

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 23 SEPTEMBRE 2003**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 14 OCTOBRE 2003**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**Compte-rendu de la séance
du mardi 23 septembre 2003**

(salle du conseil d'administration)

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Point sur la crise sanitaire de l'été.
- 2- Indicateurs médicalisés d'activité et de performance :
 - analyse par activité.
 - analyse par structure.
- 3- Résultats du PMSI pour l'année 2002 et évolution de la classification des activités médicales.
 - Résultats relatifs aux points ISA.
- 4- Avis sur des fiches de missions et structure.
- 5- Constitution de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins et désignation de ses membres.
- 6- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 7- Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.
- 8- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants le 1^{er} septembre 2003.
- 9- Avis sur des modifications des règlements intérieurs de la CME et du CCM (mise à jour des règles de délégation après parution du nouveau statut de praticien attaché).
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juillet 2003.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur des demandes de mobilité interne de praticiens hospitaliers.
- Avis sur la désignation, à titre provisoire, de PH temps plein et temps partiel.
- Avis sur la candidature d'un PH (tour de publication national 2003).

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de deux MCU-PH.
- Avis sur la titularisation au 1^{er} septembre 2003 des MCU-PH stagiaires en odontologie.

Composition A

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de deux PU-PH.

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. le Pr LEPAGE, responsable de l'information médicale ;

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

- *les représentants de l'administration :*
 - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
 - M. DEROUBAIX, secrétaire général,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
 - M. le Pr HOUSSIN, directeur de la politique médicale,
 - M. GARNIER, directeur économique et financier,

 - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
 - Mme BRESSAND, directrice du service central de soins infirmiers,
 - Mme le Dr BURONFOSSE, direction de la politique médicale,
 - M. CAMPHIN, direction de la politique médicale,
 - M. PINARDON, direction économique et financière,
 - Mme VERGER, chef de mission, direction de la politique médicale.

- *en qualité d'expert médecin :*
 - M. le Pr RIOU, service des urgences, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

*

* *

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui présente les excuses de Mme SCHLEGEL et de MM. CHAUSSADE, CUDENNEC, DEBRE et TRUTT. Puis il engage l'examen des points notés à l'ordre du jour.

I - Point sur la crise sanitaire de l'été.

En préliminaire, le **président** précise que l'exposé à plusieurs voix qui va suivre sur la crise sanitaire liée à la canicule portera sur l'historique de la vague de chaleur et sur son impact sanitaire, sur la gestion de la crise par l'institution, sur la présentation des quatre groupes de réflexion créés sur le sujet et enfin sur l'appréhension par les urgentistes des événements de l'été.

1- L'historique de la crise sanitaire

La parole est donnée à **M. CARLI** qui indique que dès le début du mois d'août, les possibilités limitées d'admission à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris sont connues.

Les premiers cas de coups de chaleur apparaissent le jeudi 7 août, se multiplient le vendredi 8 août et font prendre conscience du caractère exceptionnel du phénomène. Le cœur de la crise intervient les 11, 12 et 13 août, avec des conséquences variables selon les hôpitaux. La baisse de la température met fin brutalement à la crise.

Le dispositif déployé à l'AP-HP, appelé « plan d'action chaleur extrême » est activé le vendredi 8 août et renforcé le 11 août ; les pouvoirs publics ont déclenché le « plan blanc hôpital » le 13 août.

L'orateur aborde ensuite le sujet d'un point de vue médical. Les victimes du coup de chaleur succombent à la faillite des mécanismes protecteurs : la perte de la thermorégulation, l'emballement de la réaction inflammatoire, l'inefficacité des protéines protectrices.

Le sujet âgé est une victime désignée contrairement au sujet jeune, victime accidentelle. L'hyperthermie présente un risque mortel avant même toute déshydratation et nécessite d'hospitaliser et de réanimer les personnes qui en sont victimes en raison d'une mortalité élevée et de séquelles neurologiques lourdes.

Après avoir évoqué la vague de chaleur survenue en juillet 1995 à Chicago, M. CARLI déclare que les SAMU, les services d'urgence et les hôpitaux n'ont traité qu'une faible partie du phénomène, essentiellement social selon lui. La majorité des personnes décédées n'a pas appelé de secours et est morte au domicile.

La prévention doit porter sur les sujets à risque ; un dispositif médico-social aurait permis d'éviter la survenance de maladies chez de nombreuses personnes âgées d'une part, d'accidents chez des sujets jeunes d'autre part.

Pour finir, M. CARLI rappelle l'ampleur de la prise en charge des victimes et du volume des soins dispensés aux malades dont une partie se trouve encore à l'hôpital.

2- L'impact sanitaire à l'AP-HP

A son tour, **M. CAMPHIN** détaille les éléments statistiques sur l'impact sanitaire de la vague de chaleur.

L'activité en terme de passages dans les urgences adultes des hôpitaux de l'AP-HP entre le 1^{er} et le 15 août 2003, comparée à la même période de l'année précédente, montre une évolution de 11 %. Sur la même période le nombre de patients hospitalisés connaît une progression de 50 %. Plus de sept cents personnes ont été hospitalisées à l'AP-HP le 12 août.

Le 1^{er} août, les patients de plus de 75 ans représentent 30 % de l'ensemble des personnes hospitalisées aux urgences, conformément à la moyenne constatée sur la période du 1^{er} mai au 15 août 2003. Cette proportion atteint 67 % le 12 août.

Sur la période du 6 au 26 août, on constate une amplification de l'activité occasionnée par les hospitalisations pour hyperthermie, portant à deux mille cinquante quatre le nombre de patients admis en urgence pour cette pathologie. Une activité particulièrement importante est observée au niveau des soins de suite et de réadaptation et dans les hôpitaux gériatriques de l'AP-HP. En août 2003, l'activité de ces derniers a progressé de 26 % par rapport à août 2002.

Puis, le rapporteur commente des tableaux illustrant les hospitalisations pour hyperthermie par hôpital et la comparaison des courbes des décès survenus en août 2002 et 2003 et ceux liés à l'hyperthermie.

Il achève son exposé en livrant les chiffres arrêtés au 15 septembre par les services sociaux de l'AP-HP relatifs au dispositif de sortie de crise de l'aval : cinq cent vingt cinq patients attendent leur retour à domicile, cinq cent soixante l'accueil en soins de suite et réadaptation, neuf cent cinq l'accès à un hébergement.

3- La gestion de la crise à l'AP-HP

En premier lieu, la **directrice générale** exprime sa fierté du comportement des personnels de l'AP-HP pendant la crise et salue le mérite de toutes les catégories de personnel.

Elle cite d'abord les médecins confrontés à l'hyperthermie, phénomène jusqu'alors inconnu à Paris. Dès les premiers cas, les médecins de l'AP-HP ont effectué l'analyse médicale du phénomène, transmis les protocoles de prise en charge et les conseils aux maisons de retraite.

Elle rend ensuite hommage au secrétaire général, M. DEROUBAIX qui, alerté par M. CARLI, a pris immédiatement des dispositions demandant aux hôpitaux de déployer des mesures de type « plan blanc ».

Dans les hôpitaux, les directeurs adjoints placés en première ligne en cette période de congé, ont fait preuve d'un grand esprit d'initiative.

Mme VAN LERBERGHE s'attache à souligner également les conditions difficiles à cause de la chaleur mais aussi de l'environnement émotionnel pénible, dans lesquelles ont travaillé les équipes soignantes. De plus, un grand nombre de soignants ont effectué des heures supplémentaires, reporté des congés ou sont revenus spontanément de vacances. Environ quatre cents élèves infirmiers et une centaine d'enseignants ont apporté leur précieux concours aux infirmiers en poste.

Enfin, elle mentionne le travail du personnel technique notamment les équipes de sécurité, maintenance et services, mobilisées pour des coupures d'électricité et des pannes de réfrigérateurs.

