

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 16 NOVEMBRE 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU 11 JANVIER 2011**

## **SOMMAIRE**

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur les demandes de maintien et les reprises	8
III.	Information sur l'accréditation des laboratoires de biologie médicale	15
IV.	Plan d'amélioration de la facturation (état des lieux et perspectives)	17
V.	Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité	20
VI.	Présentation du programme MIQISIS (message aux internes sur la qualité et la sécurité des soins)	23
VII.	Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé	24
VIII.	Point sur le suivi des dépenses de personnel médical	24
IX.	Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1 <sup>er</sup> septembre 2010	24
X.	Avis sur des contrats d'activité libérale	24
XI.	Approbation du compte-rendu des séances du 6 juillet et 14 septembre 2010	24
XII.	Questions diverses	25

**ORDRE DU JOUR**  
**de la CME du mardi 16 novembre 2010**  
**(8H30 - salle des instances)**

==--==--==--==--==

**SEANCE PLENIERE**

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur les demandes de maintien et les reprises (*M. Hubin*)
- 3- Information sur l'accréditation des laboratoires de biologie médicale (*Mme Charpiot - Pr Vaubourdolle*)
- 4- Plan d'amélioration de la Facturation (état des lieux et perspectives) (*M. Sauvage - M. Cateland*)
- 5- Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (*Pr Hardy*)
- 6- Présentation du programme MIQISIS (message aux internes sur la qualité et la sécurité des soins) (*Dr Vidal-Trecan - Dr Chousterman*)
- 7- Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé (le 10 décembre 2010) (*Dr Perier*)
- 8- Point sur le suivi des dépenses de personnel médical (*Mme Terquem*)
- 9- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> septembre 2010 (*M. Hubin*)
- 10- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 11- Approbation du compte rendu des séances du 6 juillet et 14 septembre 2010
- 12- Questions diverses.

**SEANCE RESTREINTE**

**Composition D**

Avis sur le recrutement principal de CCA et d'AHU dans les établissements liés par conventions à l'APHP au titre de l'année 2010-2011.

### **Composition C**

Avis sur la désignation d'un chef de pôle à titre provisoire

Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire

Avis sur trois demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur deux premières demandes et une demande de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

### **Composition A**

Avis sur la mobilité hospitalière d'un PU-PH

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
- Mme DESOUCHES, médecin de l'Agence Régionale de Santé,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

- Mr le Pr. Patrick BERCHE,
- Mr le Pr. SCHLEMMER.

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet DG
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
- M. FOURNIER, directeur de la politique médicale,
- Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
- M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
- Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,

• ***membres excusés :***

- Mme le Pr AIACH, M. le Pr CHERON, Mme le Dr GIRARD, M. le Pr PETIT

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

## **I. Information du Président de la CME**

**Le Président** indique que deux mois après l'arrivée de la Directrice générale, la CME poursuit son travail sereinement. Cela montre que la gouvernance, qui fonctionnait parfaitement avec Benoît LECLERCQ, a trouvé d'emblée son rythme de croisière avec la nouvelle Directrice générale. La CME tient sa place dans la réflexion relative aux structures médicales et à la révision des effectifs de postes de praticiens hospitaliers (PH). Sur le plan de la méthodologie, la CME a rappelé, dès l'arrivée de Madame Faugère, qu'elle souhaitait qu'aucun poste médical ou non-médical ne soit retiré des structures, au-delà des réorganisations qu'il fallait dans le même temps poursuivre et qui, seules, permettront de dégager des marges de manœuvre. C'est à ce niveau que la CME attend une réponse de la part de la Directrice générale. Il apparaît aujourd'hui au Président qu'il importe de ne prendre aucun retard dans ces projets, faute de quoi l'atteinte des objectifs fixés, en termes de révision des effectifs, de définition des structures et d'activité risque de s'avérer délicate. M. CORIAT comprend que la Directrice générale ait eu besoin, lors de son arrivée, de dresser un état des lieux et de poser des diagnostics, en particulier concernant des restructurations en cours. Il importe maintenant de définir, avec la CME, des lignes méthodologiques susceptibles de dégager des marges de manœuvre.

S'agissant de la révision des effectifs des postes de PH, le Président observe que la diminution des dépenses de personnel médical escomptée ne pourra provenir directement d'une révision des effectifs qui se contenterait d'examiner les postes de PH vacants en raison de départs en retraite : une réflexion incluant la permanence des soins et d'autres aspects des dépenses de personnel médical apparaît indispensable.

La CME a porté le plan stratégique et de grandes lignes ont été définies. Il faut maintenant faire le point sur les restructurations prévues. Surtout, des réorganisations et restructurations ont été initiées avec le précédent Directeur général et n'ont pas toujours rencontré le succès escompté. Toutes n'ont pas abouti mais certains sujets, tels que la chirurgie dans l'ouest parisien, appellent une réponse claire.

**La Directrice générale** convient que les points à aborder au sein de la CME touchent à la fois aux sujets de fond de la politique médicale et à des aspects de méthode, quant aux objectifs à fixer, eu égard aux trajectoires financières fixées par les pouvoirs publics. S'agissant de la question du personnel médical, la Directrice générale fait part de son accord avec la proposition du Président : plusieurs rubriques permettront d'identifier les économies envisageables. Cela passe par le travail à mener sur les postes de PH mais aussi la permanence des soins. S'agissant des restructurations, certains sujets ont été lancés mais ne sont pas clos. Il conviendra de trancher de façon aussi rapide que possible, après s'être assuré d'avoir entendu tous les acteurs concernés. Il s'agit d'un sujet prioritaire dont est notamment chargé le Directeur de la politique médicale.

Quant aux restructurations évoquées dans le plan stratégique, un travail est à mener avec les directeurs de groupe et les responsables des communautés médicales afin d'examiner l'instruction des dossiers et le calendrier à définir.

Il conviendra de s'assurer que ces restructurations sont médicalement justifiées et offrent une vision consolidée des impacts médicaux et non médicaux, pour chacun d'entre eux. La Directrice générale convient qu'il existe une urgence sur certains sujets.

**Le Président** rappelle que l'EPRD 2011 sera prospectif et non rétrospectif comme celui de l'année 2010. Il sera aussi défini par projet et par objectif, ce qui ne sera possible que s'il est étayé par des restructurations. Un écueil à éviter réside dans un éventuel saupoudrage des « rendus d'emplois » : il s'agit plutôt de définir des orientations structurantes qui dégagent des marges de manœuvre en étayant ces rendus d'emplois. Dans la lettre à adresser par la Direction générale aux directeurs de groupes hospitaliers, il conviendra de ne pas définir des quotas d'emplois à retirer dans l'institution mais plutôt de définir des restructurations assorties de marges de manœuvre.

**M. FOURNIER** précise que le terme de restructurations recouvre des situations très différentes. De nombreuses mesures prises dans les GH constituent l'addition de « petites » restructurations dont le nombre est élevé et qui ont déjà produit de l'efficience. L'objectif, pour le siège, est d'en faire la compilation d'ici la fin de l'année afin de préciser l'impact positif sur la trajectoire du GH qu'elles ont engendré. La mise en œuvre de certaines restructurations peut toujours se heurter à des difficultés ; là aussi, la liste doit en être faite. Pour la DPM, l'objectif sera d'aider les GH à les résoudre.

