certains hôpitaux proposaient de gager les postes d'assistants des hôpitaux par des postes d'internes, indique **M. ANTONINI**. Mais en accord avec le représentant de la discipline, la suggestion a été écartée en raison notamment de l'augmentation attendue des possibilités de recrutement d'internes dans deux ans. A l'adresse de **Mme ANTIGNAC**, il précise espérer une réponse de la part de la DEF, avant la prochaine réunion du conseil d'administration.

**M. GUILLEVIN** demande que le GPM puisse examiner la liste établie en fonction de la réponse de la DEF avant sa présentation au CA, car des arbitrages s'imposeront si le financement s'avère insuffisant.

#### **XVI - Approbation du compte-rendu de la séance du 11 mai 2004.**

La CME approuve le compte-rendu à l'unanimité des 36 membres votants.

#### **XVII - Questions diverses.**

##### 1- La situation des IBODE et le fonctionnement des blocs opératoires.

**M. CORIAT** évoque la situation de pénurie des infirmiers des blocs opératoires qui pénalise l'activité des blocs opératoires de tous les hôpitaux.

Il appelle à la prise très rapide de mesures claires comprenant un volet financier et d'une information de la CME sur ces dernières.

Le **vice-président** adhère à ces propos et souligne que l'objectif relatif à la chirurgie ambulatoire ne pourra être atteint que dans le cadre de conditions de fonctionnement adéquates.

**M. AIGRAIN** indique que les hôpitaux sont inquiets pour le fonctionnement des blocs opératoires pendant l'été. En effet, la réduction des plateaux techniques opératoires pendant cette période fait courir un risque en cas d'augmentation imprévue de l'activité et notamment de l'activité d'urgence.

**M. CARLI** pense que la période d'été sera difficile eu égard à cette insuffisance de personnels spécialisés. Il lui paraît nécessaire de réfléchir à des solutions de remplacement et de voir s'il est possible de faire appel de manière transitoire à des infirmiers diplômés d'Etat pour remplacer les IBODE. Il faut par ailleurs trouver des solutions plus ambitieuses pour le moyen terme et les proposer aux autorités de tutelle.

**Mme BRESSAND** rappelle que la situation des effectifs des IBODE est tendue depuis plusieurs années. Jusqu'à maintenant les crises restaient isolées et ont pu être gérées. Mais cet été 2004, l'insuffisance d'effectifs d'IBODE sera générale.

Cependant, un travail de fond a été réalisé par les IBODE elles-mêmes et les chirurgiens pour rendre la profession attractive. Par ailleurs, des stages en blocs opératoires ont été ouverts à des jeunes étudiants en soins infirmiers pour les intéresser à ces fonctions dès l'obtention du diplôme d'Etat. Malgré ces mesures, persiste une différence de traitement négative et difficilement justifiable entre les IBODE et les IADE, les premiers bénéficiant d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) de niveau inférieur à celle des seconds.

Il convient donc de réagir, estime l'intervenante qui fait appel au soutien des chirurgiens. Le 5 juillet, les surveillantes des blocs opératoires se réunissent et envisagent de se constituer en collégiale afin d'examiner des solutions avec la collégiale des chirurgiens.

Le **vice-président** confirme que la situation est réellement désastreuse et conduit à engager des médecins étrangers hors union européenne pour faire office de panseurs pendant quelques mois.

**M. GOËAU-BRISSONNIERE** qui est directeur scientifique de l'école qui forme les IBODE indique que soixante élèves suivent les cours d'une formation de dix huit mois ouverte en théorie à cent vingt personnes. Cette situation provient de l'allongement de la durée de formation et de l'insuffisante valorisation de cette profession par les chirurgiens. Une réflexion sur ce dernier point a été engagée avec le directeur scientifique de l'école d'IBODE de Marseille et le doyen BERLAND.

Au titre des modalités d'exercice peu attractives pour une IBODE, le **vice-président** fait état du travail en blocs communs avec une forte activité d'urgence qui est moins apprécié que l'exercice d'une activité dans un bloc dédié à une spécialité.

**M. FAYE** témoigne du travail engagé par les IBODE. Une enquête a été menée auprès de six cents chirurgiens ; elle porte sur les actes qu'ils sont prêts à leur confier. Ses résultats sont disponibles auprès de l'Union nationale des IBODE. Par ailleurs, les IBODE attendent un soutien de l'institution et espèrent que les chirurgiens parlementaires s'emploieront à faire valoir la nécessaire revalorisation de leur statut.

**Mme BRESSAND** précise qu'à côté de cet aspect de revalorisation, les IBODE souhaitent être mieux reconnues et participer à l'organisation générale des blocs. Par ailleurs, beaucoup d'IDE faisant fonction d'IBODE n'ont pu partir en formation d'IBODE en raison des tensions sur les effectifs des blocs. Aujourd'hui, continuant à être payés comme des infirmiers avec une NBI inférieure de moitié à celle des IBODE, ils cherchent d'autres affectations.

**M. HOUSSIN** indique que le siège est actif sur ce sujet qui concerne les personnels médicaux, les personnels soignants et l'organisation générale.

**Mme BRESSAND** souligne que toute nouvelle décision d'organisation devra être arrêtée en concertation avec les IBODE.

## 2- Diffusion des documents de la CME par voie électronique.

Les documents utiles aux travaux de l'instance étant désormais transmis par voie électronique, **M. FAGON** suggère d'équiper la salle de réunion de prises électriques ; ainsi chaque participant pourra connecter son ordinateur portable et accéder aux documents sans procéder à leur impression.

Le **vice-président** proposant de disposer, outre la version informatisée des documents, d'une version sur papier, **M. HOUSSIN** estime qu'il serait regrettable de revenir à l'ancien mode de fonctionnement ; les services techniques du siège effectueront l'installation nécessaire à l'utilisation des ordinateurs portables.

**M. DASSIER** aurait souhaité que cette diffusion électronique intervenue pour la séance du 22 juin soit plus accompagnée et évoque le CD-rom comme nouveau support aux documents de l'instance.



\*

\*

\*

La séance est levée à 12 heures 25.

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

**Mardi 6 juillet 2004 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 23 juin 2004 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.