

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 8 FEVRIER 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 12 AVRIL 2011**

SOMMAIRE

I. Information du président de la CME	3
II. Structuration en pôles de l'AP-HP : méthodologie et calendrier, nomination des chefs de pôle, délégation de gestion	8
III. Présentation des thématiques prioritaires pour l'année 2011	10
IV. Procédure et calendrier des autorisations d'activités de soins	14
V. Les enjeux de la gériatrie à l'AP-HP	17
VI. Déploiement de la base de données évaluation des pratiques professionnelles	20
VII. Permanence des soins : point d'étape (propositions des groupes hospitaliers – présentation de la procédure de travail)	21
VIII. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011	23
IX. Information sur les résultats de la révision des effectifs en odontologie au titre de l'année 2011	23
X. Avis sur des contrats d'activité libérale	23
XI. Approbation du compte rendu de la séance du 7 décembre 2010	23
XII. Questions diverses	24

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Structuration en pôles de l'APHP : méthodologie et calendrier, nomination des chefs de pôle, délégation de gestion (*Pr Hardy - M. Pinson - Pr Coriat*)
- 3- Présentation des thématiques prioritaires pour l'année 2011 (*Mme Veil*)
- 4- Procédure et calendrier des autorisations d'activités de soins (*Mme Lalardrie*)
- 5- Les enjeux de la gériatrie à l'AP-HP (*Dr Sebbane - Dr Holstein*)
- 6- Déploiement de la base de données évaluation des pratiques professionnelles 2010 (*Dr Perier*)
- 7- Permanence des soins : point d'étape (propositions des GH – présentation de la procédure de travail) (*M. Hubin*)
- 8- Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011 (*M. Hubin*)
- 9- Information sur les résultats de la révision des effectifs en odontologie au titre de l'année 2011 (*M. Hubin*)
- 10- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 11- Approbation du compte-rendu de la séance du 7 décembre 2010.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation à titre provisoire des chefs de pôle
- Avis sur la désignation à titre provisoire des chefs de service
- Avis sur une demande de mutation interne d'un PU-PH
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des premières demandes et demandes de renouvellement de prolongation d'activité des praticiens hospitaliers.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH en odontologie.

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr. BROUTIN, Médecin inspecteur de l'ARS
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr AIACH
 - M. le Pr BERCHE
 - M. le Pr SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - Mme FAUGERE, directrice générale,
 - Mme RICOMES, Secrétaire générale,
 - Mme AULONG, directrice de la Communication,
 - M. BURDET, directeur adjoint des Ressources Humaines
 - M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
 - M. JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients
 - M. MORIN, directeur des Affaires Juridiques
 - M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

 - Mme BLUM BOISGARD, chargée de mission auprès de la directrice générale
 - M. DEGUELLE, directeur de Cabinet
 - M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
 - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
 - M. PINSON, direction de la politique médicale,

- ***membres excusés :***
 - Mme le Dr M.C. DURAND, Mme le Dr DESOUCHES, Mme le Pr P. GAUSSEM, Mme le Dr V. GIRAUDEAUX, Mme le Dr G. VIDAL-TRECAN

La séance est ouverte à 8 heures 40, sous la présidence de M. CORIAT.

I. Information du Président de la CME

Le Président indique avoir informé le Ministre de la Santé, Xavier Bertrand, des lignes directrices de son action en insistant sur deux demandes portées par la CME. La première est d'obtenir un investissement supérieur aux capacités d'autofinancement de l'AP-HP, le Ministre renvoie pour cela au deuxième volet de l'opération Hôpital 2012. La seconde demande porte sur une valorisation équitable des activités des CHU. En réponse, le Ministre a annoncé sa volonté de diminuer les tarifs de plusieurs groupes homogènes de malades pris en charge en routine, pour permettre une augmentation de la dotation des MIGAC et valoriser équitablement l'activité de l'AP-HP. Cette promesse ne pourra cependant être mise en œuvre qu'en 2012 et va à l'encontre des recommandations émises par le Président du Conseil de surveillance, Raoul Briet dans son rapport. Le Président Coriat, qui a défendu ces deux demandes au nom de la CME, affirme sa volonté de continuer à les porter. Parallèlement, il est demandé à la communauté médicale de mener à bien les restructurations pour moderniser l'offre de soins. Ceci lui permettrait également d'obtenir des réponses positives à ses demandes. A cet égard, les synergies entre la DPM et la CME sont fondamentales.

Le Président souhaite attirer l'attention de la CME sur la place de l'instance dans les processus de décision concernant le découpage des pôles et la nomination des chefs de pôle. Le calendrier des élections de la CME (septembre 2011) impose de définir les collèges en juin, notamment celui des chefs de pôle, et de valider leur nomination fin mai lors d'une CME extraordinaire. La commission des effectifs et du temps médical analysera préalablement les candidatures et mènera une instruction sur le terrain. Ce sujet pose par ailleurs le problème des consultants chefs de pôle, encore impossible à ce jour. Le 8 mars prochain, le sénateur Fourcade doit déposer un amendement à la loi HPST, introduisant la possibilité que les consultants puissent exercer en tant que chefs de pôle. Il importe que la CME définisse une règle claire en la matière. Le Président insiste également sur le rôle de la CME dans le découpage des pôles, au regard de son importance médicale, et rappelle sa portée universitaire. Le sujet sera instruit préalablement par la commission des structures. Dans ce cadre, il convient de promouvoir le département hospitalo-universitaire (DHU) parallèlement aux instituts hospitalo-universitaires (IHU) en sachant que plusieurs partenaires témoignent déjà d'un vif intérêt pour les premiers, comme l'INSERM. La CME doit prendre sa place dans cette démarche et les recommandations de la DPM sont attendues sur le sujet.

M. BERCHE souligne deux difficultés principales pour les DHU : leur mode de financement, d'une part, et leur mode d'évaluation, d'autre part. Il suggère de flécher les MERRI vers les structures érigées en DHU et en partie vers les pôles, tout en interrogeant l'intérêt d'être DHU, la règle du jeu n'étant pas encore connue.

Le Président répond que la règle du jeu sera fixée avec les universités, en lien avec la CME. Le DHU exerce une attractivité certaine. Il serait intéressant de monter un groupe de travail sur le sujet.

Il souhaite ensuite évoquer la création de la Commission centrale de concertation avec les usagers, présidée par la Directrice générale et qui a pour missions de conduire un dialogue institutionnel avec les usagers, de travailler de façon complète et transversale sur les sujets relatifs aux droits des patients dans le but de formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité de la

prise en charge des usagers et de la promotion de leurs droits. Sollicité par le Directeur des affaires juridiques pour nommer quatre représentants de la CME pour y siéger, il a proposé Madame MAUGOURD et Monsieur DEVICTOR en qualité de titulaires et Madame VIDAL-TRECAN et Monsieur RYMER suppléants, et les remercie d'avoir accepté cette mission.

Pour conclure ce premier point de l'ordre du jour, **le Président** souhaite aborder le sujet de la facturation des chambres individuelles et cède la parole à la Directrice générale.

La Directrice générale indique que depuis le 1^{er} février, l'AP-HP expérimente la facturation des chambres individuelles. Celle-ci soulève des interrogations, voire des incompréhensions, il semble donc utile de revenir sur le sujet, préalablement débattu en conseil de surveillance et une première évaluation y sera faite en mars prochain.

Le code de la sécurité sociale et de la santé publique ouvre la possibilité pour les établissements de santé de mettre en place un régime particulier, dont la tarification des chambres individuelles aux patients qui en font la demande. Cette mesure, envisagée par la précédente direction en 2010, est déjà appliquée dans la plupart des CHU et hôpitaux généraux. Dans le cadre du plan Hôpital 2012, il a été demandé dégager des recettes supplémentaires en utilisant cette possibilité. Ce sujet n'est donc ni nouveau, ni spécifique à l'AP-HP.