Il existe aussi des opérations plus importantes, entre hôpitaux, qui ont abouti à des situations de blocage ou donné des résultats insuffisants. Ces opérations ont souvent un caractère emblématique et sont colorées par de multiples interventions, ce qui complique encore leur lecture. Face à ces opérations, M. FOURNIER indique avoir décidé, en accord avec la Directrice générale, de se rendre sur les sites afin d'écouter les positions des acteurs, à commencer par les chefs de service concernés. Il a cherché à vérifier la proximité de leurs analyses avec les siennes et a dressé l'inventaire des mesures non adaptées ou des situations de défaillance dans l'activité. Sur cette base, M. FOURNIER a écouté les propositions de ses interlocuteurs visant à sortir de la situation de blocage. Par la suite, la DPM tranchera, comme l'attend logiquement l'ARS. La DPM étudie actuellement trois ou quatre scénarios, avec Pierre Coriat et Yves Aigrain. Il les présentera ensuite aux doyens, dont la position sera naturellement très importante. Parallèlement, les services de la DPM chiffrent l'intérêt et l'impact des mesures envisageables pour sortir des situations de blocage. Ce chiffrage n'est pas anodin. Les communautés médicales peuvent proposer des solutions irréalistes, dès lors qu'elles déséquilibreraient un autre site. La DPM doit donc effectuer un exercice de projection budgétaire. L'ensemble de ce travail permettra de dire, dans un intervalle de temps aussi court que possible mais non dans la précipitation, quelles sont les solutions stables envisageables.

**M. FOURNIER** rappelle que le terme de « restructuration » fait aussi référence aux activités « supra-GH » et aux opérations à mettre en œuvre concernant des activités hautement spécialisées et souvent impactées par des problèmes de démographie médicale. Il s'agit de la quasi-totalité des activités médicales dépendant du SROS et d'une organisation réglementaire (neurochirurgie, transplantations, pédiatrie spécialisée, etc.). Ces domaines nécessitent des concentrations et cette orientation figure dans le projet médical du plan stratégique.

La mise en œuvre de ces concentrations nécessitera un travail collectif. Y seront associés dès le départ, les représentants des disciplines concernées, la DPM et les autres disciplines fonctionnelles ainsi que les doyens.

Une question reste à trancher quant à la présence d'un représentant de l'ARS, laquelle délivre les autorisations.

Enfin, la notion de restructuration renvoie à la fermeture de sites correspondants à des « coups partis ». Ceci désigne des opérations immobilières d'envergure (Rothschild, La Pitié Salpêtrière,

etc.) dont la réalisation a été effectuée alors que l'ouverture des établissements tarde. Les attermolements sont souvent d'origine médicale et le retard à l'ouverture est sévèrement critiqué hors de l'AP-HP. La DPM se fixe donc pour objectif d'ouvrir très rapidement ces sites, étant entendu que le *statu quo* ne peut perdurer.

Remerciant M. Fournier pour son exposé de méthode, qui lui paraît aller dans le bon sens, **M. CAPRON** indique que le syndicat des médecins appuiera ces orientations, dans la mesure de ses moyens. Revenant sur les propos de la Directrice générale quant à l'environnement économique de la révision des effectifs, M. CAPRON constate n'avoir entendu parler que d'économies portant sur le personnel, médical et non médical. Il attire l'attention de la Directrice générale sur le point suivant : on ne peut affaiblir les ressources soignantes, médicales et non médicales, impunément. Un exemple très inquiétant de dégradation est fourni actuellement par l'hôpital Tenon et il convient de veiller à ne pas multiplier ce type d'exemple. Il faut rechercher des économies hors du personnel soignant. M. CAPRON se félicite d'avoir vu apparaître à l'ordre du jour un point sur le plan d'amélioration de la facturation. Il s'agit en effet d'une priorité absolue : on ne peut laisser filer l'argent perçu et détruire les ressources soignantes. M. CAPRON rappelle avoir aussi évoqué, dans sa lettre ouverte, le problème du « gouffre informatique ». Il souhaiterait que des explications soient apportées en CME, lors d'une prochaine séance, sur les centaines de millions d'euros consommés par ce plan. M. CAPRON évoque ensuite les salaires d'internes non récupérés. Ces salaires doivent être remboursés mais ne sont même pas facturés. Le montant en jeu atteint sans doute 20 à 30 millions d'euros, alors que la révision des effectifs 2011 ne génèrera que 10 millions d'euros d'économie. Ces équilibres financiers doivent donc être mis sur la table et justifiés avant de dégrader les ressources soignantes, ce qui ne ferait qu'accentuer le déficit de l'AP-HP.

**M. LYON-CAEN** estime qu'on ne peut qu'être solidaire des propos tenus par M. Capron. Il souhaite revenir sur ceux tenus par M. Fournier : il est trop tôt pour dresser des louanges au nouveau directeur de la politique médicale mais M. LYON-CAEN considère que sa méthode est la bonne. Il relève toutefois que M. Fournier n'a pas abordé un sujet important : le trou béant qui existe entre une politique établie à un instant « T » et la stratégie qui suit la mise en œuvre de cette politique. S'agissant par exemple des bâtiments inoccupés, aucune réflexion n'a été menée, dans le cas des opérations citées, sur le devenir des bâtiments considérés, entre le moment où ils ont été conçus et le moment où ils ont été ouverts. L'Institution souffre d'ailleurs profondément d'une absence d'anticipation, ce qui réduit l'AP-HP à colmater des brèches. Il regrette également le manque de perspective stratégique, en raison d'un manque de personnel. Ces deux sujets se télescopent aujourd'hui avec force. Une réflexion médicale doit bien sûr être menée. La clarté doit aussi être faite sur le problème des personnels non médicaux. Des mouvements s'avèrent difficiles en raison de l'impossibilité de mouvement de certains personnels. Cette dimension humaine, très prégnante dans l'organisation générale des sites, ne doit pas être négligée.

**M. VALLEUR** souligne la détresse qui s'empare des communautés chirurgicales, en particulier à Ambroise Paré, où les acteurs volontaires d'une restructuration qui se voulait emblématique se retrouvent au milieu du gué.

Le solde de l'opération s'avère d'ores et déjà négatif, du fait de la perte d'un professeur d'oncologie. Le risque est maintenant de perdre deux professeurs de chirurgie – parmi les meilleurs – qui risquent de quitter l'Institution.

**M. LACAU-ST-GUILY** estime que la question revient à se demander quelle est la qualité minimale de l'offre que l'Institution peut délivrer. Les notions quantitatives sont essentielles dans



cette définition : le personnel médical et non médical doit être suffisant pour délivrer une médecine de qualité dans les hôpitaux, un niveau minimal devrait être défini.

**Le Président** observe que le niveau de dotation des structures médicales en personnel soignant risque de les faire tomber dans la non-qualité dès la suppression d'un emploi.

**La Directrice générale** convient que le cadrage de l'offre de soins de l'Assistance Publique doit être équilibré, en tenant compte des ressources et des projets de l'Institution. Il est question aujourd'hui du personnel médical. Il faut aussi se battre pied à pied sur les lignes des recettes. Le plan d'amélioration de la facturation illustre cette préoccupation. Si des difficultés informatiques ont été rencontrées avec l'outil HR Access, l'Institution recouvre actuellement les sommes qui lui sont dues. La Directrice générale souhaite que ce travail se poursuive avec méthode en 2011 et au cours des années suivantes. Elle précise qu'elle échangera aussi avec le Président de la CME sur la façon de répondre aux questions soulevées concernant le plan d'informatisation, étant entendu que la transparence sera nécessaire sur ce sujet. Pour le reste, la Directrice générale convient du besoin de mieux anticiper sur tous les sujets. Lorsqu'un bâtiment sort de terre quinze ans après sa conception, le risque est grand de voir son cahier des charges inadéquat. La DPM s'exprimera sur ce qu'elle perçoit comme une offre de qualité. La Directrice générale se dit consciente de la détresse des personnels d'Ambroise Paré. Cela constitue une priorité et l'Institution souhaite conclure le plus rapidement possible sur ce dossier

**Le Président** signale que le point sur les projets informatiques sera fait lors d'une prochaine CME, ainsi que sur les possibilités d'investissement des différents sites, compte tenu des limites qui existent actuellement dans ce domaine.