Elle reconnaît que l'AP-HP a manqué de lits, comme cela lui a été reproché, mais l'institution est néanmoins parvenue à hospitaliser deux mille cinquante personnes en une semaine, soit l'équivalent de la capacité d'un grand hôpital. On ne peut prétendre que la canicule a révélé les carences de l'hôpital, elle a plutôt démontré sa capacité d'action.

Toutefois, poursuit la directrice générale, il convient de tirer les enseignements de cette crise pour améliorer les procédures formelles et pour conforter celles mises en place spontanément au mois d'août. A cet égard, elle se félicite de la créativité dont les équipes ont fait preuve.

Pour sa part, elle a réuni l'ensemble des directeurs d'hôpital, les présidents des comités consultatifs médicaux et les membres du bureau de la commission médicale d'établissement.

Il en résulte l'ouverture de chantiers, portés par des objectifs opérationnels pour appréhender les prochaines périodes de crise et notamment la grippe attendue l'hiver prochain.

Pour conclure, au-delà de l'engagement et de la mobilisation, elle déclare que la crise a développé d'une part, le travail en équipe, la solidarité tant entre les urgences et les autres services de l'hôpital qu'entre les différentes catégories de personnel, d'autre part, la prise d'initiatives. Elle souhaite que cette solidarité et cette liberté d'initiative à imaginer des améliorations perdurent dans un fonctionnement normal.

4- La création de groupes de travail

M. HOUSSIN développe le rôle opérationnel des quatre groupes de travail créés afin de se prémunir pour l'avenir.

Le premier groupe, animé par M. LEMONNIER, directeur du patrimoine et de la logistique, se concentrera sur les questions architecturales (climatisation, ventilation, système thermique...), sur les aspects logistiques et de sécurité informatique.

Le deuxième groupe, conduit par M. OMNES, s'intéressera aux flux des patients, objets de déséquilibres ; certains déséquilibres, qu'ils concernent les urgences ou l'activité programmée, sont saisonniers et connus, d'autres inattendus. Il s'agit de mieux préparer l'AP-HP à anticiper et réguler ces flux.

M. HOUSSIN préside le troisième groupe qui s'attachera aux thèmes de la veille sanitaire et de l'alerte afin de doter l'AP-HP, de manière permanente, d'un dispositif capable de détecter des événements importants au sein et hors de l'hôpital. Cela entend une meilleure interaction avec les agences chargées de cette mission au niveau national et une évolution possible de la cellule de veille des urgences de l'AP-HP en groupe permanent.

Le dernier groupe sera chargé du chapitre des personnes âgées. Il convient d'anticiper sur l'évolution de la démographie afin d'apporter des éléments dans la perspective du prochain plan stratégique de l'AP-HP.

Les membres de la CME seront invités à participer aux travaux de ces groupes.

La **directrice générale** attend de ces groupes de travail des résultats rapides, opérationnels, visibles dès la prochaine crise ; le prochain lancement de la procédure de fermeture de lits pour période de congés doit être appréhendé différemment.

Après avoir souligné l'importance pour la CME de concourir à la réflexion des groupes, **M. de PROST** engage les membres intéressés à se manifester auprès de lui ou auprès de M. HOUSSIN.

5- Les conséquences tirées par les urgentistes

M. RIOU fait part des enseignements qu'il retient des événements de l'été dont chacun reconnaît la capacité de réaction exceptionnelle de l'AP-HP.

La préparation de divers plans couvrant des risques nucléaire, toxique ou d'inondation, a forgé, estime-t-il, la capacité de réaction de l'ensemble de l'AP-HP et a permis d'intégrer les équipes hospitalières à la médecine de catastrophe.

La notion d'autodéclenchement de l'alerte demandant à tous les hôpitaux de mettre en oeuvre un quasi plan blanc, lui semble essentielle et à retenir. Réunir des petites cellules de crise, lesquelles transmettent l'information, permettra immédiatement de déceler les problèmes et de les localiser au niveau régional ou national.

Pour l'avenir, dans l'hypothèse d'une crise qui ne concernerait que l'AP-HP, deux éléments inquiètent M. RIOU.

Le premier concerne le plan bronchiolite qui fonctionne depuis plusieurs années. Les urgentistes pédiatres craignent qu'il perde en efficacité l'hiver prochain en raison de certaines difficultés qui risquent de survenir pour l'ensemble du personnel paramédical, notamment du fait de la fermeture de lits. Le second regarde la survenue éventuelle d'une crise plus longue que celle occasionnée par la canicule. Il pourrait s'agir d'une épidémie de grippe qui affecterait aussi le personnel.

Il convient donc d'anticiper et d'inventer des dispositifs. A cet effet, l'orateur suggère la création d'une réserve de médecins et d'infirmiers composée de retraités, d'élèves d'instituts de formation aux soins infirmiers, d'étudiants en médecine. Il préconise aussi l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires versées au personnel et la validation de stages pour les élèves infirmiers et les étudiants en médecine afin de pouvoir mobiliser ces personnes en cas de nécessité.

Par ailleurs, poursuit M. RIOU, l'ensemble des urgentistes au niveau national et l'institut national de la veille sanitaire se sont réunis dans la perspective d'utiliser le réseau des services d'urgences comme signal d'alerte, spécifique ou non.

Enfin, il informe de la création d'une collégiale des chefs de service d'urgence regroupant les urgences adultes, pédiatriques, médico-judiciaires et les SAMU – SMUR de l'ensemble de l'AP-HP. Il rappelle qu'il existe aussi depuis octobre dernier, une collégiale nationale universitaire de médecine d'urgence composée des MCU-PH et PU-PH qui s'intéressent à la médecine d'urgence et dont l'objectif principal est de définir la future discipline universitaire de médecine d'urgence.

A l'issue de ces présentations, le **président** ouvre la discussion.

Mme DEBRAY-MEIGNAN évoque les grandes difficultés rencontrées par les services de gériatrie pendant la canicule qui a considérablement augmenté la charge de travail pendant une période où le personnel est réduit. En effet, les personnes âgées présentes dans les services de gériatrie ont été victimes de coup de chaleur, notamment lorsqu'elles étaient hospitalisées dans les derniers étages ou lorsque l'architecture des services d'accueil comporte des verrières. En même temps, les services de gériatrie ont du accueillir des nouveaux malades provenant des urgences. L'oratrice insiste sur la carence chronique du personnel en gériatrie, aggravée par la réduction du temps de travail. Les périodes de vacances deviennent dangereuses pour les patients au regard de l'insuffisance d'infirmier et de la présence de la moitié des effectifs d'aides-soignants nécessaires, certains jours, dans certaines salles.

Elle rappelle qu'à l'AP-HP les services de médecine comptent 3,5 agents par lit contre 1,3 en gériatrie tandis que cette discipline représente 35 % des lits et qu'elle n'occupe que 15 % des soignants et 5 % des médecins. On note dans toute l'Île de France une proportion importante, 10 % à 20 %, de postes vacants en gériatrie.

Quant aux médecins, au nombre notoirement insuffisant, 2,3 à 2,5 emplois à temps plein pour cent lits, leur recrutement souffre d'un défaut d'attractivité. Avec le nouveau statut des attachés, l'intervenante pense que le temps médical diminuera pour raison budgétaire et réduira encore leur nombre.

A son sens, parmi les mesures préventives à prendre, il convient de renforcer l'attractivité de l'AP-HP pour les infirmiers en leur proposant un logement et en valorisant le travail en gériatrie, de créer une structure de médecine gériatrique dans les hôpitaux qui reçoivent beaucoup de malades âgés et d'intervenir de manière plus précoce en hôpital de jour gériatrique.

Pour finir, elle déclare que la difficile situation de la gériatrie s'est aggravée avec la canicule et qu'il ne faudrait pas oublier cette discipline dans l'élaboration des différents plans. Or, pendant la canicule, certains hôpitaux gériatriques qui n'étaient pas inclus dans le plan blanc ont eu des difficultés pour recruter du personnel intérimaire.