La possibilité de la facturation de la chambre individuelle est ouverte aux hôpitaux de courts et moyens séjours et doit respecter des principes fondamentaux : le patient qui doit avoir une chambre individuelle pour des raisons médicales et les patients en fin de vie ne sont pas concernés, de même que ceux hospitalisés en réanimation, en soins intensifs, en psychiatrie, en soins urgents et les patients relevant de la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale Etat (AME). La séparation hommes/femmes et majeurs/mineurs doit également être respectée. Les cas d'application sont donc limités et reposent sur l'acceptation du patient et du médecin. L'expérimentation a commencé depuis une semaine sur cinq sites : Pitié-Salpêtrière, Bichat (cardiologie et urologie), Beaujon (neuroradiologie interventionnelle), Bretonneau (SSR) et Avicenne (chirurgie thoracique et vasculaire). Une formation a été dispensée aux personnels chargés des admissions et des supports d'information sont en cours de test. L'objectif est de vérifier que le choix du patient est éclairé (compréhension des procédures et incidence financière) et d'évaluer la proportion des patients susceptibles d'être concernés, l'étendue de la couverture de la mutuelle et les contraintes administratives de sa généralisation. L'application du dispositif suit les recommandations légales et vise à dégager des recettes supplémentaires pour l'hôpital, remboursées au patient par sa mutuelle. Ces recettes participent à l'investissement réalisé pour l'amélioration des chambres et l'humanisation de l'hôpital. La mesure serait appliquée dans le respect des principes fondamentaux évoqués précédemment et de la bonne compréhension du rôle de la mutuelle.

Cette opération est menée en association avec les représentants des usagers. Enfin, le prix proposé de 45 euros, correspond à la fourchette basse du tarif appliqué dans les autres CHU. Si l'expérimentation s'avère concluante, l'AP-HP intégrera cette possibilité dans son règlement intérieur.

M. LYON-CAEN précise qu'officiellement, il n'existe pas de service de neuroradiologie à l'hôpital Beaujon.

Le Président répond que les financements de la neuroradiologie à l'hôpital Beaujon ont été gelés dans l'attente des conclusions du groupe Neurosciences. Il rappelle que ce service a été développé

par le précédent directeur général sans information de la communauté médicale. Or la neuroradiologie fait désormais partie des activités soumises à l'autorisation de l'ARS (SIOS et SROS). Il convient donc d'attendre les résultats du groupe de travail mis en place sur le sujet pour prendre position.

M. LYON-CAEN demande à M. Ruzniewski s'il existe un service de neuroradiologie interventionnelle fonctionnel à l'hôpital Beaujon. Le cas échéant, le manque de transparence qui entoure ce sujet est regrettable.

M. RUSZNIEWSKI confirme l'existence de ce service. Il précise que l'hôpital Beaujon souhaitait développer ses activités de neuroradiologie interventionnelle du fait de la nomination d'un collègue nommé dans l'UFR depuis plusieurs années mais qui travaillait à la Fondation Rothschild. Ce dossier a été instruit, en son temps, avec la Direction générale et la DPM. Les moyens d'ouverture du service ont été attribués et les lits seront ouverts prochainement.

M. MUSSET rappelle avoir réalisé un rapport complet en janvier 2009 sur la neuroradiologie interventionnelle, à la demande du Président de la CME. Il se demande quel intérêt il peut y avoir à attendre des conclusions du groupe de travail si le service est déjà ouvert.

Le Président rappelle que le précédent Directeur général a pris la décision d'ouvrir un service de neuroradiologie interventionnelle à l'hôpital Beaujon malgré les arguments opposés par la CME. Il a lui-même regretté que l'instance ne soit pas associée au sujet. La nouvelle Direction générale a demandé la suspension des investissements et du fonctionnement du service dans l'attente des résultats du groupe de travail sur les neurosciences.

M. LYON-CAEN estime que la gestion des dossiers manque de transparence en CME. Il serait souhaitable de ne pas poursuivre dans cette voie. Concernant la facturation des chambres individuelles, M. LYON-CAEN rappelle que le service public se fonde sur le principe de l'égalité de l'accès aux soins, dont l'environnement fait partie. Intégrer une discrimination financière romprait ce principe et constitue un frein à l'évolution de l'hôpital. Enfin, cette mesure se heurte à de grandes difficultés de réalisation. Réintroduire une facturation des chambres individuelles constitue un retour en arrière et un alignement sur le secteur privé.

M. MUSSET partage cette position, d'autant plus que les mutuelles ne compensent pas toutes le prix des chambres individuelles et que cette mesure conduirait à augmenter les cotisations, les rendant de fait moins accessibles. L'évolution de l'hôpital public ne doit pas être celle d'une médecine à deux vitesses, où seuls ceux qui en auraient les moyens pourraient s'offrir une chambre individuelle.

M. FAIN croit savoir que les bénéficiaires de la CMU sont exemptés de la facturation et que leurs droits, y compris à une chambre individuelle, doivent leur être lus. Il demande si le temps passé à cette disposition ne va pas entraîner une gêne dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital.

M. LACAU ST GUILY considère que la généralisation de cette mesure est impossible en pratique, notamment dans les services récents qui n'ont que des chambres individuelles. D'une façon plus générale, la segmentation tarifaire réduit la prise en charge des patients à la juxtaposition d'actes tarifés, dont on pourrait imaginer qu'ils s'étendent jusqu'à des prestations de base. Il est donc défavorable à l'instauration d'une tarification des chambres individuelles. Instaurer un système de caution de bloc opératoire pour les patients qui n'honorent pas leurs rendez-vous ou annulent au dernier moment pour des raisons injustifiables serait plus pertinent.

La Directrice générale souligne qu'actuellement, l'attribution des chambres individuelles manque de transparence. L'expérimentation, qui s'inscrit dans un cadre légal et respecte des principes fondamentaux, a pour but de vérifier les conditions dans lesquelles cette mesure pourrait être mise en œuvre.

M. LYON-CAEN note qu'il s'agit d'une possibilité offerte par la loi et non d'une obligation. Il s'enquiert par ailleurs de la réaction qu'aura la Direction générale face aux médecins qui refuseraient d'appliquer ce mode de fonctionnement dans les structures placées sous leur responsabilité.

La Directrice générale répond que le médecin reste maître de son appréciation.

A l'issue de ces échanges, **le Président** propose que les résultats de l'expérimentation soient présentés à la CME.

II. Structuration en pôles de l'AP-HP : méthodologie et calendrier, nomination des chefs de pôle, délégation de gestion

M. HARDY rappelle que la démarche se déroule en deux temps :

- Première étape d'élaboration et d'instruction du sujet : réunions associant des représentants des groupes hospitaliers, du Siège et de la CME (commission des structures) et passage devant le Directoire ;
- Deuxième étape de validation : par les instances locales, puis par la commission des structures, le bureau de la CME et la CME plénière, suivie d'une présentation en Comité Technique d'Etablissement, devant le Directoire et, enfin, décision de la Directrice générale.

Le calendrier est contraint par le renouvellement de la CME, dans laquelle siègeront des chefs de pôle élus par un collège spécifique. Ces derniers doivent être nommés avant fin mai 2011 pour pouvoir réunir le collège en juin et actualiser les listes électorales. Les contours des pôles devront donc être établis fin avril.

Une lettre d'orientation a été transmise aux groupes hospitaliers à l'été 2010. Il n'y a pas de règle à strictement parler, mais des points d'attention concernant :

- les pôles intersites ;
- la biologie (regroupement dans un seul pôle) ;
- la gestion commune des blocs opératoires ;
- l'organisation de la prise en charge de la cancérologie.

Les groupes hospitaliers travaillent depuis plusieurs mois sur ces sujets.

M. PINSON souligne que les groupes hospitaliers ont été très impliqués, en lien avec les doyens. La concertation interne a été variable, mais globalement bonne. Ils ont tiré les enseignements de la première organisation polaire pour la faire évoluer. La diminution du nombre de pôles s'avère plus importante qu'attendu, une majorité ayant opté pour la création de pôles intersites. De manière générale, les thématiques réglementaires comme le regroupement de la biologie, des PUI et de l'imagerie ne posent pas problème. Des liens sont établis, au moins formellement, avec les axes

stratégiques du groupe hospitalier. L'organisation de l'oncologie, de l'anesthésie, de l'aval du SAU et de la gestion des blocs opératoires fait davantage débat.