## **II. Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur les demandes de maintien et les reprises**

**Le Président** rappelle l'époque à laquelle la révision des effectifs des postes de PH constituait un système clos : les postes de PH libérés par des départs à la retraite étaient redonnés dans le cadre de demandes présentées par les institutions. Puis le système s'est ouvert lorsque, en plus de la redistribution des postes de PH, la possibilité a été donnée aux hôpitaux d'autofinancer des postes. Il convient toutefois de ne pas se méprendre : l'autofinancement des postes, mis en œuvre depuis huit ans, constituait déjà la mise en osmose de la masse salariale des praticiens attachés avec les postes de praticiens hospitaliers. L'an dernier, la révision des effectifs de postes de PH a été basée sur le troisième volet du temps médical, c'est-à-dire la permanence des soins. Un travail important est mené au sein de la CCOPS et il apparaît clairement que les indemnités de sujétion (80 millions d'euros) pénalisent la révision des postes de PH. En 2010, la révision des postes de PH a été jugée satisfaisante par tous. Elle était garantie par une diminution des coûts de la permanence des soins, qui n'a finalement pas diminué ou presque (1,5 million d'euros). La révision des effectifs de postes de PH, dont il a toujours été considéré qu'elle devait être basée sur une réflexion médicale, ne constitue qu'un volet de la dépense de personnel médical. Elle devra être mise en parallèle avec le travail mené par la CCOPS concernant la diminution des dépenses de permanence des soins d'une part et avec les postes d'attachés d'autre part. Les hôpitaux proposant des mécanismes d'autofinancement ont ouvert la porte à une osmose entre les postes de PH et le nombre d'attachés. Le sujet discuté ce jour portera sur la validation médicale de la nécessité du maintien et de la reprise de postes, la CME discutera au mois de décembre, des possibilités de créations de postes. L'accord final ne pourra être délivré que lorsque l'évolution de la permanence des soins aura été

définie de façon réaliste. Enfin, un troisième temps devra conduire à vérifier la possibilité de financement des orientations qui auront été retenues sur la base des besoins médicaux, en examinant notamment les autres postes de dépenses relevant de la permanence des soins.

Concernant ce domaine, M. CORIAT indique qu'il s'implique personnellement avec Monsieur Cheron au sein de la CCOPS afin d'identifier des pistes de travail et des économies potentielles. Ce travail, auquel les consultants ont été associés, sera d'ailleurs présenté lors de la prochaine CME. Un examen a été lancé sur le coût de la permanence des soins, hôpital par hôpital et spécialité par spécialité. Il apparaît déjà que le coût de la permanence des soins varie d'un à quatre d'un hôpital à un autre pour une activité équivalente. Ces différences devront être explicitées. La CCOPS a par ailleurs analysé toutes les astreintes payées par l'Institution. Certaines dépenses doivent être explorées plus avant et le Président espère que ce travail permettra de garantir une révision des effectifs des postes de PH, étant entendu que cette révision est essentielle. Ne pas recruter les plus jeunes personnels de l'Institution qui se sont formés reviendrait à les licencier et à perdre des compétences. Enfin, le Président constate que si, au cours des années précédentes, la liste des postes de PH pouvait être présentée aux spécialistes concernés au mois de décembre, une ultime étape de validation financière des postes sera indispensable cette année.

**Mme MARCHAND** en déduit que l'Institution recherche des économies et non à diminuer le temps médical. Les attachés sont des contractuels et la diminution de leur nombre revient à diminuer le temps médical, étant entendu qu'un poste de titulaire coûte plus cher qu'un poste de contractuel. Plutôt que de cibler les praticiens attachés, il conviendrait de rechercher des économies dans d'autres domaines que la masse salariale. Cela suppose de rechercher des économies au sein des services afin de préserver, *a minima*, voire d'augmenter le temps médical.

**Le Président** précise que la démarche qui sera menée a été engagée par les hôpitaux depuis longtemps : lorsqu'un établissement prélève 22 journées d'attaché pour créer un poste, cela montre que cette fongibilité existe déjà. Pour le reste, l'on s'oriente vers une forte diminution du nombre de postes d'internes étrangers, qu'ils appartiennent à la communauté européenne ou non, à travers une limitation des possibilités de stages. Une réforme des DFMS aura aussi pour conséquence de réduire le nombre d'anciens AFS et AFSA. Toutes ces orientations devront être mises en musique et coordonnées. Là encore, la réflexion devra être médicalisée. La suppression d'une garde ne pourra en tout cas être décidée que dans le cadre d'une restructuration. Par contre, le coût des astreintes appellera sans doute une réflexion.

**M. DEVICTOR** estime qu'il conviendra aussi d'inclure dans cette réflexion les spécialités dans lesquelles des personnels assurent des astreintes « de responsabilité ». Il s'agit par exemple des personnels passant le samedi ou le dimanche à l'hôpital parce qu'ils jugent que cette responsabilité leur incombe. Cela concerne aussi les « demi-gardes », qui sont souvent, en réalité, des gardes complètes.

**Le Président** estime qu'il faut tout de même se demander comment une astreinte peut être payée 100 000 euros par an dans un établissement donné. La CCOPS y travaille et des marges de manœuvre semblent exister de ce point de vue. Si ce travail n'était pas mené, il serait lancé par l'ARS. Celle-ci considère l'action de la CME comme emblématique de la volonté qui l'anime de se rationaliser. En outre, si une telle réflexion n'était pas menée, le travail lancé en matière de révision des effectifs ne serait pas financé et apparaîtrait donc comme un « leurre ».

A **M. CAPRON** qui rappelle que le paiement des gardes et astreintes peut être assimilé à un complément de salaire, **M. DASSIER** estime qu'il ne s'agit du tout d'un complément de salaire mais bien d'une rémunération pour honorer la particularité d'une activité hospitalière(travail de nuit ou de weekend dans l'établissement). Le samedi matin, est statutairement pour les PH une demi-journée ouvrable qui donne lieu à une récupération ou un jour sur le CET si le PH a déjà effectué ses 10 demi journées hebdomadaires.

**Le Président** confirme que des plages horaires additionnelles doivent être payées, si cela est justifié. Il est en tout cas essentiel de normaliser la facturation de la permanence des soins, sous peine de voir l'ARS mener ce travail à la place de la CME.

**Mme MARCHAND** note que les praticiens attachés semblent toujours considérés, dans le discours de M. Coriat, comme des « gens qui ne font rien ». Elle s'étonne de cette récurrence.

**Le Président** se défend d'un tel discours. Depuis sept ans, les attachés sont en osmose avec les PH. Il faut redistribuer le salaire et la dépense de temps médical vers ceux qui travaillent.

**M. HUBIN** indique que le groupe de travail restreint s'est réuni pour étudier les demandes de maintien et de reprise des postes de PH. De nombreux échanges ont également eu lieu avec les sites, au travers des participants aux groupes de travail. L'analyse a été menée selon trois axes de réflexion :

- la pertinence médicale de la demande (démographie médicale, cohérence avec le projet du GH, effectifs existants, attractivité pour les internes, score SIGAPS) ;
- la qualité de la candidature (classement des collégiales, CNPH...) ;
- la situation financière de l'hôpital demandeur (respect du plafond d'emplois, niveau de dépenses en matière de permanence des soins).

Il a par ailleurs été tenu compte d'un indicateur basé sur l'effectif médical rémunéré en 2009, rapporté à l'activité du service (volume des ICR (indices de compte de résultat) en chirurgie, nombre de séjours en médecine).

Les demandes ont été classées dans un premier temps en trois catégories :

- A (maintien) ;
- B : cas devant être réexaminés ;
- C : reprise du poste.

A l'exception de trois demandes, tous les cas de type B ont par la suite été ventilés dans les catégories A ou C.

Il existe à ce jour 187 demandes de postes de PH à temps plein et 26 demandes relatives à des postes à temps partiel.

Les enjeux portent sur :

- l'analyse médicalisée des demandes de maintien, en tenant compte du niveau de performance des services ;

- la gestion du turn over ;
- le niveau des reprises des postes, qui conditionne d'une part les créations nécessitant un financement institutionnel partiel ou total et d'autre part la contribution de la révision des effectifs de PH au plan de convergence de l'AP-HP.

Pour mémoire, la révision 2010 a contribué à hauteur de 2 millions d'euros au plan de convergence.