La **directrice générale** salue l'engagement remarquable des personnels des hôpitaux et des services gériatriques pendant la crise. Elle ajoute que la mobilisation générale autour du patient lui a permis de prendre la mesure de l'intérêt de l'unité de l'AP-HP, unité qui a contribué à la qualité de la réponse. A ce propos, elle remercie les directeurs de groupements hospitaliers universitaires (GHU) pour avoir centraliser l'information concernant les lits qui se libéraient dans les services de gériatrie au profit de l'aval des urgences.

Par ailleurs, l'absence de décès imputable à l'hyperthermie à l'hôpital, notamment à l'hôpital Bretonneau, se fonde apparemment sur la grande intensité des soins infirmiers dispensés aux patients. Ainsi, la prise en charge satisfaisante des personnes âgées implique un effort financier considérable au plan national mais également au niveau de l'AP-HP par une meilleure répartition des moyens.

Mme VAN LERBERGHE souscrit aux propos de Mme DEBRAY-MEIGNAN concernant une nécessaire valorisation du travail des soignants en gériatrie. A ce effet, elle propose de réfléchir à l'utilisation de la validation des acquis de l'expérience, outil récent qu'elle a contribué à mettre en place au plan national et qui permet de délivrer des diplômes et des certifications reconnues.

M. LAPANDRY souligne la capacité de mobilisation des disciplines non directement concernées par la crise. Les chirurgiens ont reporté les interventions programmées pour mettre à disposition le personnel et les lits.

Il mentionne aussi la prise de responsabilité du secteur associatif qui, à l'image de la Croix-Rouge, s'est mobilisé avant le plan blanc déployant des effectifs dévoués et compétents dans les maisons de retraite et les hôpitaux.

Eu égard aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour répondre à la crise, **M. DESMONTS** estime qu'il conviendrait de les associer à la réflexion sur la prévention des situations de catastrophe.

Pour **M. NORDLINGER**, si la prise en charge sanitaire des effets de la canicule a été satisfaisante, sa couverture médiatique s'est révélée désastreuse. Il importe, lui semble-t-il, que la communauté médicale de l'AP-HP émette un communiqué de presse sur le sujet.

La **directrice générale** déclare qu'à la conférence de presse organisée le 11 août, M. CARLI a tenté de sensibiliser les journalistes présents au phénomène de l'hyperthermie, à son caractère exceptionnel et aux mesures qu'il convenait de prendre pour prévenir le phénomène car lorsque les patients arrivaient aux urgences, leur situation était souvent irréversible.

C'est donc une aide qui a été demandée aux journalistes pour transmettre cette information aux patients et aux maisons de retraite. Malheureusement, les journalistes se sont désintéressés du phénomène de l'hyperthermie au profit d'une polémique sur le nombre de décès.

Cependant, elle confirme qu'il faut témoigner même si le communiqué de presse ne constitue peut-être la meilleure formule. Pour sa part, elle a décidé la parution d'un numéro spécial dans le journal « AP-HP magazine » consacré à la canicule dans lequel les équipes pourront témoigner afin de valoriser leur créativité.

Selon **M. CARLI**, la communication en temps de crise s'avère primordiale. C'est une des raisons pour laquelle le groupe informations et relations extérieures de la CME a été créé.

Le **président** s'accorde avec la proposition de M. NORDLINGER et rappelle l'article remarquable paru dans le Monde du 20 août, signé de MM. CARLI et RIOU.

Les problèmes émergent d'abord aux urgences, intervient **M. PATERON**, lesquelles jouent un rôle essentiel dans la veille sanitaire. Il importe d'organiser non seulement l'alerte mais aussi l'écoute des services d'urgence. Cependant, les solutions ne se trouvent pas forcément aux urgences mais plus généralement en aval. A son sens, c'est sur ce point qu'il faut porter les efforts d'organisation lors de telles crises.

Mme ABADIE rapporte l'inquiétude des pédiatres vis-à-vis de l'épidémie de bronchiolite à venir. La prévision d'un risque est une condition nécessaire mais non suffisante au règlement de ses conséquences. En effet, il est possible de prévoir le nombre d'enfants qui se présenteront à l'hôpital, les dates auxquelles les arrivées surviendront et les dispositifs à mettre en oeuvre pour sectoriser et éviter les infections nosocomiales. En revanche, les moyens dédiés pour agir restent imprécis et on aborde la période de risque avec une estimation de 10 % de lits fermés dans les services de pédiatrie. Le problème est manifeste surtout au niveau du manque d'infirmiers.

Pour contribuer à pallier le déficit de personnel infirmier, l'intervenante estime qu'il faut communiquer, mettre en place une publicité visant à favoriser l'entrée dans les IFSI et à promouvoir la carrière d'infirmier. Elle suggère aussi de prendre en stage d'aide soignant de nuit, des étudiants en médecine qui trouveraient ainsi des possibilités d'avoir des revenus complémentaires.

On doit en effet trouver des solutions, approuve la **directrice générale** et toutes les idées sont les bienvenues. Elle rappelle avec force que l'AP-HP remplit une mission de service public et doit répondre à la demande fluctuante des patients. Hors une crise exceptionnelle, la variabilité des flux est identifiée et appelle des solutions organisationnelles. Aussi déplore-t-elle que les accords internes sur la réduction du temps de travail n'aient pas pris en compte cette problématique car devant une demande saisonnière accrue il faut bien mettre en face plus de moyens et en tenir compte dans les périodes de congés accordées au personnel. Elle plaide donc pour repenser l'organisation autour des flux prévisibles en revenant par exemple, si nécessaire, à 40 heures de travail par semaine pendant les périodes prévisibles de crise en hiver, tout en conservant une moyenne de 35 heures par semaine sur l'année.

Au regard des événements, **M. LACAU ST GUILY** craint que désormais les priorités de santé publique portent uniquement sur les urgences et la gériatrie et que les autres chantiers, en particulier la lutte contre le cancer, repassent au second plan. D'un point de vue stratégique, il convient de développer en amont des alternatives aux urgences et de tisser, dans un contexte de pénurie de moyens, un système pour la détection et la prise en charge des cancers. Les ressources humaines étant des plus restreintes, l'AP-HP doit préserver les moyens de pratiquer une médecine programmée de qualité, y compris universitaire tout en répondant aux missions de santé publique. Toute la charge pèse actuellement sur les hôpitaux alors que les municipalités ferment peu à peu les dispensaires, dispositif essentiel cependant de la médecine sociale.

Mme BRESSAND tient à souligner l'implication des équipes soignantes et particulièrement l'efficacité de l'encadrement infirmier. A son sens, il faudrait que dans l'avenir, ce dernier participe à l'élaboration des organisations à mettre en place.

M. RIOU ajoute qu'il poursuit également l'objectif d'éviter des fractures entre les équipes des urgences et les autres membres de la communauté médicale.

Après avoir exprimé son accord avec la proposition de Mme BRESSAND, le **président** souhaite que la CME entende un bilan des réalisations des groupes de travail pour le début de l'année prochaine et retient l'idée d'une communication au nom de l'instance sur le thème de la crise sanitaire.

II - Indicateurs médicalisés d'activité et de performance.

1. Introduction.

La **directrice générale** rappelle les éléments de contexte qui ont conduit à proposer les indicateurs.

Tout d'abord, on constate que certaines équipes de soins sont épuisées et qu'elles estiment manquer de moyens. Or, un examen des résultats globaux de l'AP-HP montre que cette dernière dispose de moyens supérieurs à ceux des autres hôpitaux et cliniques et à la moyenne des centres hospitaliers universitaires. Ainsi, à fin juillet 2003, l'activité de l'AP-HP a baissé de 3 % par rapport à l'an passé, alors que dans le même temps les moyens en personnels ont crû de 1,2 %. L'écart se creuse avec les autres CHU qui ont connu une baisse d'activité moins importante qu'à l'AP-HP.