Le calendrier fixé est le suivant :

- fin des réunions techniques le 21 février ;
- présentation des travaux en Directoire les 15 février et 1^{er} mars ;
- validation par les instances locales entre le 15 février et le 29 mars et parallèlement par la commission des structures ;
- bureau de la CME puis CME le 12 avril ;
- passage en CTE ;
- concertation en Directoire ;
- décision de la Directrice générale.

M. DASSIER demande s'il y a eu ou aura un débat sur l'organisation des blocs opératoires. Le cas échéant, le représentant de la communauté des anesthésistes-réanimateurs souhaiterait y participer.

Le Président répond que la communauté médicale est parvenue à un consensus dans la plupart des pôles. Les points posant problème sont le rattachement des blocs opératoires ou leur regroupement. En chirurgie, par exemple, la question s'est posée du regroupement des blocs opératoires dans un pôle métier ou de la création d'un pôle organes regroupant les pathologies et la chirurgie digestive, ce qui pose le problème de l'éclatement des blocs opératoires entre les pôles.

M. HARDY souligne que de manière générale, le rassemblement des blocs opératoires dans une structure de gouvernance unique est préférable. Dans certains GH, cependant, des blocs fonctionnent très bien par disciplines et les regrouper dans un seul et même pôle ne serait pas sans soulever certains problèmes. Le principe d'une coordination unique doit toutefois être respecté.

M. DASSIER constate que le personnel hospitalier des blocs opératoires n'est pas informé de ces débats et souhaite y participer.

Le Président rappelle que lors d'un précédent débat sur les blocs opératoires, le personnel a été associé localement aux discussions. Il appartient toutefois à la CME de rendre un avis.

M. MUSSET demande la transmission des documents présentés en séance.

Le Président répond avoir adressé à tous les membres de la CME une lettre décrivant la méthode de la structuration en pôles pour que chacun puisse défendre son point de vue.

M. PINSON précise que le calendrier sera mis en ligne sur le site Internet de la CME.

A la question de **M. CAPRON**, **le Président** confirme que le conseil de surveillance est exclu du processus. Il demande aux membres de la CME d'accorder une attention particulière à la place de l'instance dans la nomination des chefs de pôle. Des commissions sont prévues en avril et mai pour proposer des chefs de pôle à la nomination de la Direction générale et une CME extraordinaire y sera consacrée probablement fin mai. En conclusion, le Président affirme son attachement à la transparence de la démarche.

III. Présentation des thématiques prioritaires pour l'année 2011

La **Directrice générale** propose que dans un premier temps Mme Veil présente la méthodologie et l'organisation mises en place pour les thématiques prioritaires 2011, et qu'ensuite chaque point soit présenté par les responsables des thèmes.

Mme VEIL rappelle que le plan stratégique se décline à travers :

- une feuille de route propre à chaque groupe hospitalier, réorganisant l'offre de soins ;
- 16 thématiques prioritaires et transversales choisies en fonction des marges de progression possibles et de l'existence de bonnes pratiques sur lesquelles capitaliser.

La démarche s'appuie sur les directions fonctionnelles du Siège et la création d'une direction du pilotage de la transformation. Elle reprend les travaux préexistants dans l'objectif de produire des améliorations, à brève échéance, sur la qualité des soins et de la recherche, la réponse aux attentes des patients, l'amélioration des organisations du travail et la recherche de marges de manœuvre financières.

La méthode consiste à s'appuyer sur les pratiques existantes et les expériences réussies dans les établissements pour les démultiplier. Cette démarche s'applique à l'ensemble des groupes hospitaliers, mais sera déclinée par groupe en fonction des spécificités de chacun. Les éléments clés du dispositif reposent sur un chef de projet et une équipe projet qui s'appuieront sur l'expérience et l'expertise issue des groupes hospitaliers et des pôles. Le personnel médical joue un rôle essentiel : la majorité des chefs de projet en sont issus, les sponsors sont identifiés parmi les PU-PH, de nombreux médecins participent aux équipes projets et le comité de pilotage qui suit l'avancement des travaux comprend des représentants du corps médical.

Les équipes projets ont pour rôle d'identifier les bonnes pratiques et de les expliquer, de les rassembler et de les diffuser, de proposer des objectifs et des plans d'actions, d'expérimenter des procédures innovantes et d'apporter un soutien opérationnel aux pôles et aux services dans la mise en œuvre de ces pratiques.

M. FOURNIER commente les thèmes suivants :

- **Chirurgie ambulatoire :**
L'objectif est de parvenir en 2011 aux cibles nationales sur les 17 gestes traceurs, de contractualiser une cible 2011 par GH de taux global de prise en charge en ambulatoire et d'atteindre un taux de satisfaction des patients de 80%.
- **Meilleure définition de la place de l'hospitalisation conventionnelle dans certaines spécialités médicales :**
l'objectif est de restructurer les services d'infectiologie, en tenant compte du VIH et du risque pandémique, de travailler sur les capacités/activités en néphrologie et de développer les alternatives à l'hospitalisation en rhumatologie et diabétologie.

- **Gériatrie :**
En 2011, l'objectif est de maintenir la durée moyenne du séjour en court séjour gériatrique à 13,5 jours, viser une durée moyenne de séjour en SSR de 48 jours fin 2011 et anticiper la prise en charge sociale en l'initiant dès la première semaine.
- **Fluidification de l'aval des urgences et réduction des transferts :**
L'objectif est de diminuer le nombre de transferts extra-AP-HP et de réduire les temps d'attente. Le problème de la prise en charge des hospitalisations non programmées doit notamment être résolu.
- **Augmentation du recours à l'HAD de l'AP-HP :**
Il s'agit notamment de retrouver des parts de marché face à une concurrence bien organisée et dont l'activité est segmentée.
- **Optimisation de l'organisation des blocs opératoires, à décliner selon les sites :**
C'est un problème de métier et de coordination entre les différents acteurs. Il n'existe pas de solution unique mais des améliorations peuvent certainement être apportées. Elles seront réfléchies avec les groupes hospitaliers.
- **Amélioration de l'utilisation des équipements lourds et des échographes :**
La performance de l'AP-HP est inférieure à celle du secteur privé et des CHU. Il existe des améliorations potentielles, d'autant plus qu'on observe des disparités entre les sites.
- **Accélération du développement de bonnes pratiques de prescription d'examens de biologie et d'imagerie :**
L'objectif est de diminuer le volume d'examens sur quatre actes de biologie trop prescrits (dosage de la CRP, des D-Dimères, du BNP et de la troponine) et sur trois actes d'imagerie trop prescrits. Une lettre sera adressée à chaque chef de service pour leur demander de participer à l'effort.
- **Recherche clinique :**
Il importe de réduire l'hétérogénéité des services en matière d'inclusion des patients dans les essais, cette dernière pesant sur l'attribution des MERRI, et d'améliorer le taux de validation des publications dans l'outil SIGAPS.

M. JOSEPH-ANTOINE commente les thèmes prioritaires relatifs à :

- **L'amélioration de l'accueil dans la prise en charge au quotidien :**
Il s'agit de réduire les délais d'attente de réponse téléphonique, l'absence de réponse, les consultations non honorées et les délais avant consultation pour les nouveaux patients.
- **L'amélioration de la qualité de la sortie de l'hôpital :**
L'objectif est d'améliorer le taux, le délai d'envoi et la qualité des comptes-rendus adressés aux médecins de ville et aux patients, la continuité de la prise en charge paramédicale entre l'hôpital et la ville et de diminuer le nombre de journées d'hospitalisation non pertinentes par l'anticipation de la recherche de solutions de sortie.