Le comité élargi a rendu 178 avis favorables au maintien du poste et 40 avis proposant une reprise de poste. Pour les PH à temps partiel, sur 35 demandes, 22 avis favorables et 13 avis défavorables au maintien ont été exprimés (soit 13 reprises). En termes de disciplines, le bilan montre une réponse favorable à 21 % des demandes de maintien.

Au total, 40 postes de PH à temps plein sont repris, pour un montant de 3 227 000 euros. S'y ajouteraient 13 reprises de postes à temps partiel, pour un coût de 715 000 euros. Les maintiens validés avec taxes représentent 703 000 euros. 15 reprises de postes sont liées à des promotions ayant eu lieu au sein du service (550 000 euros). Au total, le niveau des reprises s'élève à 5 195 000 euros, soit 19,6 % de la masse salariale globale (26 436 528 euros).

Ces reprises ne constituent pas la contribution nette de la révision des effectifs : certaines demandes de créations de postes nécessitent en effet des compléments de financement. Il faut donc essayer de fixer *a priori* le niveau maximum de masse salariale consacrée aux créations de postes par redéploiement des moyens, sur la base de la révision 2010 (une demande sur deux satisfaite) pour se faire une idée du niveau de la contribution nette totale de la révision des effectifs de PH au plan d'économies sur les dépenses de personnel médical 2011.

En tenant compte des hypothèses de redistribution de l'an passé, cela conduit à identifier la nécessité de mettre en réserve 2,25 millions d'euros afin de financer ces créations. Par ailleurs, les emprunts CME représentent 170 000 euros. Enfin, les postes repris mais présentés par les sites en maintien pour cause de redéploiement interne représentent 1,7 million d'euros. Au total, le solde net de contribution de la révision des effectifs au plan de convergence s'établirait à 1 070 000 euros.

Les prochaines étapes passeront d'abord par l'analyse des demandes de création de postes avant la CME du 7 décembre 2010, suivie d'un avis sur ces demandes. Un bilan consolidé des maintiens et des créations y sera également présenté.

**M. DEVICTOR** observe que la question des postes de PH financés partiellement réapparaît.

**Le Président** indique qu'il conviendrait de préciser quelle serait la contribution de la permanence des soins. Pour le reste, la CME devra pouvoir créer au titre des reprises, des postes que l'hôpital ne peut refinancer, dans un souci d'équité institutionnelle.

**M. CAPRON** observe que la contribution au retour à l'équilibre se chiffre à 1 070 000 euros, alors que le montant attendu était de 10 millions d'euros. Il demande aussi quel sera le montant disponible au titre des redéploiements.

**Le Président** précise que si la CME valide l'ensemble des postes repris, le montant dégagé s'élèvera à 5 195 000 euros. Une partie de cette somme doit permettre de rembourser les emprunts CME (170 000 euros) et soutenir l'autofinancement, pour les hôpitaux ne pouvant financer les postes. Il s'agit ensuite de déterminer le niveau auquel placer le curseur. La définition, sous l'angle

médical, des postes à créer constitue pour cela un préalable. *In fine*, la Direction générale de l'AP-HP rendra un arbitrage quant au montant de contribution de la révision des effectifs au plan de convergence. Si la CME fait preuve de pertinence et d'exigence, en se montrant médicalement irréprochable, elle sera légitime pour affirmer qu'on ne peut faire autrement que de suivre ses propositions.

**M. SEBBANE** souhaite que soient rappelées les modalités de reprise ou de maintien des postes au sein du service et au sein de l'hôpital.

**M. HUBIN** précise que dans le cas des reprises de postes faisant l'objet de redéploiements internes, une règle simple est appliquée : plutôt que de perdre le poste d'un service donné, le site propose de le redéployer au profit d'un autre service d'où une « demande de maintien de poste pour redéploiement interne ». Le groupe de travail a considéré qu'il fallait d'abord comptabiliser la reprise du poste, avant d'examiner les demandes de création de postes formulées dans ce cadre. Ce principe a été appliqué pour l'ensemble des demandes de redéploiements internes.

**M. LYON-CAEN** souhaite connaître l'avis de Monsieur Fournier concernant le retrait des postes de praticien hospitalier fléchés sur des disciplines « douleur » et « soins palliatifs ». Ces postes sont retirés à plusieurs reprises mais aucun travail d'anticipation n'est mené alors qu'il s'agit d'un aspect extrêmement important, qui devrait donner lieu à des recrutements. Lorsqu'il n'existe pas de candidat, l'activité considérée doit être développée : on ne peut accepter de perdre des postes dans des spécialités aussi importantes.

**Le Président** rappelle que si un poste est vacant, le Centre national de gestion (CNG) a le devoir de le reprendre. Pour le reste, des engagements ont été pris, concernant le financement du poste auquel Monsieur Lyon-Caen fait allusion. S'agissant de la douleur, il faut distinguer la douleur aiguë en milieu chirurgical, qui fait partie des activités réalisées par les anesthésistes et la douleur chronique qui doit faire partie d'un projet structuré au sein de l'hôpital.

**M. LYON-CAEN** maintient que l'on peut s'inquiéter de l'absence de candidat et de la disparition progressive des postes de PH dans ces disciplines.

Faisant part de son accord avec cette analyse, **M. BERCHE** estime qu'une solution consistera à « universitariser » cette spécialité regroupant les soins palliatifs et la douleur.

**M. LYON-CAEN** rappelle que les postes d'anesthésie et de réanimation font l'objet d'une révision « latérale ». Il souhaite qu'il soit précisé que les postes d'anesthésie de l'hôpital Beaujon ne seront pas alloués à une autre discipline.

**Le Président** assure qu'il n'y a aucune inquiétude à avoir de ce point de vue. Cela dit, six postes devraient être retirés en anesthésie dans le cadre de restructurations et de réorganisations. Cette discipline contribue, comme les autres, à l'effort général qui est demandé.

Par ailleurs, le Président souhaite que la CME discute de la demande concernant la pneumologie de l'hôpital Robert Debré. Cet établissement a fait valoir des arguments tout à fait recevables, concernant une spécialité qui fait partie des thématiques de l'hôpital. Le Président souhaite qu'elle fasse l'objet d'une classification différente.

**M. MUSSET** évoque le poste de biochimie de l'hôpital Antoine Béclère, qui a été purement et simplement repris. Il rappelle que cette activité réalise 19 millions d'euros d'actes B et que le

nombre de B par ETP est de 3,33, contre une moyenne de 2,4 au sein de l'AP-HP. Si les orientations retenues étaient validées, il ne resterait plus que deux PH temps plein au sein de ce service, alors même qu'il existe une candidate. En outre, il avait été proposé, en bureau élargi, qu'une masse salariale de 55 000 euros permette de recruter cette personne dès 2011, contrairement à ce qui est aujourd'hui indiqué.

**Le Président** estime qu'il conviendra, pour se prononcer de façon pertinente, de disposer de données relatives à l'organisation de la biologie au sein de ce groupe hospitalier. On peut notamment se demander si cette personne ne réalise pas des dosages qui peuvent être envoyés, par un moyen ou par un autre, à un autre niveau du GH. Un argumentaire, en quelques lignes, doit en tout cas être rédigé afin de préciser en quoi les activités de ce personnel sont indispensables.

**M. HINGLAIS** observe que la prochaine révision des effectifs, en 2012, sera effectuée par une CME dont la composition sera différente. Il souhaite donc s'assurer que la « mémoire » du travail de la commission sera conservée.

**Le Président** rappelle que ce principe avait déjà été écrit.

**M. CAPRON** souhaite défendre le poste de cardiologie et de maladies cardio-vasculaires de l'hôpital Européen Georges Pompidou. C'est celui des maladies vasculaires rares. Supprimer ce poste mettra sûrement en péril le renouvellement du centre.

**Le Président** estime que l'hôpital pourrait contribuer au financement de ce poste. Un arrangement doit pouvoir être trouvé en ce sens.