Par ailleurs, la médecine hospitalière évolue vite. De ce fait, certains moyens jugés antérieurement indispensables peuvent être réexaminés aujourd'hui.

Enfin, l'institution hospitalière est au service du public. Il en résulte que les moyens qui lui sont accordés doivent être mis au service des citoyens qui en ont besoin et que l'AP-HP est comptable de ceux qui lui sont alloués.

Les indicateurs médicalisés proposés ont pour objectif de donner des éléments d'appréciation aux directeurs d'hôpital et aux présidents de CCM pour utiliser plus efficacement les moyens disponibles et faire face à de nouvelles activités comme la mise en place de lits de gériatrie aiguë, ou à des événements conjoncturels comme l'épidémie de bronchiolite. Mme VAN LERBERGHE ajoute que le mécanisme de réallocation de moyens qui sera mis en place doit répondre aux besoins de proximité et à ceux des activités de référence, de l'enseignement et de la recherche. Dans ces domaines il s'agit de concentrer les moyens autour de centres performants, afin de constituer des masses critiques suffisantes pour faire face aux besoins tout au long de l'année.

M. HOUSSIN précise que les indicateurs médicalisés qui vont être présentés concernent les services cliniques. Ils mettent en regard l'activité mesurée par les données du programme médicalisé du système d'information (PMSI) et les moyens. Ils permettent des comparaisons entre les services de même discipline, ou entre hôpitaux et entre disciplines au sein de l'AP-HP ou avec des données régionales et nationales.

2. Présentation des indicateurs et analyse par service.

M. LEPAGE signale que les indicateurs reposent sur des données connues :

- *le taux d'occupation des lits brut* : journées d'hospitalisations constatées

(lits x 365) – (journées pour lits fermés pour travaux,
hôpital de semaine ou désinfection)

- *le taux d'occupation des lits corrigé* : journées d'hospitalisations constatées

(lits x 365) – (journées pour lits fermés pour toutes causes)

- *l'index de performance* rapporte la durée de séjour constatée dans un service à celle observée au sein de la base de référence, à GHM identique.

Un index de performance supérieur à 1 indique que la durée du séjour constatée est supérieure à celle attendue, à GHM identique.

Un index de performance inférieur à 1 témoigne d'une meilleure performance que la base de référence.

- *la proportion de séjours extrêmes* ayant une durée moyenne de séjour très supérieure à celle du GHM considéré et devant, dans le cadre de la tarification à l'activité, donner lieu à une valorisation particulière.

- *le nombre de séjours de moins de 24 heures* observés en hospitalisation classique.

- *la valeur du point de l'indice statistique d'activité (ISA) de chaque service* rapportée à la moyenne observée pour la discipline à l'AP-HP.

- *le poids moyen du cas traité* qui équivaut au nombre de points ISA générés par séjour dans le service, également rapportés à la moyenne de points ISA observés dans la spécialité considérée.

Ces indicateurs conduisent à l'élaboration de tableaux comparant les services soit au sein d'un hôpital, soit au sein d'un GHU. A l'aide d'exemples, M. LEPAGE illustre ce que peuvent démontrer les indicateurs. Ainsi, un service qui dispose d'un taux d'occupation correct, d'un index de performance établi à 0,6 (DMS inférieure de 40 % à la moyenne), d'un taux de séjours extrêmes de 3 %, d'un nombre de séjours de moins de 24 heures de 22, d'une valeur du point ISA inférieure à celle de la spécialité et d'un poids moyen du cas traité supérieur à celui de la spécialité, mériterait d'être favorisé lors d'une répartition des moyens.

Pour un service qui dispose d'un taux d'occupation satisfaisant, d'un index de performance de 1,3 (DMS supérieure de 30 % à la moyenne), d'une valeur de point ISA plus élevée que celle de la spécialité et d'un poids moyen du cas traité identique à celui de la spécialité, il conviendrait de s'interroger sur ses dépenses, qui peuvent être liées à une durée de séjour trop longue.

Si un service connaît un nombre de séjours de moins de 24 heures élevé montrant par exemple une occupation permanente de trois lits par des patients relevant d'un hôpital de jour, il conviendrait alors de se pencher sur la structure du service.

Enfin, un service au taux d'occupation bas, ayant un indice de performance de 1,4, une valeur de points ISA plus élevée que celle de la spécialité, un poids moyen du cas traité inférieur à celui de la spécialité, mériterait une analyse approfondie sur ses dépenses, son activité, sa structure.

3. Analyse par activité et par hôpital.

Mme BURONFOSSE présente à son tour une analyse de l'activité médicale selon une approche « hôpital » : le séjour hospitalier, synthèse de la contribution des différents services à la prise en charge du patient, est retenu comme une unité élémentaire d'analyse. Les prises en charge sont étudiées par segment d'activité. Ce dernier regroupe des GHM qui caractérisent les pathologies d'organe propres à chaque discipline médicale. L'activité médicale est appréciée par segment d'activité et par hôpital.

Après avoir distingué le caractère médical ou chirurgical du séjour, les indicateurs analysés portent sur la lourdeur des cas relevant du GHM, la part de marché de chacun des segments analysés, la durée du séjour.

Pour chaque critère, des comparaisons sont possibles soit avec des données de la base nationale, soit avec celles de la base régionale, soit avec celles des CHU, soit avec la moyenne de l'AP-HP.

Ces comparaisons permettent d'identifier des positionnements extrêmes de l'hôpital ou du segment d'activité par rapport à la référence choisie et d'initier de ce fait des analyses complémentaires pour comprendre les causes des positionnements extrêmes.

A l'issue de ces exposés, le **président** remercie les orateurs et ouvre la discussion.

M. SCHLEMMER en tant que président du groupe évaluation et finances estime tout d'abord que beaucoup de travail reste à faire pour permettre ces analyses et qu'il sera nécessaire de mobiliser les équipes dans les hôpitaux.

Puis, il formule trois séries d'observations.

La première concerne la qualité du codage. Le rôle de la commission médicale d'établissement doit être d'appeler l'attention des médecins sur l'importance d'un codage de qualité, eu égard aux enjeux qui en résulteront, notamment après la mise en oeuvre de la tarification à l'activité (TAA).

La deuxième porte sur le raisonnement par segment d'activité évoqué par Mme BURONFOSSE. Ainsi, par exemple sous la rubrique hématologie se retrouvent toutes les anémies hospitalisés en médecine ou en chirurgie, ce qui altère la représentation de la spécialité lourde et coûteuse d'hématologie au sein de l'AP-HP.

Par ailleurs, il se demande si, à segment d'activité équivalent il est possible de déterminer si le segment étudié dispose d'une même typologie de malades que celle du segment qui sert de référence (proportion d'urgences, proportion d'activités programmées).

En troisième lieu, il pense qu'il conviendra d'opérer un choix minutieux parmi les analyses à conduire, car ce choix aura valeur d'exemple. A ce titre, suggère-t-il, il serait préférable de commencer à étudier des activités qui ne posent aucun problème en termes de codage et en termes de typologie des recrutements.

M. CORIAT se réjouit, en tant que président de CCM, de constater que l'AP-HP met en place des référentiels pertinents.

Ses commentaires portent sur trois points.

D'une part, il indique que depuis trois ans l'ensemble du corps médical a pris conscience que le PMSI est un outil de dotation budgétaire.

D'autre part, les référentiels de performance présentés par M. LEPAGE sur les services de la Pitié-Salpêtrière, n'ont fait que confirmer les impressions du CCM pour 90 % des services de l'hôpital. Il estime donc qu'il s'agit d'outils pertinents de bonne qualité, qui peuvent être utilisés pour répartir les dotations budgétaires de façon adaptée en prenant en compte la performance des services et les missions de santé publique de l'hôpital.

Enfin, il rappelle qu'en dehors d'une réorganisation structurelle des services de l'institution, les hôpitaux et les CCM doivent organiser de façon prospective et planifiée la fermeture des lits en raison du manque de personnel afin que la contrainte conjoncturelle que représente le déficit en personnel paramédical ne limite pas plus qu'elle ne le devrait l'activité de l'ensemble de l'institution.