M. SAUVAGE précise les objectifs des thématiques financières prioritaires :

- **Approfondissement des économies d'achats de dispositifs et équipements médicaux :**
Le but est de diminuer le nombre de références de dispositifs médicaux (DM) en supprimant les doublons, de réduire les coûts de maintenance des équipements médicaux par une normalisation progressive des matériels, d'améliorer la facturation des DMI hors GHS et d'évaluer le taux d'indisponibilité des équipements médicaux pour cause de panne.
- **Amélioration de la qualité du codage :**
Il s'agit de viser l'exhaustivité mensuelle et la qualité du codage dans chaque groupe hospitalier, dès 2011, de récupérer 50 % au moins des pertes actuelles liées à la qualité insuffisante du codage.
- **Amélioration de la qualité de facturation :**
Augmenter le taux d'encaissement au comptant à la sortie du patient à hauteur de 20 % dès 2011, augmenter le taux de recouvrement à l'exercice courant, et mettre en place des plans de formation sur les processus de facturation.
- **Libération de surfaces non indispensables au fonctionnement des groupes hospitaliers :**
L'objectif est de diminuer la surface totale exploitée par l'AP-HP de 5 % fin 2011 et 15 % fin 2014 et de rapatrier les activités tertiaires occupant des surfaces louées à l'extérieur.

M. BURDET précise que sur le sujet transversal des ressources humaines, la priorité est d'**améliorer les conditions de travail et de réduire le taux d'absentéisme et des départs** grâce à deux leviers : les organisations de travail, d'une part, l'amélioration des conditions de travail, d'autre part (gestion et prévention de l'inaptitude, contrôle médical, prévention). L'objectif est de converger vers le taux d'absentéisme moyen pour maladie ordinaire et de stabiliser le taux des établissements déjà à la moyenne. Les causes de départ des infirmières vont être analysées afin d'élaborer une politique de fidélisation.

A l'issue de cette présentation, **le Président** ouvre les échanges.

M. DASSIER propose d'inclure la médecine du travail dans le thème de la réduction des départs et du *turn over*.

Dans le thème « approfondissement des économies d'achat », **M. LYON-CAEN** souhaite savoir pourquoi les équipements lourds ne sont pas évoqués. A propos de la recherche clinique, il aurait été souhaitable de faire apparaître les emplois et les mesures fléchées. L'AP-HP se doit d'avoir une politique claire sur le sujet.

M. MUSSET répond que des équipes travaillent sur les équipements lourds au niveau de la DPM et de l'AGEPS. Il souhaiterait par ailleurs de faire de la télémédecine un thème prioritaire.

A propos de la recherche des solutions de sortie, **M. LACAU ST GUILY** souligne que l'offre des moyens séjours se réduit considérablement. Au sein même de l'AP-HP, en oncologie comme en ORL, on constate qu'il devient très difficile de trouver des places pour certains patients, en raison d'une sélection effectuée sur des critères de lourdeur ou d'intérêt supposé de la prise en charge. Cela concerne notamment des patients non gériatriques, ayant des problèmes sociaux ajoutés à leurs problèmes médicaux. Or l'AP-HP est supposée être capable de prendre en charge des patients nécessitant des soins lourds et ne peut adopter la sélectivité de recrutement de patient observée dans

les établissements privés. Certains patients sont devenus de fait des exclus des soins de suite, par exemple des patients porteurs de trachéotomie ou de gastrostomie.

Sur la problématique des marchés, les procédures d'achats sont particulièrement lourdes, y compris pour des objets de consommation courantes (piles, cartouches d'encre, papeterie etc.), ainsi que les processus de réparations et de remplacement de matériels médicaux courants ; la modernisation de l'hôpital passe également par la mise en œuvre de solutions d'achats et de réparations plus rapides

M. FOURNIER se déclare conscient de l'existence d'un problème de filières à l'AP-HP. Celle-ci doit prendre des positions stratégiques, ce qui correspond à développer un SSR spécialisé. C'est une mise en œuvre complexe.

M. GARABEDIAN recommande de s'assurer, site par site, qu'IPOP reflète la réalité du terrain avant de tirer des conclusions sur les données des deux paramètres que sont le taux de remplissage et la durée d'ouverture des blocs.

M. SAUVAGE précise que pour les achats, un groupe travaille sur l'amélioration de l'utilisation des équipements lourds et des échographes à partir de l'analyse des pratiques existantes. Les mesures fléchées, quant à elles, renvoient aux discussions sur les MIGAC et les MERRI. **M. SAUVAGE** prend note des difficultés posées par le manque de réactivité de certains marchés.

S'agissant des mesures fléchées, **M. FOURNIER** explique qu'au cours des 18 derniers mois, un certain nombre de collègues ayant remporté des appels d'offre se sont plaint d'avoir reçu tardivement les sommes qui leur avaient été notifiées. Les raisons de ces retards sont multiples : affectation non immédiate de la somme notifiée, retards des services centraux, etc. Il arrive également que les directions médico-administratives des groupes hospitaliers utilisent trop rapidement une partie des sommes notifiées. Après discussion, une clarification des circuits est en cours, en lien avec la DEF.

Ce sujet soulève celui des conditions d'affectation des sommes notifiées aux emplois. La Direction des affaires juridiques, la Direction des finances et la Direction de la politique médicale tentent de définir conjointement des règles simples d'utilisation. Toutefois, les situations diffèrent entre des crédits pérennes, déclarés comme tels, annoncés par les tutelles, voire accompagnés d'un numéro d'emploi permettant une inscription hors TPER, et le reste entouré de flou. Globalement, l'AP-HP a pris des décisions favorables aux utilisateurs, n'hésitant pas à transformer en emplois pérennes des situations transitoires. Conscient du problème et de la nécessité d'aider la recherche clinique, **M. FOURNIER** affirme qu'il n'est pas question de rester dans cette situation.

Ce sujet soulève également celui des modalités de financement, c'est-à-dire de l'utilisation des MERRI et d'une affectation éventuelle d'une partie aux DHU. Le problème de fond n'est pas clair et l'INSERM n'aide pas à éclairer le débat.

L'objectif est de faciliter la recherche clinique.

M. LACAU ST GUILY remercie **M. FOURNIER** pour ces précisions sur un sujet préoccupant. L'AP-HP a la réputation de ne pas être transparente dans l'utilisation fléchée des crédits de recherche attribués en réponse aux appels d'offre. En tant qu'investigateur principal de l'AP-HP pour une étude multi-centres française, il est difficile, par exemple, de garantir aux différents partenaires qu'ils recevront les budgets programmés dans le cadre du montage de la production de la recherche.

Mme AIACH s'étonne qu'une institution comme l'AP-HP ne puisse pas, à partir de la notification des sommes et de la signature d'un contrat, mettre le budget dédié à disposition du responsable du projet.

Le Président souligne le caractère fondamental de ces sujets et demande un point sur la mise à disposition des crédits fléchés dans les équipes.

M. LYON-CAEN note que le discours de la direction financière est que les mesures fléchées doivent faire l'objet d'une mise en œuvre dans le respect du résultat cible des groupes hospitaliers. La priorité est ainsi accordée à l'équilibre budgétaire du groupe hospitalier au détriment d'une politique ciblée dans un domaine précis de la recherche, allant à l'encontre du discours tenu par la politique médicale. La question est celle de l'affectation des fonds à la recherche. Ce sont des thèmes prioritaires pour l'AP-HP.

Mme GIRARD souligne que les budgets de recherche sont ainsi détournés de leur fonction. Plus les équipes sont petites, plus il est difficile d'aboutir, au point qu'elle-même ne souhaite plus finaliser de PHRC. Il arrive par exemple qu'en cours d'étude, le budget annoncé ne soit plus disponible et qu'il devienne impossible de rémunérer des contributeurs. Cette situation, incompréhensible, décourage les meilleurs chercheurs.

Le Président note le point sur la télémédecine, à ne pas oublier. Sur les blocs opératoires, la qualité de la base de données d'IPOP dépend des équipes du site. Il faut les inciter à l'utiliser comme une aide. En cas de besoin, la cellule IPOP est à disposition des hôpitaux. Enfin, l'objectif d'attractivité doit également s'appliquer à la médecine du travail. A l'issue de ces échanges, le Président espère que la communauté médicale s'appropriera les thèmes médicaux.

En conclusion, **la Directrice générale** propose au Président Coriat de faire un exposé sur le Siège, afin de s'accorder sur les définitions, le périmètre et les thèmes à étudier, et de présenter les plans d'actions sur ce thème en 2011.

IV. Procédure et calendrier des autorisations d'activités de soins

En préambule le Président Coriat insiste sur l'importance de l'intervention dans le contexte de relations avec l'ARS, et des activités supra GH.