**M. JULLIARD** ne voit pas figurer, au titre des maintiens, le poste de cardiologie, à Corentin Celton.

**Mme FOURNIER** indique que ce poste sera examiné dans le cadre des demandes de création.

**M. JULLIARD** évoque aussi deux postes classés en catégorie B, concernant Albert Chennevier et un service de réadaptation cardiovasculaire qui va se retrouver en situation critique en juillet 2011, du fait du départ à la retraite de la chef de service et du départ, dans le privé, d'un PH en poste depuis 2004.

**Le Président** indique que ce sujet sera revu et mis en perspective avec la situation de l'hôpital Henri Mondor.

**M. SEBBANE** signale une erreur concernant le groupe Jean Verdier : un candidat est identifié en gynécologie, alors que le poste est classé C. A l'inverse, il n'existe pas de candidat en pédiatrie.

**Mme FOURNIER** assure qu'il n'existe aucune inversion : il s'agit d'un redéploiement temporaire qui a été proposé par le groupe, à hauteur de 73 000 euros.

**Le vice-président** précise que le classement C tient au dossier du candidat, qui n'a pas été validé par la collégiale d'obstétrique.

**M. WEILL** s'étonne de la reprise d'un poste en soins palliatifs et d'un poste dans le domaine de la douleur à l'hôpital Cochin et à l'Hôtel Dieu. Il a été décidé de regrouper l'ensemble des soins palliatifs à Cochin et les compétences de douleur à l'Hôtel Dieu. Or il existe un excellent candidat

pour chacun des deux postes demandés et ces postes sont supprimés, ce qui semble peu compréhensible.

**Mme FOURNIER** précise qu'il s'agit de deux demandes présentées en redéploiement interne et que: ces postes seront donc à nouveau examinés dans le cadre de demandes de création.

**M. WEILL** évoque ensuite un courrier adressé par le Président du CCM concernant le poste du VIH de Necker. L'hôpital Cochin souhaite que le financement du poste du PH qui a été muté de Necker vers l'Hôtel Dieu, suive la personne et son activité.

**Le vice-président** précise que ce projet est mené depuis 2005, en accord avec le directeur de l'Hôtel Dieu présent à l'époque, et le Doyen Berche. Il prévoit le regroupement des activités ambulatoires, de consultation et d'hospitalisation de jour du VIH à l'Hôtel Dieu, comme le valide un courrier de la DPM, après arbitrage rendu par la Direction générale de l'AP-HP. Il indique que la discussion porte sur la mémoire d'un engagement de la Direction générale de l'AP-HP, concernant une réorientation partielle de l'activité de l'Hôtel Dieu vers le VIH, des moyens devant accompagner cette évolution. Quatre emplois non médicaux ont été transférés afin de permettre la poursuite de cette activité sur le site de l'Hôtel Dieu.

**Le Président** précise que s'il s'agit d'un transfert d'activité du VIH de Necker vers l'Hôtel Dieu, le poste doit accompagner le mouvement.

**M. REMY** souhaite revenir sur le service de réadaptation cardiaque d'Henri Mondor. Il demande ce qui est envisagé pour ce service, qui est le seul à assurer les suites de soins cardiologiques et dont l'activité est en croissance permanente (+ 20 % en 2009 et + 10 % au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2010). Il existe aujourd'hui un PH à temps plein, alors qu'il n'existe aucun candidat pour le deuxième poste. M. REMY souhaite que le poste de PH à temps plein soit maintenu. Il plaide aussi pour que le temps soit laissé à l'établissement afin d'auditionner un certain nombre de candidats, ce qui suppose de débloquer une ligne budgétaire spécifique au titre du PHC.

**Mme FOURNIER** indique que ce principe a bien été validé le 15 novembre dernier.

**M. REMY** rappelle qu'en psychiatrie, un candidat qui est déjà sur le site était proposé. Il demande si un PHC sera accordé.

**Le Président** le confirme.

**M. SINGLAS** souhaite revenir sur le poste de Robert Debré qui figure en page 16. Il existe trois demandes de maintien dans la profession de pharmacien. Deux de ces demandes (Beaujon et Cochin) ont été classées en catégorie A tandis que celle concernant Robert Debré est en C. Il estime que ce dernier classement est risqué. S'il se produit un accident dans cet établissement, la CME devra valider la position prise pour ce poste, qui concerne une mutation interne du titulaire.

**Le Président** précise que le candidat ne pouvant être PH, le financement du PHC a été maintenu.

**M. FLEJOU** évoque le problème posé par ce qui est présenté comme la reprise d'un poste de PH à temps partiel en anatomie pathologique à l'HEGP. La situation de ce poste est particulière, puisque ce poste de PH à temps partiel avait été obtenu par autofinancement en 2009. La candidate, qui était un praticien attaché, ne s'est pas manifestée, pour des raisons que M. FLEJOU ignore et le poste est

resté vacant. Il est proposé de reprendre des moyens dans ce service alors que le praticien continue d'exercer ses fonctions.

**M. HUBIN** précise que le site a présenté une demande de maintien de poste alors que la candidate ne souhaite pas devenir PH ce qui soulève un problème.

**M. DELPECH** s'étonne de l'absence de maintien d'un poste de chimie métabolique à La Pitié Salpêtrière. Il existe un candidat (exerçant actuellement à Tenon) pour ce poste.

**Le Président** explique que si le praticien de Saint-Antoine Tenon mute vers La Pitié Salpêtrière, le poste de Saint-Antoine Tenon sera repris. Un arrangement doit donc être trouvé entre ces établissements.

**Mme MARCHAND** observe qu'un poste de praticien contractuel intermédiaire est souvent proposé aux praticiens attachés devenant titulaires. Ils refusent généralement une telle proposition, de façon légitime, car elle n'entraîne aucune augmentation de salaire. De plus, un temps partiel leur est parfois proposé alors qu'ils exercent une activité à temps plein. Enfin, un tel mouvement entraîne, pour ces praticiens, la perte de tous les droits liés au statut de praticien attaché.

**M. RYBOJAD** s'enquiert du devenir du poste d'anesthésie-réanimation de Saint-Louis. Il constate qu'une personne est candidate à l'hôpital Henri Mondor alors qu'un poste à temps plein a été demandé pour cette personne.

**Le Président** précise que le référentiel existant à Saint-Louis, en anesthésie, montre que cet établissement compte sept postes de PH en trop. De plus, il est prévu de supprimer une garde d'anesthésie. Celui-ci affiche donc une « sur-dotation » de huit PH, ce qui impose de redistribuer ces postes. Quant aux grands brûlés, des transferts d'anesthésie sont à prévoir avec l'hôpital Cochin.

En conclusion, le Président indique qu'à l'exception du poste de Robert Debré qui sera placé en catégorie A, tous les postes seront revus en groupe de travail restreint avant une présentation et un vote global en CME le 7 décembre.

**La Directrice générale** rappelle que le travail relatif à la permanence des soins et celui concernant les contractuels n'auront pas été effectués au mois de décembre. Elle ne pourra délivrer son avis définitif que lorsque l'instruction de ces deux dossiers sera achevée. La Directrice générale reviendra alors en CME, sans doute en début d'année 2011.

Concernant le travail sur les gardes et astreintes, **le Président** signale qu'il entend se rapprocher de Gérard Cheron. Il devrait donc pouvoir fournir des indications, lors de la CME du mois de décembre, sur les marges de manœuvre susceptibles d'être dégagées dans ce domaine.

### **III. Information sur l'accréditation des laboratoires de biologie médicale**

**M. VAUBOURDOLLE** rappelle que les mondes sur secteur public et privé s'ignoraient jusqu'à présent en matière de biologie hospitalière en France. Le secteur public était marqué par l'absence de règles sur le mode d'exercice, les qualifications ou les contraintes de moyens. En revanche, les laboratoires de biologie médicale (LBM) étaient soumis à la loi de 1975, qui n'avait pas évolué depuis trente ans. Après deux rapports et deux ans de discussion, la nouvelle législation de biologie



médicale parue en 2010 crée une harmonisation des pratiques publiques et privées : il s'agit d'un texte unique applicable partout. Il traduit aussi le choix de la médicalisation, à rebours de l'industrialisation. Il privilégie la « qualité prouvée » par une accréditation obligatoire. Il prévoit aussi une réorganisation de la distribution des laboratoires sur le territoire.