Mme FRANCES regrette que l'activité de consultation ne soit pas prise en compte dans l'évaluation, surtout pour les spécialités médicales, car les activités de consultation permettent de réduire l'hospitalisation et donc de diminuer le coût par pathologie. Par ailleurs, elle observe que l'activité intellectuelle n'est pas non plus intégrée dans ces évaluations.

Le **président** est d'accord avec cette remarque mais souligne que la tarification à l'activité tiendra compte des consultations.

M. GUILLEVIN fait quatre séries de remarques.

Tout d'abord, il s'interroge sur la durée de séjour comptabilisée en hôpital de semaine.

Ensuite, il observe que les services qui n'ont pas d'hôpital de jour, ont en conséquence, une durée de moyenne de séjour plus basse que ceux qui en sont dotés.

Par ailleurs, les services qui accueillent des patients en aval des urgences ont le plus souvent des durées de séjour plus longues que ceux qui n'assurent pas cette prise en charge. La cause principale provient des délais d'obtention d'exams complémentaires.

Enfin, il souhaiterait que comme dans certains établissements (hôpital de Saint Denis, Institut Montsouris) lors du codage des malades soit inscrit systématiquement et en temps réel le nombre de points ISA générés, ce qui accentuerait l'intérêt des médecins pour une optimisation du codage.

M. DASSIER indique que les anesthésistes souscrivent aux démarches engagées qui anticipent la tarification à l'activité et permettent des analyses comparatives pour allouer les moyens.

Il souligne l'importance du codage et de la personne qui va l'assurer. Si c'est un médecin, il en résultera une diminution du temps consacré aux soins. Aussi se demande-t-il s'il ne faudrait pas réfléchir sur la possibilité de confier cette mission à d'autres personnels (administratifs) afin de maintenir l'offre de soins.

Le **président** estime très pertinente cette observation.

Le **vice-président** met en exergue la dimension hospitalo-universitaire et souhaite qu'elle soit correctement valorisée.

M. MADELENAT trouve qu'effectivement certaines comparaisons ont des limites, comme par exemple celles qui portent sur des services disposant d'hôpitaux de jour et sur ceux qui n'en disposent pas et perdent ainsi des journées d'hospitalisations valorisées. Or, il rappelle que récemment la création d'hôpital de jour était taxée d'un rendu en nombre de lits classiques qu'il juge inacceptable. Il souhaite donc l'identification des structures d'hospitalisations classiques qui fonctionnent en hospitalisation de jour et conseille leur transformation qui serait de rentabiliser l'activité ambulatoire.

M. GOËAU-BRISSONNIERE estime très utile l'outil proposé et souhaite que l'activité de vasculaire périphérique apparaisse dans les disciplines chirurgicales.

M. NORDLINGER aimerait connaître la manière dont les lits fermés pour absence de personnel est comptabilisée dans le taux d'occupation.

M. HARDY s'interroge sur la pertinence de l'association dans un même tableau de segments d'activités recensés à partir du PMSI avec des activités comme la psychiatrie qui ne dispose pas du PMSI. **Mme BURONFOSSE** explique qu'il existe un segment d'activité appelé psychiatrie, toxicologie, intoxication et alcool. Il recense les hospitalisations pour tentative de suicide dans les disciplines de court séjour hors psychiatrie comme les urgences. A la suite cette réponse, **M. HARDY** prend note du fait que l'activité figurant dans le tableau n'est pas celle des services de psychiatrie, mais uniquement celle des services d'urgence.

M. LEPAGE apporte des réponses sur les points suivants :

Les lits fermés pour absence de personnel et les taux d'occupation.

Ces lits sont comptabilisés dans le taux d'occupation corrigé et ne le sont pas dans le taux d'occupation brut. Cependant, l'individualisation des journées perdues pour lits fermés en raison d'une absence de personnel nécessite un travail plus approfondi à conduire avec la direction chargée du système d'information.

Par ailleurs, pour tenir compte d'anomalies conjoncturelles, les taux d'occupation corrigés ou bruts retenus sont une moyenne des taux observés les trois dernières années (2000 – 2001 – 2002). Ce n'est que lorsque le taux d'occupation brut moyen des trois dernières années est inférieur à 70 % que certaines interrogations sont posées sur le fonctionnement du service.

L'hôpital de jour.

Un des indicateurs permet de relever le taux des hospitalisations de moins de 24 heures en hospitalisation classique et de mettre en regard le nombre de places d'hôpital de jour pour vérifier la cohérence de la structure avec l'activité. Par ailleurs, **M. LEPAGE** indique que le ratio d'un rendu de plusieurs lits classiques pour la création d'une place de jour n'est plus pratiqué.

L'hôpital de semaine.

La durée de séjour prise en compte est de cinq jours.

Le codage.

M. LEPAGE pense que ce dernier sera de qualité si l'information qui en résulte est utilisée.

Il convient maintenant de prévenir les services que les données codées seront utilisées pour constituer des indicateurs et qu'il s'agit pour eux de s'assurer de la qualité des codages pour négocier et se défendre. A l'échelon national, il en sera de même pour l'AP-HP, dans le cadre de la tarification à l'activité.

Par ailleurs, il estime que cette recherche de qualité implique un codage par des médecins seniors.

Quant à un affichage en temps réel des points ISA générés par le codage, il est prêt à l'étudier, mais souligne que dans ce cas le codage par le senior ne devra pas être fait sur un bout de papier et ressaisi sur ordinateur par la secrétaire, mais devra être réalisé directement par le médecin senior sur l'ordinateur.

Enfin, il propose de mettre en ligne sur le site web du service information et évaluation médicales le catalogue des points ISA par GHM.

La segmentation des séjours entre activités d'urgence et activités programmées.

M. LEPAGE rappelle que cette segmentation n'est pas possible actuellement. Il le regrette, car les comparaisons qui pourront avoir lieu entre le secteur privé et le secteur public dans le cadre de la TAA pourront être biaisées, le secteur privé ayant plus d'activités programmées que le secteur public. Il a alerté sur ce point la mission chargée de la mise en oeuvre de la TAA.

La valorisation des activités universitaires.

M. LEPAGE est d'accord pour approfondir ce point et signale que son service s'engage sur la création d'indicateurs de résultats.

Les consultations.

Il est vrai, indique **Mme BURONFOSSE**, que la diversité et l'importance des consultations ne sont actuellement pas prises en compte dans la valorisation des points ISA.

L'assurance maladie examine la possibilité d'élargir la classification des actes médicaux aux activités cliniques y compris les consultations. On peut donc espérer à l'avenir que soient individualisés des segments d'activité de consultations avec des tarifs différents.

Pour sa part, l'AP-HP a commencé à travailler sur ce point avec l'Ecole des Mines ce qui permettra d'alimenter la réflexion de l'assurance maladie.

Le **président** clôt le débat en rappelant l'importance du sujet traité et en se félicitant que le dossier avance.

III - Résultats du PMSI 2002.

1- Evolution de la production de points ISA entre 2001 et 2002 et évolution de la classification des activités médicales.

M. LEPAGE annonce que le nombre de points ISA générés en 2002 a été de 1 002 millions contre 1 031 millions en 2001, soit - 2,85 %.

Cette évolution n'est pas due à une modification de l'échelle de cotation qui a conduit à une légère augmentation du nombre de points obtenus (+ 0,98 %) mais provient de la baisse d'activité.

Cette baisse est supérieure à celles des autres CHU.

Par ailleurs, l'intervenant signale une nouvelle règle appliquée à la cotation : aucun séjour de moins de deux jours ne peut avoir de co-morbidité associée. Cette règle touche de plein fouet les établissements privés qui connaissent des durées de séjour très courtes avec des GHM assortis de co-morbidités associées.