Dans un premier temps, **Mme LALARDRIE** rappelle la signification des sigles régulièrement employés : SROS pour schémas régionaux d'organisation sanitaire, et SIOS qui signifie schémas interrégionaux d'organisation sanitaire, ce dernier point faisant l'objet de la présentation.

Depuis 2006, la réglementation impose à l'AP-HP d'obtenir des autorisations pour chacun de ses sites hospitaliers, concernant 15 domaines d'activité de soins et d'équipements lourds. Au fur et à mesure de la publication des textes, d'autres SROS ont complété la base de 2006: pour le traitement du cancer en 2008, les soins de suite en 2009 et la cardiologie interventionnelle en 2010, ce dernier point doit faire l'objet d'une décision du Directeur de l'ARS le 28 février prochain. L'ARS mettra en place une nouvelle génération de SROS en 2011, dans le cadre du projet régional de santé (PRS). La révision de certains anciens schémas est évoquée à cette occasion par l'agence régionale, notamment pour le SSR (révision à la baisse demandée par le Ministère), la réanimation et l'insuffisance rénale chronique. Dans le cadre des SROS, l'ARS est chargée de définir le nombre d'implantations par domaine d'activités par territoire, et en volume pour certains cas.

Le SIOS d'Ile de France publié le 10 juin 2010 par l'ARS a entériné le transfert des autorisations du niveau national au niveau régional dans cinq domaines (adultes et enfants) du traitement des brûlés, de la neurochirurgie, de la neuroradiologie, de la chirurgie cardiaque et des greffes. Ce document comporte des orientations générales ainsi que des quotas d'autorisation par domaine pour la région.

Le calendrier des décisions qui découleront de ce SIOS est le suivant :

- Fenêtre de dépôt des autorisations : avant le 31 décembre 2010 ;
- Instruction ARS : premier semestre 2011 ;
- Avis commission régionale d'organisation des soins : 5 et 6 mai 2011 et avis de l'Agence de biomédecine pour les sujets greffes ;
- Décision Direction générale ARS : 30 juin 2011.

Les sites de chirurgie cardiaque qui bénéficiaient précédemment d'une autorisation à durée indéterminée, soit 9 centres sur 14 dans la région et de la totalité de nos centres ne sont pas concernés par ce calendrier d'autorisation.

Pour les brûlés adultes, l'évolution de l'offre de soins suprarégionale 2010-2015 prévoit un regroupement à Saint-Louis de l'ensemble des activités régionales (hors Percy).

Pour la neurochirurgie, l'ARS souhaite une réorganisation autour de sites regroupant la neurochirurgie, la neuroradiologie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et recommande des regroupements dans le nord et le sud de Paris. Auparavant, la neuroradiologie n'était pas soumise à autorisation. Il existe actuellement 8 sites en Ile-de-France, en sachant que la cible de l'ARS est de 6 à 8. L'existant devrait être autorisé et des incitations aux regroupements sont à prévoir. Pour les enfants, la cible est d'un site de neuroradiologie interventionnelle au niveau régional (Bicêtre).

Mme LALARDRIE reprend le document mis en ligne sur le site Internet de la CME, en mentionnant que des changements sont à prévoir au niveau régional pour :

- greffes cardiaques : il existe 6 sites en fonctionnement pour une cible fixée par l'ARS à 4. L'ARS souhaite mettre fin à l'autorisation de Foch et Bichat, au vu du très faible niveau de greffes réalisées. Pour les enfants, aucun changement n'est prévu ;
- poumons (adultes) : passage de 5 à 4 centres compte-tenu de la fin d'autorisation pour la Pitié-Salpêtrière ;
- reins (enfants) : l'ARS prévoit un passage de 3 à 2 sites dans le cadre de regroupement des activités pédiatriques et de la fin d'autorisation pour Trousseau.
- foie (adultes), elle cible un passage de 6 à 5 sites avec le regroupement des hôpitaux Cochin et Saint-Antoine et préconise un passage à 4, qui devrait être possible au cours du SIOS.
- pancréas : les dossiers proposés à l'autorisation sont Saint-Louis, Bicêtre, Henri Mondor et Pitié-Salpêtrière. L'Agence de biomédecine évaluera les besoins qui impliquent de supprimer une autorisation.

- allogreffes : est pris en compte le regroupement de l'Hôtel-Dieu à Saint-Antoine pour une cible de 7 à 6, voire 5 en cours de SIOS.

Pour la chirurgie cardiaque, le SIOS prévoit une cible régionale de 9 ou 10 sites contre 14 actuellement.

Le Président remercie Mme LALARDRIE pour la présentation de ce calendrier. La CME doit travailler sur les demandes d'autorisation pour défendre au mieux ses projets de soins.

Concernant la chirurgie cardiaque, **M. REMY** demande si l'autorisation est prolongée de 2010 à 2015 pour les différents centres, notamment la Pitié-Salpêtrière, l'HEGP, Henri Mondor et Bichat et s'il est toujours prévu de proposer des projets par équipe au bout de deux ou cinq ans. Des éclaircissements sur les décisions de l'ARS sont nécessaires.

Le Président répond que face à l'ARS, la Direction générale, le Président et le Vice-président de la CME ont demandé qu'aucun centre de l'AP-HP ne soit fermé d'ici deux ans. Malheureusement, Claude Evin a pris une décision contraire. La loi HPST prolongeait l'autorisation de l'hôpital Henri Mondor jusqu'en 2015, mais le directeur de l'ARS, contre l'avis de l'AP-HP, a demandé sa fermeture au 30 juin 2011. Le problème se pose également pour les valvuloplasties percutanées.

M. REMY rappelle qu'un DHU était programmé et que de nombreuses activités sont sous-tendues par ce pôle. La loi prévoyait un moratoire de deux ans. Comment serait-il possible, juridiquement, de revenir sur une autorisation valable jusqu'en 2015 ?

Le Président rappelle que l'AP-HP a parlé d'une seule voix pour défendre ce centre, elle n'a pas été entendue et il le regrette.

M. GARABEDIAN souligne l'aspect stratégique du problème. Il est difficile pour un hôpital de se relever lorsqu'on lui retire une spécialité emblématique. Il aurait fallu faire une proposition à l'ARS. C'est un problème de management et les décisions ne peuvent continuer à être prises ainsi.

Le Président répond que faussement rassuré par le fait que l'autorisation de Créteil courrait jusqu'en 2015, il n'a pas accordé la priorité à la réflexion sur la chirurgie cardiaque et le regrette. Pour les neurosciences, l'ARS va prendre une décision en 2011, d'où l'importance du groupe de travail actuellement en place. La neuroradiologie interventionnelle est désormais également soumise à autorisation. Il y a donc urgence à travailler sur ces sujets. La lettre de cadrage rédigée avec la DPM pose bien la problématique.

Mme LALARDRIE ajoute que le SIOS et la loi HPST prévoyaient la possibilité pour le Directeur de l'ARS de revoir les autorisations dans un délai de deux ans. Il était prévu de revoir l'organisation de l'offre de soins et d'évaluer l'évolution de la demande avec l'ARS en 2012. Le Directeur de l'Agence a repris ce dossier en considérant qu'il n'y avait pas lieu d'attendre cette date et que la mesure de réduction devait être mise en œuvre dès 2011.

Le Président réaffirme la place incontournable de l'hôpital Henri Mondor de Créteil.

M. REMY constate que les décisions sont prises de manière autoritaire, soulignant à quel point elles peuvent être décourageantes pour la communauté médicale de cet hôpital, épuisée par ces retournements de situations réguliers.

M. VALLEUR comprend l'inquiétude et la colère des membres de l'hôpital Henri Mondor. Pour autant, l'offre de soins en chirurgie cardiaque doit s'adapter à la médecine moderne. Elle est en transformation, comme l'ensemble des activités médico-chirurgicales. C'est une évolution inéluctable pour l'ensemble des spécialités.

M. REMY comprend ce point de vue, mais souligne que l'hôpital Henri Mondor constitue un pôle d'excellence et que son activité s'adapte à l'évolution de la médecine moderne. Il est nécessaire de communiquer sur une politique claire.