L'ordonnance du 13 janvier 2010, intégrée dans le Code de la santé publique et d'effet immédiat, est aujourd'hui applicable à l'ensemble des LBM publics et privés, ce qui signifie la fin de la déréglementation de cette activité à l'hôpital. Il a des impacts sur les missions des laboratoires. Il n'est plus question d'analyse médicale mais d'un examen, considéré comme un acte médical réalisé par un médecin ou un pharmacien spécialiste. Le périmètre de l'examen couvre désormais l'ensemble du processus depuis la prescription, jusqu'à l'interprétation du résultat, au même titre que pour un examen d'imagerie.

L'interface clinico-biologique se trouve renforcée, ce qui rend possible une modification de la prescription, dans un objectif de « juste prescription » ou dans une logique de maîtrise médicalisée qui pourrait conduire à supprimer des examens inutiles et redondants. Par ailleurs, des prestations de conseil et d'expertise sont renforcées, avec la nécessité du recueil des éléments cliniques pertinents, qui sera généralisée pour l'ensemble des examens. Enfin, l'éducation thérapeutique fait désormais partie des missions de la biologie, par exemple sous l'angle de l'auto-surveillance par les patients de leur glycémie.

Des responsabilités nouvelles incombent aux laboratoires sur les phases pré et post-analytiques. Des prélèvements auront lieu dans les unités de soins. L'acheminement, la réception, l'enregistrement et le traitement des examens seront placés sous la responsabilité du laboratoire. Des « unités pré et post-analytiques » se substitueront donc aux « centres de tri ». Une validation biologique et l'interprétation de tous les résultats seront à assurer dans tous les cas 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Enfin, tous les examens prescrits sur un site où le patient est prélevé sont placés sous l'autorité des unités pré et post-analytiques.

Le biologiste médical est désormais défini comme un médecin ou pharmacien spécialiste en biologie médicale. Des mesures transitoires peuvent s'appliquer et autoriser à exercer toute personne ayant pratiqué la biologie médicale pendant au moins deux ans au cours des dix dernières années. Le texte définit le statut de Technicien de Laboratoire Médical, reconnu comme un professionnel de santé. Un référentiel national de compétences sera prochainement créé.

Le texte a des impacts sur les structures avec en particulier la création du laboratoire multi-sites. Cela se traduit par l'existence de « laboratoires de biologie médicale de territoire », en application de la déclinaison prévue par la loi HPST. Des exceptions sont prévues pour les hôpitaux de Paris, Lyon et Marseille : l'ARS pourra autoriser plus d'un LBM par établissement dans ces trois villes, en fonction de l'organisation retenue. Il devrait exister au moins 12 LBM au sein de l'AP-HP.

La Direction du laboratoire est assurée par un « biologiste responsable ». Il n'existe pas de « co-responsable » dans le secteur public. Le représentant légal du laboratoire ne peut être, dans le public, que le directeur. Le biologiste responsable est le chef de pôle si le LBM constitue un pôle. Enfin, une présence effective sera nécessaire sur chaque site du LBM, aux heures d'ouverture du laboratoire.

Du point de vue des actions nécessaires à l'AP-HP, il est demandé de renforcer le partenariat clinico-biologique avec les unités de soins et de signer des conventions avec les directions des soins pour la maîtrise des prélèvements. Concernant l'exercice médical, une réflexion doit être menée sur

les recrutements futurs, qui devront faire l'objet d'un effort de planification. Enfin, en termes de structures, le texte pourrait soulever la question du maintien ou de la création de sites « satellites » de biologie médicale.

Il existe peu de temps pour l'accréditation, car l'étape de 2013 sera difficile à passer. Le « laboratoire cible », c'est-à-dire celui du GH, devra recevoir une accréditation délivrée par le Comité français d'accréditation (COFRAC). Cela suppose d'avoir déposé un dossier complet auprès de cet organisme au plus tard en novembre 2012, échéance qui semble très rapprochée au regard du travail à fournir dans ce cadre.

En matière d'accréditation, chaque GH doit définir de façon urgente le laboratoire cible et créer les pôles de biologie médicale, avec ou sans anatomopathologiste. Les biologistes responsables doivent être désignés et les directions de pôle doivent s'engager, avec les responsables de structures internes. La planification du projet d'accréditation requiert des formations et processus d'accompagnement ainsi que la mise en place d'un système d'information d'adapté. Il faut aussi prioriser, en interne, les investissements.

Soulignant l'importance de ce dossier, **le Président** se demande si la notion de laboratoire multi-sites n'est pas contradictoire avec les exigences désormais imposées pour la validation. Il demande aussi comment l'exigence d'un pôle de biologie médicale par GH est accueillie par la communauté des biologistes.

**M. VAUBOURDOLLE** explique que les activités pourront être réparties à l'initiative du laboratoire multi-sites. Un site central pourra par exemple regrouper la majeure partie de l'activité analytique, les sites satellites n'intervenant que pour les phases pré, post analytiques et pour l'analyse des résultats. Encore faut-il que les sites satellites disposent du personnel qualifié pour effectuer ces tâches. Par ailleurs, si la validation biologique est renforcée, les modalités seront assouplies (validation électronique, possibilité d'une aide par un système expert...). L'existence d'un système d'information unique de GH rend donc envisageable une mutualisation. Le calendrier actuel de déploiement du SGL (système de gestion des laboratoires) ne permet pas, toutefois, d'envisager ces évolutions à court terme.

**Le Président** demande s'il pourrait exister un seul pôle de biologie pour l'ensemble de l'AP-HP.

**Mme GAUSSEN** et **M. VAUBOURDOLLE** confirment que cette perspective n'est pas réalisable.

**M. VAUBOURDOLLE** précise qu'il est possible d'améliorer la logistique en utilisant des transports automatisés pour ce qui ne relève pas de l'urgence. Dans ce dernier cas, il faut tenir compte des besoins des cliniciens, ce qui requiert de maintenir des sites de proximité.

#### **IV. Plan d'amélioration de la facturation (état des lieux et perspectives)**

**M. SAUVAGE** rappelle que les recettes de titre 2 (correspondant à la part restant à la charge du patient, ou ticket modérateur) s'élèvent à environ 600 millions d'euros, soit près de 10 % des produits d'exploitation de l'AP-HP. Depuis la suppression du coefficient de convergence en 2007 et le nécessaire appariement des données médicales et des données administratives, les données de

facturation impactent l'ensemble des recettes T2A (titre 1), soit 3 milliards d'euros. Enfin, les rétrocessions (titre 3) représentent 300 millions d'euros.

La chaîne de facturation/recouvrement implique l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Elle peut être décomposée en trois phases mobilisant des acteurs distincts. L'activité est réalisée et décrite par le personnel médical et soignant (dans Gilda, SAP ou Phedra/Pharma, suivant les actes concernés). La facturation est ensuite confiée aux personnels administratifs des traitements externes / frais de séjour. Le recouvrement relève de la compétence de la Trésorerie générale, qui se fonde sur les informations saisies en amont par les services de l'ordonnateur.

Ces acteurs sont désormais très fortement dépendants les uns des autres. Les données médico-administratives doivent dorénavant être appariées pour être valorisées. Leur saisie concomitante est donc indispensable. Financièrement, dans un souci de gestion de trésorerie, le laps de temps entre la dépense et la recette doit être le plus court possible. A l'heure actuelle, le délai d'émission de la facture par l'AP-HP est assez long, ce qui génère des besoins de trésorerie à financer.

D'une façon générale, la facturation de l'AP-HP se caractérise aussi par :

- de forts taux d'annulation et de réémission des titres de recettes ;
- des taux de recouvrement défavorables ;
- des niveaux d'admission en non-valeur trop importants.

Ceci se traduit, au mieux, par des coûts de trésorerie dus aux retards de paiement. Dans le pire des cas, il peut exister des pertes de recettes définitives. Ce constat, connu et partagé, rend nécessaire une forte mobilisation de l'Institution, pour partie engagée ou programmée.