Puis, M. LEPAGE illustre l'intérêt du codage des co-morbidités pour l'AP-HP. En effet, par rapport à la précédente classification, pour les GHM médicaux, le nombre de points ISA générés augmente de 23,7 % pour les GHM avec co-morbidités associées (CMA) et diminue de 7,7 % pour les GHM sans co-morbidité associée. Ainsi, depuis cette année, le codage d'un diagnostic associé classant dans un GHM avec CMA conduit en médecine à une augmentation moyenne de 126 % du nombre de points ISA générés par rapport au même GHM sans CMA. Ceci est moins vrai pour les GHU chirurgicaux dont le nombre de points ISA augmente de 5,15 % avec CMA et diminue de 4,65 % sans CMA.

M. LEPAGE conclut son intervention en indiquant qu'il est indispensable que les médecins apportent un soin particulier au codage des diagnostics associés.

La discussion ayant été ouverte, **Mme DEGOS** souhaiterait avoir la confirmation que le dispositif informatique ne prend pas en compte plus de deux co-morbidités associées.

M. LEPAGE lui répond qu'une seule co-morbidité suffit mais qu'il faut choisir celle qui correspond à un diagnostic classant dans le GHM avec co-morbidité associée.

Il souligne aussi que dans le cadre de la tarification à l'activité, le contrôle des tutelles sera plus fréquent et aura pour objectif d'obtenir une exhaustivité de l'information.

Le **vice-président** recommande une professionnalisation du codage et estime qu'il faut que les équipes médicales disposent d'outils de codage actualisés pour parvenir à une performance optimale.

Le **président** insiste à son tour sur ce point.

M. LEPAGE précise qu'en raison de la mise en place de la classification commune des actes médicaux, le codeur, pour la partie acte, ne peut être que celui qui réalise l'acte.

Par ailleurs, il conviendra de créer des liens entre le dossier médical informatisé, de la prescription informatisée et le PMSI. En effet, le PMSI devrait devenir un sous-produit du dossier médical informatisé.

Enfin, M. LEPAGE s'engage à ce que des outils adaptés de codage soient mis à la disposition du corps médical.

2- Résultats relatifs au coût du point ISA pour l'année 2002.

M. PINARDON explique que les résultats 2002 sont présentés sous deux formes.

- *La valeur officielle* du point ISA qui sera retenue dans les statistiques officielles. Elle prend en compte les dépenses qui ressortent du compte administratif de l'année 2002.

La valeur officielle du point ISA est de 2,53 € pour 2002 soit une augmentation de 0,15 € par rapport à 2001 (+ 6,4 %).

- *La valeur économique* du point ISA, qui intègre un report de charges sur 2003 des dépenses effectuées en 2002 (100 millions d'euros). Cette valeur est de 2,60 € en 2002 contre 2,40 € en 2001, soit une augmentation de + 8,1 %.

La valeur du point ISA de l'AP-HP a subi une croissance plus forte que celle observée dans les autres hôpitaux de l'Ile de France (+ 5,2 %) et autres CHU (+ 5,9 %).

L'augmentation de la valeur économique du point ISA entre 2001 et 2002 a pour cause :

- l'effet de la baisse d'activité :	0,07 €
- l'effet de la hausse des dépenses :	0,13 €
dont dépenses en personnel :	0,05 €
dépenses médicales :	0,06 €
dépenses hôtelières :	0,01 €
amortissements :	0,01 €

Par type de service, l'augmentation des dépenses de treize centimes d'euros provient de :

- services cliniques :	0,09 €
- services médico-techniques :	0,06 €
- services administratifs et logistiques y compris le siège :	- 0,02 €

L'analyse par l'hôpital montre une amplitude importante des valeurs du point ISA selon les hôpitaux.

Le **président** remercie M. PINARDON de son exposé et donne la parole aux membres de la CME.

M. NORDLINGER s'étonne d'une différence de valeur du point ISA de 60 % entre l'hôpital le plus cher et l'hôpital le moins cher. Si on enlève l'hôpital le plus coûteux, l'écart est encore de 30 %.

A son avis, il serait judicieux de ne pas demander le même effort aux hôpitaux qui coûtent le moins cher et à ceux qui coûtent le plus cher, sous peine de s'interroger sur le bien fondé des cotations.

M. SCHLEMMER souhaite une explication sur les causes des baisses d'activité, importantes dans certains hôpitaux, plus faibles dans d'autres. S'agit-il des conséquences de fermetures de lits pour travaux ou manque de personnel, ou d'un défaut d'attractivité ?

M. DUSSAULE demande si l'augmentation de la valeur du point ISA observée dans les autres hôpitaux de l'Ile de France est due à un affaiblissement de l'activité.

M. PINARDON précise que la baisse d'activité dans les autres hôpitaux de la région a été en moyenne de 2 %. Cette baisse a été de 1 % pour les CHU autres que l'AP-HP.

Par ailleurs, il adhère à l'observation faite par M. NORDLINGER. Les disparités observées doivent entraîner des analyses pour cibler les actions de productivité à court et à moyen terme.

En réponse à M. SCHLEMMER, il indique que les causes des baisses d'activité nécessitent une analyse plus approfondie.

M. LEPAGE confirme que son service s'engagera avec la commission évaluation et finances à cerner les causes d'une baisse d'activité pour savoir notamment si elle est plutôt liée à un problème d'organisation, si elle profite au secteur privé ou aux autres hôpitaux du secteur public.

Le **président** estime que cette étude est essentielle. L'arrivée de la tarification à l'activité qui permettra de répartir les moyens entre le secteur privé et le secteur public à partir d'un seul financement doit donner lieu à une vigilance accrue, car il est manifeste que les buts de l'un et l'autre secteur sont différents.

M. LE HEUZEY relève qu'à la fois, l'AP-HP peut se féliciter d'avoir mené à bien, notamment pendant l'été, une mission de service public dans un contexte difficile et qu'en même temps les résultats chiffrés de ses performances sont beaucoup moins satisfaisants. Il souligne que ce paradoxe existe depuis des années et qu'il est excessivement difficile de satisfaire simultanément aux deux objectifs : la mission de service public d'une part et les performances d'autre part, dans les domaines hautement concurrencés par le secteur privé.

M. GARNIER, directeur économique et financier, se déclare très heureux de participer pour la première fois à la CME.

Il indique, que dans le cadre de la préparation des instructions budgétaires, il a été décidé de fixer des objectifs différenciés selon les établissements en fonction de leur performance actuelle mesurée par les différents indicateurs qui viennent d'être présentés et qui seront simplifiés. Les axes de progrès seront également différenciés selon le type d'activité médicale, compte tenu des objectifs assignés à certaines fonctions. Des indicateurs adaptés seront aussi utilisés pour déterminer les axes de progrès des plateaux techniques.

IV - Avis sur des fiches de missions et structure.

M. MADELENAT engage l'examen du dossier relatif aux fiches de missions et structure.

A) Dossiers sans débat important.

Saint Louis :

- *Modification du service de chirurgie au départ à la retraite du Pr CLOT le 1^{er} septembre 2003, par fusion avec le service de chirurgie générale B et transformation de l'intitulé du service qui devient service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne.*

Cette restructuration qui comporte une réduction globale des lits a été acceptée sans discussion.

Tenon :

- *Révision du service des maladies infectieuses et tropicales suite à la vacance de la chefferie du service des maladies infectieuses et tropicales.*

La fiche présentée à l'occasion d'un renouvellement prévu de la chefferie de service, est identique à celle élaborée lors de l'installation du chef de service actuel.

B) Dossiers avec débat.

Pitié-Salpêtrière :

- *Création d'une unité fonctionnelle de chirurgie générale à orientation gynécologique rattachée au service de chirurgie générale et digestive du Pr Chigot avec suppression simultanée du service de chirurgie générale à orientation gynécologique.*

Les chirurgiens viscéraux ont tenu à conserver l'unité fonctionnelle de chirurgie générale à orientation gynécologique en leur sein ce qui explique le rattachement proposé.