M. RUSZNIEWSKI souligne que le ressenti des équipes de l'hôpital Henri Mondor est partagé par les établissements extra-muros, qui sentent leur existence menacée. L'institution doit faire des choix, mais ceux-ci doivent être clairs.

Le Président souligne à nouveau que l'ARS a pris de vitesse l'AP-HP sur la cardiologie. En neurosciences, la situation est anticipée.

V. Les enjeux de la gériatrie à l'AP-HP

Préalablement à la présentation, **M. SEBBANE** rappelle quelques définitions. Dans le secteur sanitaire, le SSR désigne les soins de suite et de réadaptation (ex « moyen séjour ») et le SLD désigne les soins de longue durée (ex « long séjour »). Dans le secteur médico-social, les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ex « maisons de retraite médicalisées »). Les MAS désignent les maisons d'accueil spécialisé et les FAM sont des foyers d'accueil médicalisé.

1. Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Sur les 500 000 séjours recensés à l'AP-HP, on constate une part croissante des patients âgés (75 ans et plus) dans toutes les disciplines. La capacité en SSR est de 4 500 lits, dont 3 800 en Île-de-France, dont 2900 en gériatrie. Dans le secteur médico-social (EHPAD), l'AP-HP a une capacité de 450 lits depuis 2010 et de 3 173 lits dans le secteur sanitaire (SLD).

La gériatrie représente 82 % du SSR en Île-de-France, dont plus de la moitié de l'activité est couverte sur Paris et la petite couronne. L'offre SSR en Île-de-France est excentrée et déséquilibrée, en particulier entre le nord et le sud, avec une capacité de SSR gériatriques de 747 lits, soit 1 lit de SSR gériatrique pour 44 séjours de personnes âgées en MCO, tandis que le sud compte une capacité de SSR Gériatrique de 2 132 lits, soit 1 lit de SSR gériatrique pour 31 séjours de personnes âgées en MCO.

On note l'émergence de nouveaux besoins de SSR spécialisés estimés à plus de 450 lits se répartissant entre plusieurs disciplines comme la neurologie, la pneumologie, l'orthopédie. Il importe donc que les disciplines s'impliquent dans la mise en place des filières.

Le cadre est contraint par l'absence de possibilité d'extension des capacités SSR à l'AP-HP et par la nécessité d'un rééquilibrage territorial (bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins : OQOS). Un rééquilibrage thématique et géographique s'impose, avec la contribution des autres disciplines. Le SSR gériatrique peut aider le MCO pour son aval, mais ce dernier doit également y participer au travers des différentes spécialités par la mise en place des filières spécialisées. Enfin, M.

SEBBANE rappelle que le budget du SSR est contraint par le fait qu'il provient du budget global et non de la T2A.

2. Soins de longue durée (SLD)

Mme HOLSTEIN indique que le SLD existe depuis longtemps à l'AP-HP qui, en 2005, comptait 4 400 lits et n'avait pas de secteur médico-social. Le Plan Stratégique 2005-2009 prévoyait la fermeture de 750 lits. En contrepartie, l'AP-HP s'est engagée à contribuer à l'ouverture d'EHPAD extérieurs et à mettre à disposition de partenaires extérieurs des terrains disponibles. Le nombre de lits SLD est ainsi ramené à 3 643 lits.

Plusieurs problématiques se conjuguent. La première est la réforme nationale de 2005, qui vise la réduction du sanitaire au profit du médico-social en se fondant sur la coupe Pathos 2006, basée sur le critère de la lourdeur médicale. L'utilisation de la Coupe Pathos a mis en évidence le fait qu'un patient sur deux à l'AP-HP ne relève pas du sanitaire. A l'issue de cette réforme, un secteur EHPAD a été mis en place à l'AP-HP (12 % du SLD). La seconde problématique est la convergence tarifaire, qui induit un risque de perte de 25 à 30 millions d'euros. La Coupe Pathos 2011 fixera le niveau de convergence tarifaire et pourrait avoir pour conséquence d'augmenter les capacités du secteur EHPAD à l'AP-HP par rapport au SLD. La troisième problématique porte sur l'humanisation du secteur, portée par la convention tripartite AP-HP/ARS/Ville de Paris et par les injonctions de l'ARS en 2010 (refus de renouvellement de 6 autorisations SLD sur 18). La conjonction de ces problématiques rend nécessaire la réorganisation du SLD.

La notion d'humanisation est encadrée réglementairement par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant les standards de qualité relatifs aux conditions d'accueil des personnes âgées dans les structures d'hébergement (SLD et EHPAD) ayant signé une convention tripartite. Elle signifie que la proportion de chambres à deux lits ne doit pas dépasser 5 à 10 % de la capacité globale. Or actuellement, environ la moitié des capacités SLD de l'AP-HP sont en chambres doubles ou triples.

En conséquence, l'AP-HP doit se mettre aux normes en matière d'humanisation et établir une priorisation (sites touchés par les injonctions ARS, capacités requises). Cette priorisation doit tenir compte des besoins en SLD sanitaire et de la part relative SLD/EHPAD au sein des capacités de l'AP-HP. Pour y parvenir, la collaboration avec l'ARS est nécessaire, celle-ci doit notamment fixer les capacités-cibles pour la région et étudier la part relative de l'AP-HP.

En conclusion, **M. SEBBANE** insiste sur la nécessité de raisonner en termes de filière et de gestion du parcours du patient âgé. La gériatrie propose un modèle de filière intégrée. Chaque discipline doit s'impliquer dans une logique de filière post MCO de ses patients. La complexité du problème à l'AP-HP réside dans la localisation des sites, les contraintes réglementaires, l'humanisation, etc. Il importe d'instruire ces sujets en 2011.

A l'issue de cette présentation, **le Président** souligne que l'implication de l'ensemble de la communauté médicale dans les filières gériatriques est indispensable. La présentation montre qu'il faudrait profiter de la diminution du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle pour faire davantage de SSR. La question est néanmoins de savoir où (hôpitaux gériatriques/périphérie, etc.).

M. SEBBANE répond que les questions principales concernent l'engagement des disciplines hors gériatrie dans la notion de filière et les soins de suite et de réadaptation. Il n'y a pas de raison que

ces derniers soient dispensés uniquement dans les hôpitaux situés en périphérie. Les réaliser intramuros faciliterait les déplacements des patients et des compétences.

M. CAPRON note que la création de SSR non-gériatrique est un besoin important. Ce serait une erreur d'envoyer tous les parisiens *extra-muros*. Il s'enquiert par ailleurs de la différence du prix de journée entre EHPAD et SLD.

Le Président demande comment cette transformation va impacter l'EPRD de l'AP-HP.

Mme HOLSTEIN répond que le financement des SLD et SSR est tripartite : dotation soins (Assurance maladie), hébergement (à la charge du patient, sauf s'il est habilité à recevoir l'aide sociale) et dépendance. Le problème concerne la dotation soins (environ 50% du financement), sur laquelle va porter l'effort de convergence. C'est l'équivalent d'un pseudo-passage en T2A pour les SLD. Le mode de financement est le même entre SLD et EHPAD, mais la hauteur de la dotation de soins est différente entre SLD et EHPAD. Des discussions sont en cours avec les tutelles sur les aspects financiers.

M. DASSIER demande dans quel cadre est menée la transformation du SLD en EHPAD et quelles sont les modalités d'un éventuel transfert à l'extérieur.

La Directrice générale souligne qu'une partie des lits de l'AP-HP sont des lits EHPAD. L'AP-HP est de fait opérateur EHPAD. Toutefois, elle l'est par défaut : c'était une façon de traiter le résultat de la coupe Pathos 2006, plutôt qu'un choix politique. La question de la transformation de l'AP-HP en opérateur médico-social doit donc être reposée. Actuellement, l'ARS souligne un manque de structures médico-sociales *intramuros* et des appels à candidatures vont être lancés. La région parisienne a pour caractéristique de manquer de structures médico-sociales. Ces raisons expliquent les difficultés rencontrées par les établissements de l'AP-HP à placer leurs patients. Le sujet devrait être évoqué dans le cadre du chantier gouvernemental sur la dépendance. Du fait de son rôle social, l'AP-HP se retrouve à traiter des patients qui devraient être ailleurs. Il faudra donc trancher la question de l'engagement dans le secteur médico-social. Les EHPAD ouverts actuellement sont associatifs.