S'il apparaît que certains pans de l'activité sont convenablement décrits, ils ne peuvent être « décomptés », dans la mesure où le praticien ne va pas jusqu'au bout de l'utilisation du logiciel métier. En outre, des dossiers restent bloqués en « créances non imputées » (non facturées), car le débiteur n'est pas défini, dans l'attente du classement (ALD ou non) du patient par le praticien. Il arrive aussi que les patients se rendent en consultation sans se faire enregistrer et sans passer en caisse.

Une attention particulière doit être portée à la description de l'activité et à son exhaustivité en période de clôture. Le recouvrement est meilleur lorsqu'il se situe à proximité du soin. Au-delà de la période de clôture, la qualité du codage PMSI et son exhaustivité doivent constituer une priorité institutionnelle. La mesure des écarts de codage, à l'Hôtel Dieu, a mis en évidence des possibilités d'amélioration de recettes de près de 5 millions d'euros. M. SAUVAGE précise toutefois que cet établissement se distinguait nettement du reste de l'AP-HP, en termes de qualité de codage, comme cela était apparu lors de la mise à disposition de l'outil d'amélioration du codage par le DIM.

L'amélioration de la qualité des informations relatives aux patients par les personnels des frais de séjour / traitements externes constitue un autre objectif. Il s'agit d'améliorer les informations administratives (nom, adresse) du patient, qui conditionnent directement l'efficacité du recouvrement. A l'heure actuelle, près d'une facture sur six revient à l'Institution avec la mention « NPAI » (n'habite pas à l'adresse indiquée) Il s'agit aussi d'améliorer les informations liées au débiteur (ouverture de droits, mutuelles, etc.), de limiter les annulations ou réémissions de titres. Pour cela, un certain nombre d'actions et projets ont été lancés et commencent à porter leurs fruits.

Un plan d'amélioration de la facturation et du recouvrement (PAFR) a été lancé dès 2008. Il se fonde sur des diagnostics réalisés par établissement, suivis par la mise en place de plans d'actions. L'objectif est de généraliser le déploiement du PAFR dans l'ensemble des établissements en 2011. Un travail est mené dans le cadre de la réflexion sur l'optimisation des fonctions supports lancée par la Direction générale. Un programme d'actions communes AP-HP /Trésorerie générale est en cours d'élaboration. La réduction des ANV (Admissions en non valeur) constitue aussi un objectif prioritaire.

**M. SAUVAGE** conclut en soulignant que ce chantier porte sur une problématique d'autant plus aiguë que la mise en place de la facturation directe (au fil de l'eau) est programmée à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

**Mme MARCHAND** demande si l'absence de recouvrement a été étudiée en biologie, en particulier en ce qui concerne les prélèvements externalisés.

**M. CATELAND** confirme que ce sujet a été étudié, l'identification du patient s'avère toutefois peu évidente.

**M. CAPRON** souligne le grand intérêt d'un tel chantier, qui peut augurer d'une augmentation sensible des recettes de l'AP-HP. Les médecins peuvent agir, en se montrant extrêmement exigeants quant à leur codage. Il faut les aider, au moyen d'outils adéquats. Il souligne aussi la nécessité de préserver aussi le personnel administratif pour effectuer l'ensemble de ce travail.

**M. SAUVAGE** assure que la DPM est tout à fait disposée à procéder à des audits de la qualité du codage, avec des sociétés spécialisées, en fonction des demandes des GH. L'expérience de l'hôpital Cochin, qui a fait évoluer son mode de codage en recourant à des spécialistes, est suivie avec attention afin de mesurer la pertinence de cette démarche.

**M. SAUVAGE** confirme à **M. ALVAREZ** qu'il existe une réelle facturation des BHN en biologie.

**Le Président** demande si cette action pourra être positivement valorisée dans l'EPRD 2011 et dans quelle mesure.

**M. SAUVAGE** souhaiterait que le montant des créances irrécouvrables commence à diminuer dans l'EPRD 2011, même s'il craint que cette inflexion ne se dessine sensiblement qu'à partir de 2012. La qualité du codage n'a jamais été spécifiquement isolée des prévisions de recettes attendues dans le cadre du PMCT (poids moyen du cas traité) qui a continué d'augmenter en 2010. Il considère que l'action lancée avec les DIM, à compter de juin 2010, y a contribué.

**Le Président** souhaiterait en tout cas que les gains devant résulter de ces démarches soient assortis d'objectifs chiffrés.

**M. FAYE** demande ce que les retards, impayés et annulations de créances représentent.

**M. SAUVAGE** précise que les créances irrécouvrables représentent, en 2010 près de 50 millions d'euros. Ce montant est en augmentation par rapport à 2009.

**M. FAYE** souligne que les chirurgiens seront très sensibles à leur association à une telle démarche. Celle-ci suppose, pour les chirurgiens, de coder au plus près de l'acte, c'est-à-dire dans le bloc

opérateur. Par ailleurs, existent des efforts à produire dans l'administration, adosser celle-ci à la facturation reviendrait à rendre hommage à l'activité médicale.

**Le vice-président** rappelle que dans la grande majorité des sites, le codage est réalisé en fin d'intervention au bloc opératoire et fait partie du geste opératoire.

**M. LYON-CAEN** juge théorique la présentation qui a été faite. Il remarque qu'elle n'a pas abordé les dispositifs médicaux, qui constituent pourtant une source non négligeable de pertes. Il faut aussi préciser la façon dont les activités de consultation et les nouveaux actes peuvent être répertoriés. Il en résulte de nouveaux besoins et des métiers sont appelés à se développer. Or les structures ne peuvent remplir correctement ces tâches. Les caisses de consultations sont parfois fermées, en conséquence de quoi les patients échappent à la facturation.

**Le Président** remercie Monsieur Sauvage d'avoir répondu de façon précise à une demande de la CME. Il souhaite que le chapitre « ressources » de l'EPRD 2011 valorise les ressources susceptibles d'être dégagées par cette démarche.

## **V. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité**

**M. HARDY** précise qu'il demeure une incertitude quant au calendrier de réalisation des opérations de création, de modification et de suppression des structures médicales et de création des pôles d'activité.

### **Robert Debré**

Pôle « chirurgie » :

- Changement de rattachement du DAR et de son UF.
- Modification de l'intitulé du pôle chirurgie en pôle « chirurgie et anesthésie » dans un souci de cohérence et d'organisation.

### **Bicêtre**

Pôle « biologie – pharmacie – produits de santé » BIOPAS :

- Modification du rattachement de l'UF de parasitologie-mycologie dorénavant rattachée au service de microbiologie-bactériologie-virologie.

Pôle « digestif – anesthésie réanimation – locomoteur » DAL :

- Création d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) directement rattachée au pôle DAL.

Pôle « neurosciences – tête et cou » :

- Suppression du service de stomatologie,
- Création d'une UF d'odontologie au sein du service ORL et chirurgie carvico-faciale.

## **Cochin – Saint Vincent de Paul**

### Pôle pédiatrie générale et pluridisciplinaire

### Pôle médico chirurgical pédiatrique

### Pôle réanimations, urgences et anesthésie

- Modification des 3 pôles communs et des UF « miroir » du site de Saint Vincent de Paul qui deviennent des pôles directement rattachés à Necker. Toutes les structures deviennent mono sites.

**Cochin** (suite au transfert de la chirurgie de transplantation hépatique de Cochin à Saint Antoine en novembre 2009)

### Pôle « hépto-gastroentérologie médico chirurgical » :

- Modification du département des maladies du foie et transplantation hépatique :
- Changement d'intitulé
- Suppression des UF de chirurgie hépatique et voies biliaires, transplantation hépatique et d'hépatologie médicale hôpital de semaine
- création de deux UF :
  - UF d'hépatologie hôpital de jour
  - UF d'addictologie et d'hépatologie

**Hôtel Dieu** (suite au transfert de l'hématologie clinique de l'Hôtel Dieu à Saint Antoine en juin 2010)

### Pôle « spécialités médico-chirurgicales » :

- Suppression du département d'onco-hématologie-soins palliatifs et des UF d'hématologie, greffe de moëlle ;
- Modification du rattachement des UF oncologie et hôpital de jour dorénavant rattachées au pôle.