Cependant, M. MADELENAT attire l'attention sur trois difficultés que lui semble comporter ce rattachement.

La première porte sur un doublon d'activités puisque certaines sont pratiquées par le responsable de l'unité fonctionnelle et par le successeur pressenti au 1^{er} septembre 2004 de l'actuel chef de service de gynécologie-obstétrique. La deuxième tient à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse qui, très ponctuelle sur le site, risque de diminuer encore. La troisième regarde la continuité des soins. Les internes de chirurgie générale à orientation gynécologique doivent s'associer aux internes du service de gynécologie-obstétrique pour bâtir le tableau de garde. Aussi, faut-il espérer que le responsable de l'unité fonctionnelle continuera à pratiquer la chirurgie gynécologique de manière préférentielle afin que les internes qui se destinent à cette spécialité choisissent de se former dans cette structure et confortent la continuité des soins.

A une question de M. BERNAUDIN relative à la prise en charge de l'oncologie gynécologique, M. MADELENAT répond qu'il existe une concurrence dans le domaine de la statique pelvienne entre l'unité fonctionnelle et le service de gynécologie-obstétrique. En revanche, l'activité oncologique s'exercera de manière prépondérante dans l'unité fonctionnelle.

En sa qualité de chef de clinique assistant dans l'un des services cités, M. NAZAC observe que pour l'avenir, les choix en matière de restructuration doivent viser la stratégie et la pertinence plutôt que s'appuyer sur des considérations d'ordre personnel.

Selon lui, la logique tendait vers la création d'une fédération entre le service de gynécologie-obstétrique et celui de chirurgie générale à orientation gynécologique, création rendue impossible pour des questions de personnes. Il ne faudrait pas perdre l'excellence de la chirurgie gynécologique à l'AP-HP, déjà délaissée par l'Hôtel Dieu. Il convient, estime-t-il, que l'institution réfléchisse à une stratégie pour préserver l'activité concernée et ce dès qu'elle émet un avis sur la nomination d'un chef de service. Aussi, il faudrait respecter les choix décidés sur des critères d'excellence et ne pas faire intervenir les considérations personnelles de telle ou telle personne.

M. CORIAT déclare que la solution préconisée par M. NAZAC passait par la création d'un département, puisqu'il fallait regrouper deux services de spécialité différente (obstétrique et chirurgie générale). La nomination de son responsable, chirurgien ou obstétricien, était difficile à arrêter. Par contre, le responsable de l'unité fonctionnelle du service de chirurgie gynécologique s'est engagé à prendre contact avec le futur chef de service de gynécologie-obstétrique afin de créer une FAMA, pour harmoniser les activités de ces deux services. Il insiste sur le fait qu'aucune mésentente n'a prévalu au choix de la structure, les chirurgiens ayant souhaité se regrouper au sein d'un département de chirurgie unique, conformément au plan d'organisation des services de chirurgie de la Pitié-Salpêtrière.

Pour l'intérêt de la chirurgie gynécologique, **M. NAZAC** espère que l'avenir confortera ce choix et que le projet de fédération aboutira. La perte de cette activité d'excellence sur ce site se révélerait dommageable pour la formation des internes, pour les chefs de clinique assistants, pour les patientes et au final pour l'AP-HP.

Rothschild – Charles Foix – Jean Rostand :

- *Modification du rattachement de l'unité fonctionnelle transitoire de gériatrie située sur le site Rothschild.*

M. MADELENAT déclare que l'objet des discussions suscitées en groupe des structures par la lecture de cette fiche sera développé par **M. PIETTE** au cours de la réunion d'octobre du groupe des structures.

Les fiches de missions et structure sont adoptées à l'unanimité moins 1 voix.

V - Constitution de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins et désignation de ses membres.

M. ANTONINI informe l'assemblée que par arrêté ministériel du 30 avril 2003, la commission de l'organisation de la permanence des soins se substitue à la commission des gardes et astreintes. En raison de l'organisation de l'AP-HP, le projet de constitution de cette commission distingue deux niveaux d'attribution des missions. La commission centrale définit les orientations générales et s'assure du respect de ces orientations par les hôpitaux tandis que les commissions locales disposent d'une marge importante dans l'exercice de leur charge.

La composition proposée de la commission centrale (cf. document remis aux membres de la CME) comprend des praticiens membres de la CME et d'autres extérieurs à l'instance selon une répartition équilibrée entre les disciplines.

En réponse à une question de **M. DRU** relative au guide portant sur l'organisation des activités en temps médical continu, **M. ANTONINI** répond que ce guide sera le premier projet soumis à cette commission.

La constitution et la composition de cette commission reçoivent l'aval de la CME.

VI - Avis sur des contrats d'activité libérale.

M. ANTONINI fait connaître qu'une ordonnance de simplification administrative publiée au Journal officiel du 6 septembre 2003 ouvre de nouveau la possibilité pour praticiens qui exercent une activité libérale de percevoir directement les honoraires afférents. Elle prévoit également la transmission des relevés du système national d'informations interrégimes (SNIR) que tiennent les caisses primaires d'assurance maladie au président de la commission d'activité libérale et au directeur d'hôpital. Un avenant aux contrats en cours de validité permettra à chaque praticien de choisir l'encaissement direct ou celui organisé par la régie de l'hôpital.

Les renouvellements et les nouveaux contrats d'activité libérale soumis à l'instance sont approuvés par 19 voix ; 9 membres votent contre et 5 s'abstiennent.

VII - Information sur la désignation de responsables d'unités fonctionnelles.

La CME prend connaissance des propositions de désignation de responsables d'unités fonctionnelles par les CCM, conformément à la délégation de compétence inscrite dans le règlement intérieur de l'instance.

Le **président** souhaitant une progression sur le dossier de délégation de compétences de la CME aux CCM, **M. MADELENAT** signale que M. LE HEUZEY présentera ses travaux sur le sujet le mois prochain au groupe des structures.

VIII- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants le 1^{er} septembre 2003.

L'information porte, indique **M. ANTONINI** sur la nomination et le renouvellement par le préfet de soixante consultants. Quinze demandes n'ont en revanche, pas été retenues par le préfet de région. Il précise qu'un recours en référé a été engagé par une partie des praticiens dont la nomination ou le renouvellement en qualité de consultant n'a pas été retenue.

M. de PROST estime que le sujet requiert des règles strictes et claires de la part du ministère lequel laisse entendre que chacun pourrait bénéficier du consultanat tandis qu'il ne précise ni les modalités ni le financement.

M. MADELENAT observe que l'idée se répand que l'attribution des postes de consultant pourrait se généraliser dans l'avenir. Il lui semble utile de définir les missions et les limites du consultanat car certains collègues pourraient penser que cette fonction leur offre la possibilité de les prolonger pour trois ans dans leurs prérogatives de chefs de service. Les conflits qui seraient susceptibles d'en résulter avec leurs successeurs ne doivent pas être sous-estimés si certaines barrières ne sont pas clairement définies.

Précédemment en voie d'extinction le cadre des consultants se pérennise, déclare **M. HOUSSIN**. Il convient d'abord de recenser l'ensemble des missions exercées par les consultants aujourd'hui puis d'identifier les tâches qui pourraient être dévolues à de futurs consultants, par exemple le portage de projets de maîtrise d'ouvrage ou la participation à l'organisation de la recherche clinique.

A partir de la liste obtenue, la CME s'emploiera à bâtir un catalogue de missions possibles. Sur cette base, on pourrait se livrer à une sorte d'appel d'offres et ainsi recueillir le meilleur de l'expérience acquise par les consultants.

Le **président** donne son accord pour lancer une telle étude à la condition que le ministère fixe ses règles. Puis à l'adresse de **M. BERNAUDIN**, il indique que pour l'heure, le consultant dispose du droit de poursuivre une activité libérale. Toutefois, cet élément pourra être discuté et intégré éventuellement dans les critères de nomination.