Mme MAUGOURD se demande dans quelles conditions l'AP-HP pourrait devenir opérateur pour des EHPAD alors qu'elle n'est pas compétitive dans ce domaine. D'une part de nombreuses structures ne répondent pas aux normes des EHPAD, mais il existe aussi un problème de coût en personnel. Par exemple, si l'on envisage la répartition du personnel sur les 24 heures dans une EHPAD, il y a deux équipes chacune d'une amplitude de 12 heures. Dans l'équipe de jour, chaque agent travaille 10 heures. L'équipe de nuit sur 12 heures consiste, pour 80 résidents, en deux personnes : une aide soignante et un agent.

Dans ces conditions, le coût en personnel est de 30 à 40 % moins élevé.

La Directrice générale répond que le sujet mérite une analyse approfondie. Actuellement, le phénomène est d'une autre ampleur : l'AP-HP est parvenue à éviter le pire dans les coupes Pathos depuis 2005 mais l'effort doit être maintenu.

M. SEBBANE estime que l'AP-HP doit afficher sa politique quant au développement du secteur médico-social par rapport au secteur sanitaire. Il importe effectivement de se saisir de la question. Concernant la coupe Pathos, 56 % des patients SLD ont été étiquetés comme relevant du secteur sanitaire. Toutefois, cela s'est fait au prix d'une mobilisation très importante des équipes. La

prochaine coupe Pathos doit mobiliser toute l'institution pour en limiter l'impact. Les soins de suite-réadaptation doivent se développer hors gériatrie, dans des hôpitaux MCO dans Paris, pour faciliter la prise en charge des patients hors gériatrie.

VI. Déploiement de la base de données évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Dans le cadre de la qualité des soins et de la prévention des risques, le Président indique que l'AP-HP est parvenue à développer une base de données évaluation des pratiques professionnelles, reconnue par la HAS, les directeurs généraux et les présidents de CME des CHU. Cette reconnaissance permet d'envisager la mise en réseau des bases de données des CHU de France sur le modèle de l'AP-HP.

Mme PERIER souligne l'implication de l'AP-HP dans les programmes d'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité et de la sécurité des soins. Après une première base de données constituée en 2007, un développement intermédiaire a montré la difficulté à établir des circuits fluides et sécurisés nécessitant la mise en place d'un circuit particulier.

La base de données remplit un triple rôle auprès des acteurs EPP :

- un rôle pédagogique : accompagnement des étapes à suivre (mode gestion de projet), déroulé selon logique d'EPP (planifier, mettre en œuvre, évaluer, améliorer, suivre), enrichissement progressif du contenu du programme et supports pédagogiques ;
- un rôle facilitateur : formalisation simplifiée des programmes EPP (fiche synthèse HAS) et confidentialité sur certains domaines (résultats, actions...) ;
- un rôle de mutualisation des programmes EPP : visibilité des programmes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et favorisation du *benchmarking* par fonction de recherche simple ou avancée.

Elle est également au service des groupes hospitaliers et hôpitaux :

- outil de pilotage politique EPP ;
- coordination et fédération des acteurs ;
- suivi des démarches d'EPP et de leurs évolutions ;
- recensement des programmes et acteurs impliqués ; (anticipation des décrets de la loi HPST relatifs au DPC) ;
- analyses statistiques sur programmes (suivi) et acteurs ;
- circuit décentralisé.

C'est aussi une aide à la gouvernance, en tant qu'outil de pilotage s'appuyant sur des analyses statistiques, qui permettent de s'articuler au mieux avec les orientations de la V2010 (accords signés HAS-APHP), de suivre le déploiement des démarches dans l'ensemble des secteurs d'activité et de suivre les programmes obligatoires spécifiques.

Ce travail a été mené par un groupe projet piloté par la DPM, en lien avec la CME et le comité central EPP, associant l'équipe du centre de compétences et de travail collaboratif, et a obtenu la validation de la HAS.

Le planning 2011 du déploiement est établi comme suit :

- réunions référents EPP en janvier et février : informations, sites test ;
- février : rencontre sur sites test avec l'interne du projet ;
- février : lancement, communication institutionnelle et finalisation du cahier des charges V2 ;
- 1^{er} mars : ouverture de la base ;
- mars/avril : déploiement sur l'ensemble des sites et présentation DPM du projet sur site à la demande ;
- juin : évaluation du déploiement et mise en place d'une nouvelle version, fonction des remarques des sites pilotes.

A l'issue de cette présentation, **le Président** souligne qu'il importe avant tout que la base soit vivante et que les sites soient incités à intégrer les EPP de façon évolutive.

Mme PERIER précise que le référent base de données sera chargé des relances individuelles. A ce jour, il manque quatre référents : Necker, Hôtel Dieu, Sainte-Périne et Charles Foix.

M. DASSIER demande si la base de données permet de savoir à quel endroit il est possible de suivre un programme précis et si la base de données permettra de choisir des journées donnant lieu éventuellement à une accréditation, qui remonterait au niveau de la CME.

Mme PERIER répond que la base contiendra trois niveaux de programmes : en cours de démarrage, opérationnels et finalisés avec publication. Chaque niveau sera visible d'emblée. Un moteur de recherche rapide et avancé donnera accès aux programmes spécifiques. Concernant le dernier point, s'agissant du développement professionnel continu (DPC), l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles doivent être avant tout des évaluations formatives. La validation de la deuxième phase ouvre l'éligibilité à la validation de l'obligation de DPC. A cela s'ajoute la formation médicale continue (FMC) complémentaire. L'adjonction des deux permettra d'établir la liste des praticiens ayant satisfait à leur obligation de DPC. Par ailleurs, la réalisation peut s'opérer à différents niveaux (pôles, sites, unité fonctionnelle, groupes hospitaliers, etc.). La notion pluridisciplinaire est également intégrée.

En conclusion, **le Président** remercie tous ceux qui ont contribué à la mise au point de la base de données.

VII. Permanence des soins : point d'étape (propositions des groupes hospitaliers – présentation de la procédure de travail)

M. HUBIN rappelle que la réduction des dépenses de la permanence des soins en 2011 procède de la prise en compte de l'effet en année pleine des mesures engagées en 2010, dont le montant est estimé à 1 million d'euros, et des nouvelles propositions d'économies pour 2011 qui seront prises en compte pour ajuster les autorisations de dépenses des Groupes Hospitaliers.

De nouvelles propositions d'économies pour 2011 ont été sollicitées auprès des groupes hospitaliers par un courrier DPM-PCME-PCCOPS du 29 novembre 2010, qui demandait des explications sur certaines dépenses atypiques et des propositions d'économies en 2011. Ces propositions doivent être présentées à la CME pour validation et mise en œuvre. A ce jour, seul un GH n'a pas encore répondu à ce courrier. Les autres propositions ont été validées localement.

Dans tous les cas, il faut prendre en compte non pas uniquement les propositions faites pour 2011 mais également les efforts passés réalisés par les GH ; la présentation des seules propositions d'économies pour 2011 donnent en effet l'impression que les GH qui n'envisagent aucune économie ne font aucun effort, ce qui est globalement faux.

Ainsi certains groupes hospitaliers ont répondu ne pas pouvoir réaliser de nouvelles économies en 2011 : c'est le cas d'Avicenne, du groupe hospitalier Bichat - Beaujon - Bretonneau - Louis Mourier – Charles Richet, de Bicêtre, d'Ambroise Paré et de Robert Debré. Le GH Saint-Louis-Lariboisière annonce une intention d'économies de 212 000 euros, avec notamment la suppression d'une garde d'anesthésie au service des brûlés (ce point doit impérativement être vérifié car le GH Cochin-Hôtel Dieu-Broca revendique également le bénéfice total de cette économie). Le groupe hospitalier la Pitié-Salpêtrière – Charles Foix annonce 140 000 euros d'économies ; mais le rendu de l'astreinte en chirurgie maxillo-faciale pédiatrique - la seule à l'AP-HP - ne pourra certainement pas être accepté (il s'agit d'un montant de 35 000 euros). Le groupe hospitalier STARTT propose une économie de 290 000 euros, mais en valorisant en totalité le rendu de la garde de cardiologie revendiquée par ailleurs par la Pitié-Salpêtrière en termes d'efficacité. Le groupe hospitalier Henri Mondor propose une économie de 164 000 euros avec des actions fortes sur le temps de travail additionnel. Le groupe hospitalier Cochin-Hôtel-Dieu annonce une économie de 288 500 euros et celui de Necker propose une économie de 156 000 euros.