**Cochin – Hôtel Dieu** (suite au transfert de l'activité de chirurgie digestive et bariatrique de l'Hôtel Dieu à Cochin en mai 2010)

### Pôle « hépto-gastroentérologie médico chirurgical » de Cochin :

- Création d'une UF de chirurgie digestive et bériatrique
- Modification de l'intitulé de l'UF de chirurgie digestive et endocrinienne en UF de chirurgie digestive, hépatobiliaire et endocrinienne.

### Pôle « spécialités médico-chirurgicales » de l'Hôtel Dieu :

- Suppression du service de chirurgie générale, viscérale et thoracique et ses UF
- Création d'un service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire,
- Création d'un service de chirurgie thoracique

Pôle « activités à dominante ambulatoire » de l'Hôtel Dieu :

- Suppression de l'UF de chirurgie plastique et maxillo-faciale et stomatologique, activité rattachée dorénavant au service de chirurgie générale plastique et ambulatoire.

**Cochin – Hôtel Dieu** (*réorganisation des activités de prise en charge de la douleur*)

*création d'une structure unique de prise en charge de la douleur chronique*

Pôle « urgences – réanimations » de Cochin :

- Suppression du centre d'évaluation de la douleur

Pôle « urgences – proximité et prévention » de l'Hôtel Dieu :

- Création d'une UF de prise en charge de la douleur chronique rattachée directement au pôle.

*Création d'une structure unique de soins palliatifs*

Pôle « urgences – réanimations » de Cochin :

- Fusion de l'UF de soins palliatifs de l'Hôtel Dieu et de Cochin

Pôle « spécialités médico-chirurgicales » de l'Hôtel Dieu :

- Suppression de l'UF de soins palliatifs.

**Hôtel Dieu**

Pôle « odontologie » :

- Suppression du pôle d'odontologie et de ses structures internes.

**Armand Trousseau**

Pôle « pédiatrie médicale et urgences » :

- Transformation de l'UF de pédiatrie générale et aval des urgences en service de pédiatrie générale et aval urgences
- Transformation du service de néphrologie pédiatrique en UF de néphrologie pédiatrique directement rattachée au pôle.

**M. RILLIARD** signale que la création de l'unité fonctionnelle d'Odontologie, à Bicêtre, pose problème. La commission des structures du 28 septembre 2010 a approuvé ce projet sous réserve qu'il soit présenté à la collégiale d'odontologie et soumis à son approbation, ce qui n'est pas le cas. De plus les missions de cette UF d'odontologie ne répondent à ce que prévoit le plan stratégique 2011-2014 de l'AP-HP pour cette discipline.

**Le Président** s'étonne que les représentants de la discipline ne soient pas favorables à la création d'une unité fonctionnelle dans cette discipline.

**M. FAYE** regrette que le Président de la commission des structures n'ait pas consulté la collégiale d'odontologie.

**Le Président** rappelle que chacun savait ce qui s'était passé, dans la mesure où le projet était public. L'hôpital s'est exprimé à plusieurs reprises sur ce sujet et des contacts ont certainement été pris à l'hôpital. Il considère qu'on ne peut surseoir à la création de cette unité. Le Président invite les représentants de cette nouvelle unité fonctionnelle à prendre contact avec le CCM.

**Le Président** propose à la commission de valider l'ensemble des propositions relatives aux structures médicales, ces dossiers ayant déjà reçu l'avis favorable de la commission des structures.

*La proposition de création des structures médicales est adoptée à l'unanimité.*

## **VI. Présentation du programme MIQISIS (message aux internes sur la qualité et la sécurité des soins)**

**Mme VIDAL-TRECAN** présente l'outil MIQISIS, qui pourra être présenté en présentiel dans les hôpitaux de l'AP-HP et qui est dans une version qui sera rapidement finalisée visible sur un site internet. Une présentation suivant le parcours du patient hospitalisé ou une navigation par thème sont possibles.

*Une animation de quelques secondes est projetée, suivie par une démonstration des messages accessibles sur le site MIQISIS. <http://miqisis.aphp.fr>*

**M. CHOUSTERMAN** explique, en sa qualité de représentant des internes, que ces derniers disposent de notions assez vagues en matière de qualité et de sécurité des soins. Les internes de l'AP-HP s'engagent à largement diffuser l'information relative au programme MIQISIS.

**Le Président** salue les efforts déployés par Madame Vidal-Trécan pour convaincre les internes d'avoir participé à la démarche et pour la réalisation de ce travail. L'association de cette population était essentielle, dans le cadre de la démarche qualité de l'Institution.

**Mme VEINBERG** insiste sur la nécessité de ne pas se tromper concernant le sexe et la date de naissance du patient.

**Mme VIDAL-TRECAN** signale qu'une annexe, parmi les documents mis en ligne, répond à cette préoccupation.



## **VII. Information sur la rencontre du siège avec la Haute Autorité de Santé**

*Ce point n'a pas été abordé.*

## **VIII. Point sur le suivi des dépenses de personnel médical**

**Le Président** observe que les actions entreprises par la CCOPS en matière de rationalisation des dépenses de soins commencent à porter leurs fruits.

**Mme TERQUEM** indique que les chiffres à fin octobre, confirment la tendance à la baisse des dépenses de permanence des soins du personnel médical. Ces dépenses, selon les chiffres disponibles dans OPALE, sont en diminution d'un million d'euros environ, par rapport à octobre 2009. Le résultat en fin d'année devrait toutefois avoisiner les 3,2 millions d'euros de dépassement par rapport à la notification (qui intègre une réduction des dépenses de 3 millions d'euros par rapport à 2009).

**M. HUBIN** ajoute que les mesures 2010 devraient produire, en année pleine pour 2011, environ 2 millions d'euros d'économies.

**Le Président** précise qu'un point complet sera fait sur ce sujet lors de la prochaine CME.

## **IX. Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> septembre 2010**

**M. HUBIN** indique que les consultanats validés figurent dans le dossier remis aux membres de la CME. Trois dossiers qui avaient reçu un avis défavorable de la CME ont fait l'objet d'un refus de la part de l'ARS. Un quatrième dossier a fait l'objet d'un avis favorable de l'ARS, après que la CME ait émis un avis défavorable.

## **X. Avis sur des contrats d'activité libérale**

**M. HUBIN** propose que la CME se prononce sur un nouveau contrat à l'hôpital Tenon et un renouvellement à Necker, ces dossiers ont tous été validés par la commission des effectifs et du temps médical présidée par M. Vasseur.

*Les contrats d'activité libérale sont approuvés à la majorité de 13 votes pour, 4 personnes s'abstenant et 3 votes contre.*

## **XI. Approbation du compte-rendu des séances du 6 juillet et 14 septembre 2010**

**M. MUSSET** signale que le compte-rendu de la CME du mois de septembre 2010 fait état d'une demande de mise en place d'un groupe de réflexion sur la radiologie interventionnelle. Il est souhaitable que ce groupe de travail soit mis en place et rende ses conclusions avant la fin de la mandature actuelle de la CME. Il faut en effet traiter ce problème d'urgence, compte tenu de la démographie médicale.

**Le Président** rappelle que la CME a été quelque peu ralentie par la nécessité, pour la Directrice générale, de former son cabinet et son équipe. Il confirme qu'il est indispensable de rouvrir le dossier des activités supra-GH, parmi lesquelles figure la neuro-radiologie interventionnelle.

*Le compte-rendu des séances du 6 juillet et du 14 septembre 2010 est approuvé à l'unanimité.*

## **XII. Questions diverses**

*Ce point n'a donné lieu à aucun échange.*

*La séance est levée à 12 heures 50.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 7 décembre 2010 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 24 novembre 2010 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.