IX - Avis sur des modifications des règlements intérieurs de la CME et du CCM (mise à jour des règles de délégation après parution du nouveau statut de praticien attaché).

M. ANTONINI annonce que la parution du nouveau statut de praticien attaché nécessite une actualisation du règlement intérieur de la CME et de celui des CCM, pour tenir compte de la modification de l'intitulé du statut de ces personnels médicaux. Le principe d'une délégation complète de la gestion des ces praticiens auprès des CCM est maintenue.

Les modifications sont entérinées à l'unanimité moins 2 abstentions.

X - Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juillet 2003.

Le compte-rendu est adopté sans observation.

XI - Questions diverses.

1- Coût et impact financier des mesures statutaires concernant le personnel médical.

M. de PROST rappelle que le tableau remis aux membres de la CME fait suite à la demande qu'ils ont exprimée lors de sa dernière réunion.

M. HOUSSIN précise que ce tableau a été établi conjointement par la direction de la politique médicale et la direction économique et financière.

Il recense le coût réel annuel des mesures intervenues en 2000 – 2001 – 2002 – 2003 et indique leur couverture financière.

On observe pour les mesures les plus récentes un décalage entre le coût réel des mesures et le crédit obtenu des tutelles.

Le financement des mesures de l'année 2003 est soit en cours de négociation, soit en cours de mise en oeuvre.

2- Programmation et localisation des lits fermés pour raisons conjoncturelles (manque de personnel, manque de malade).

M. CORIAT appelle l'attention de la CME sur deux points.

Certains présidents de CCM, soucieux d'économiser le temps médical et soignant, souhaitent organiser une meilleure planification des lits fermés faute de personnel. Ces lits, lorsqu'ils sont situés à proximité des plateaux techniques ou lorsqu'ils ont une localisation stratégique pour l'hôpital devraient être occupés par des malades provenant d'autres services que celui dont les lits sont fermés. Cette organisation passe par un regroupement de l'ensemble des lits fermés dans un service et par la mise à disposition de ces lits fermés à d'autres services, dans le cadre de démarches améliorant le fonctionnement de l'institution.

Par ailleurs, la fermeture par manque de personnel puis la réouverture des lits sont souvent faites de façon aléatoire dans les services. Il serait souhaitable que les services conduisent des démarches prévisionnelles, définissant le nombre de lits qu'il est possible de laisser ouverts en continu trimestre par trimestre.

Sur ces points, ils souhaitent un cadrage de la CME.

Le **président** estime qu'il s'agit d'une question de fonctionnement de l'hôpital qui concerne le directeur de l'hôpital et le président de CCM.

M. AIGRAIN pense qu'effectivement, il faudrait donner une liberté de manoeuvre aux présidents de CCM, pour qu'en coordination avec l'administration ils puissent redistribuer les lits en fonction des projets stratégiques. De même, le personnel disponible doit pouvoir être redéployé vers le service qui en a besoin.

Mme BRESSAND considère aussi que lorsqu'il y a un problème de capacité d'hébergement dans une unité, il faut pouvoir utiliser les lits disponibles dans d'autres unités.

3- Enveloppe du progrès médical.

M. PIETTE fait état d'une note du directeur de la politique médicale à l'attention des présidents de CCM leur annonçant qu'il n'existait pas pour 2003 d'enveloppe de progrès médical.

Il s'étonne tout d'abord, que le président de la CME n'ait pas eu connaissance de cette note.

Sur le fond, il est inquiet pour le financement de certains progrès réalisés en gérontologie, notamment dans le traitement de certaines maladies dégénératives, qui pourraient conduire à des dépassements budgétaires.

M. HOUSSIN indique qu'à la suite d'une erreur, le président de la CME n'a effectivement pas été destinataire de cette note dans un premier temps, mais que depuis cette erreur a été corrigée.

C'est en réponse à certaines interrogations des hôpitaux que ce courrier a été rédigé pour faire un point sur la situation actuelle.

A côté de l'appel d'offres de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) sur les innovations, diagnostics et thérapeutiques coûteux qui court pour deux ans, des financements inclus dans le budget des hôpitaux mais ciblés de la DHOS pour couvrir les dépenses concernant certaines innovations (ex : molécules anti-cancéreuses coûteuses), il y avait depuis quelques années, un appel d'offres interne à l'AP-HP financé par le budget de l'AP-HP. C'est ce dernier qui est concerné par la note adressée aux présidents de CCM.

Deux difficultés ont conduit à ne pas mettre en oeuvre cette enveloppe médicale en 2003 : un calendrier trop serré qui rendait le processus difficilement réalisable et surtout la situation financière très détériorée de l'AP-HP.

Il est cependant possible de reconsidérer la démarche pour 2004 ou pour 2005 en ciblant l'appel d'offres sur une politique médicale prioritaire. En revanche, la procédure exemplaire utilisée précédemment pourrait être reconduite.

M. SCHLEMMER rappelle que le groupe évaluation de la précédente formation de la CME s'était beaucoup impliqué dans le processus d'évaluation et d'allocation des enveloppes. Il estime aussi qu'il faudra conserver les avantages de la procédure qui avait été mise en place pour aider des équipes à s'investir dans l'innovation.

4- Fonctionnement des GHU.

M. FAGON déclare que les présidents de CCM souhaitent des règles du jeu précisant le fonctionnement des GHU et les relations entre les hôpitaux et les disciplines. En effet, ces derniers ont beaucoup travaillé pour établir des projets intéressants. Il s'agit maintenant de créer une interface évaluant leur cohérence avec les projets des GHU.

Le **président** et **M. HOUSSIN** partagent la préoccupation exprimée par **M. FAGON**. **M. HOUSSIN** suggère que le groupe prospective et stratégie de la CME engage une réflexion sur la vision par la CME des missions stratégiques et de l'organisation des GHU et de leurs articulations avec la CME et les CCM.

M. RICHARD précise que le groupe prospective et stratégie au sein duquel siègent deux doyens (MM. DHAINAUT et LE BOURGEOIS), a mis ce point à l'ordre du jour de sa réunion jeudi prochain. A cette réunion a été convié un directeur de GHU (**M. LEPERE**).

5- Recherche clinique et médicaments.

M. LEVERGE fait part de l'émotion de ses collègues pharmaciens qui dispensent et contrôlent la qualité des médicaments qui font l'objet d'un essai clinique.

Une note a circulé cet été, après avoir transité par la Fédération Hospitalière de France (FHF) faisant de nouvelles propositions quant aux financements des surcoûts engendrés par cette dispensation, qui si elles étaient appliquées, réduiraient très fortement ces financements.

Si cette négociation officieuse se mettait en oeuvre entre la FHF et certaines directions hospitalières, les pharmaciens de l'AP-HP arrêteraient totalement la prestation prévue par la circulaire d'application de la loi Huriet.

Le **président** propose que ce point soit développé au sein du groupe de recherche et université de la CME et lors de la réunion prochaine de la CME qui portera sur la recherche.

M. BERNAUDIN signale qu'à la réunion du LEEM et de la FHF à laquelle il représente la CME, **M. BEST** a fait part de la note à **M. LEVERGE**.

6- L'enveloppe dévolue à l'AP-HP dans le cadre du plan hôpital 2007.

M. RYMER voudrait connaître d'une part le montant de l'enveloppe financière dévolue à l'AP-HP dans le cadre du plan hôpital 2007, estimée par la presse à 85 millions d'euros, d'autre part la méthodologie d'attribution en 2004 de ces crédits, dans les hôpitaux de l'AP-HP.

M. HOUSSIN explique que le montant est bien celui-là pour 2003. Il s'agit d'une enveloppe d'investissements qui servira à financer d'une part des projets individualisés et d'autre part des projets transversaux portant sur la mise en conformité des PUI, la mise en conformité des centres d'odontologie, la cancérologie, la mise à niveau technique du parc des équipements lourds.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 40.

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

Mardi 14 octobre 2003 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} octobre 2003 à 16h30.

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.