Au total, les intentions d'économies se montent à 1,250 million d'euros ce qui pourrait se traduire par une économie réelle de l'ordre de 1 million d'euros en tenant compte d'un écart entre les intentions d'économies et la réalisation effective de ces économies par la mise en œuvre, dans les délais annoncés, des mesures proposées par les groupes hospitaliers.

Comme les sources d'économie possibles sur la masse salariale du personnel médical sont la permanence des soins et les effectifs, au vu des efforts demandés à l'EPRD 2011 d'une part (8 millions d'euros d'économies demandées sur le personnel médical) et des efforts envisagés dans le cadre de la révision des effectifs de PH d'autre part (environ 2,3 millions d'euros), la prise en compte d'au moins 1 M€ d'économies supplémentaires sur la permanence des soins pour 2011 permettrait d'atteindre près de la moitié de l'objectif d'économies sur la masse salariale du personnel médical cette année. Mais sauf restructurations majeures, il sera difficile de réaliser davantage d'économies sur la permanence des soins. Dès lors, la question de nouvelles économies sur les effectifs de personnel médical non permanent est posée ; à ce sujet, un travail est en cours à la DPM sur la mesure de la productivité des médecins non titulaires dans les secteurs de consultation.

S'agissant des propositions d'économies sur la permanence des soins, à partir des réponses reçues un plan d'action 2011 a été construit. Ce plan prévoit des réunions avec l'ensemble des hôpitaux et des groupes hospitaliers pour partager un diagnostic sur les dépenses de permanence des soins, s'assurer d'un contrôle interne efficace de ces dépenses et envisager la mise en œuvre des recommandations formulées par les consultants notamment en urologie et en chirurgie digestive et viscérale. Pour accompagner cette démarche d'analyse médicalisée des dépenses, la base de données des dépenses de la permanence des soins 2010 sera mise à disposition sur le site de la CME.

Enfin le 8 février, s'ouvre un cycle de réunions avec l'ARS sur la permanence des soins. L'ARS cherche à élaborer un schéma régional pour septembre 2011. L'APHP montrera qu'elle a fait des efforts d'économies sur la permanence des soins, qu'elle s'est engagée dans des restructurations

importantes mais que la logique de territoire défendue par l'ARS pourrait se heurter à la logique des GH adoptée par l'APHP pour réorganiser ses dispositifs de permanence des soins.

Pour Avicenne, **le Président** rappelle que des astreintes ont été identifiées avec un coût de 250 000 euros par an et que cela mériterait réflexion. Pour Henri Mondor, une astreinte coûteuse en chirurgie plastique pose également question. De manière générale, le travail engagé sur la PDS laisse encore des marges de manœuvre. En conclusion, il convient de rappeler que l'ARS, en tant que financeur de la permanence des soins, va s'impliquer dans le sujet.

VIII. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2011

Documents remis sur table.

Le Président indique que les postes hospitalo-universitaires de la révision des effectifs instruite par les directeurs d'UFR et discutée en CME ont été publiés au Journal Officiel fin janvier 2011. Les demandes formulées par l'AP-HP ont été satisfaites.

M BERCHE précise que son CHU a été doté d'un poste supplémentaire qui n'avait été demandé ni par l'AP-HP ni par les doyens. Un appel d'offre national a été lancé pour pourvoir le poste, à l'issue duquel aucun candidat n'a été retenu. Le conseil de gestion a voté à l'unanimité contre la mutation d'un des candidats. M. BERCHE demandera le veto du président d'université et appelle la CME à soutenir cette démarche, pour insister sur le respect des procédures et des lois, notamment de la loi LRU.

Le Président remercie Monsieur Berche pour cette précision. Il rappelle que l'instruction des postes de PU-PH suivra la procédure établie, à cette occasion, la CME fera valoir son avis.

IX. Information sur les résultats de la révision des effectifs en odontologie au titre de l'année 2011

Document remis sur table.

X. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME, un nouveau contrat d'activité libérale ainsi que le renouvellement de deux contrats.

Ces contrats sont approuvés à la majorité, moins deux abstentions et deux votes défavorables.

XI. Approbation du compte rendu de la séance du 7 décembre 2010

Le compte rendu de la séance du 7 décembre 2010 est approuvé à l'unanimité des membres présents.

XII. Questions diverses

1. Poste de pharmacien temps plein pour l'hôpital Clémenceau

Mme MAUGOURD constate qu'un poste de pharmacien PH temps plein demandé par le CCM de l'hôpital Georges Clémenceau, présenté comme prioritaire par le représentant des pharmaciens Eric Singlas et accordé par la CME ne sera pas publié au Journal Officiel. En effet, le poste a été refusé par le Groupe Mondor. Le personnel de la Pharmacie est constitué d'un PH temps plein et d'un Praticien Attaché à dix demi-journées par semaine. En cas d'absence du Pharmacien Chef de service, il n'y a pas de titulaire à la pharmacie. Elle demande s'il est normal que l'avis de la CME n'ait pas pu être suivi par le groupe hospitalier.

M. SINGLAS rappelle que le redéploiement de 55 000 euros demandé pour la PUI de Georges Clémenceau a été accordé par la CME mais effectivement refusé par la Directrice du groupe hospitalier, qui souhaitait utiliser ce montant pour un autre usage. Un refus lui ayant été opposé par la DPM, les 55 000 euros ont alors été repris au titre du plan d'efficience. Ceci est d'autant plus regrettable que ce poste aurait permis de mutualiser les moyens de deux établissements dans le cadre des restructurations du GH.

Contactée, la Directrice du GH s'est ralliée à la position du Collège des Pharmaciens et de la CME et a fait savoir à la DPM qu'elle émettait un avis favorable à la création du poste de PH à la PUI de Georges Clémenceau. Nous sommes en attente de la réponse.

Le Président propose de rouvrir le dossier et d'interroger la DPM et la Direction générale.

M. HUBIN précise qu'en effet et pour ne pas contredire l'avis de la CME, l'autorisation de dépenses de 55 K€ ne sera pas donnée au GH si la demande de poste de PH n'est pas soutenue.

Le Président répond que le dossier mérite malgré tout de faire l'objet d'une nouvelle instruction.

M. FOURNIER souligne que d'habitude, ce sont les directions générales qui demandent des postes et déplorent qu'ils ne soient pas pourvus. En l'occurrence, c'est un refus de fait de la gouvernance du groupe hospitalier, qui fait partie des possibilités ouvertes par la loi HPST. Disqualifier la direction d'un groupe hospitalier serait une première. Il faut être conscient des conséquences.

Le Président répond que pour l'instant, il n'y a pas de CME locale. Il y a un CCM dans chaque hôpital et la notification est venue d'une préfiguration de CME locale du côté médical.

2. Gestion du personnel médical

M. DASSIER demande s'il est normal de profiter d'un arrêt maladie pour faire disparaître l'activité d'une personne d'un pôle ou d'un service et lui suggérer de changer de secteur à son retour. Il demande si ce problème peut être géré localement ou s'il faut le porter au niveau du CNG.

Le Président précise que l'activité concernée n'a pas été transférée vers un autre hôpital, mais prise en charge par un autre praticien. Le Président de la CME est intervenu et il semblerait qu'un arrangement soit en cours avec le chef de service du praticien concerné.

M. DASSIER recommande de veiller à limiter ce genre de pratiques.

La séance est levée à 12 heures 40.

*

*

*

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

Mardi 8 mars 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 23 février 2011 à 16 heures 30

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.