

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 10 AVRIL 2007**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 10 avril 2007

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur le bilan de l'activité 2006 et le plan d'action 2007 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).
- 2- Point sur le système d'information domaine patient.
- 3- Point sur l'information médicalisée.
- 4- Bilan des travaux sur l'activité ambulatoire.
- 5- Bilan de l'activité de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS).
- 6- Rapport de la commission centrale de l'activité libérale à l'AP-HP.
- 7- Modalités d'évaluation des unités cliniques.
- 8- Avis sur des fiches de pôles d'activité.
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 10- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service.
- 11- Approbation des comptes rendus des séances des 13 février et 6 mars 2007.
- 12- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Proposition d'emplois de PHU au titre de la révision des effectifs 2007.

Composition C

- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.
- Avis sur la désignation de deux chefs de service à temps plein, hors CHU, à titre provisoire.
- Avis sur le changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers.

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière de MCU-PH.

Composition A

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR de PU-PH.

Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
 - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. LECOUTURIER, représentant le comité central technique d'établissement,
 - Mme le Dr TORRE, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;

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

- *les représentants de l'administration :*
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier universitaire sud,
 - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale ;

 - M. le Pr BERGMANN, président de la COMEDIMS,
 - M. le Pr KIEFFER, président de la CCOPS,
 - M. le Pr LEPAGE, directeur du projet système d'information patient,
 - Mme PORTENGUEN, direction de la politique médicale,
 - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

*

* *

Le président **de PROST** ouvre la séance en évoquant le récent décès du Dr BRUNET. Agé de soixante neuf ans, il a été chef du service de gériatrie de l'hôpital Joffre.

Il excuse ensuite Mme SCHLEGEL et MM. BERCHE, GUILLEVIN et SCHLEMMER avant de procéder à l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Avis sur le bilan de l'activité 2006 et le plan d'action 2007 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

La parole est donnée à **M. BERGMANN** pour présenter le dernier bilan de la COMEDIMS dont la structure va évoluer (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

1- L'activité de l'année 2006.

L'instance plénière fonctionne autour d'un bureau et de quatre comités spécialisés consacrés aux médicaments, aux dispositifs médicaux stériles, à l'iatrogénie et aux antibiotiques. Une réunion mensuelle permet de réduire les délais pour instruire les dossiers.

a) L'évolution des dépenses de médicaments.

On enregistre une croissance de 12 % de la consommation des médicaments par rapport à 2005, soit un coût total de 300 millions d'euros pour les médicaments en hospitalisation et de 242 millions d'euros pour les médicaments rétrocédés. La moitié correspond à des médicaments hors groupe homogène de séjour (GHS) facturés en supplément ; le coût de ces médicaments va continuer à augmenter. Le nombre de médicaments rétrocédés diminue de 10 %.

La plus grande partie des dépenses correspond notamment aux médicaments d'immuno-hémato-cancérologie et à quelques médicaments utilisés pour les maladies rares.

Les dépenses des médicaments les plus chers comme le Rituximab, l'Infiximab ou les immunoglobulines, hors GHS, connaissent une croissance de 10 % à 20 % par rapport à 2005. Les médicaments rétrocédés hors GHS concernent essentiellement les maladies rares et les anti-VIH.

Les dispositifs médicaux connaissent une croissance de 13 %, dont 8 % pour le matériel chirurgical, pour un total de plus de 200 millions d'euros.

b) Les actions de la COMEDIMS.

En 2006, la COMEDIMS s'est attachée à travailler sur la juste prescription et sur le contrat de bon usage. Elle a poursuivi d'une part l'élaboration des référentiels utilisés par l'institut national du cancer (INCa), l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et la haute autorité de santé (HAS), d'autre part, ses travaux d'évaluation des nouveaux dossiers et de recommandation de bon usage. Elle a aussi tenté de dynamiser le fonctionnement des COMEDIMS locales.

Dans le cadre de *la juste prescription et du contrat de bon usage (CBUS)* la COMEDIMS a classé en trois groupes les recommandations pour les médicaments hors GHS, et participé aux travaux du comité de pilotage du bon usage pour mettre en place le contrat et son suivi, au niveau central et local.

Le comité du médicament (COMED) a traité cent cinquante dossiers d'admission ou de saisine et des réévaluations de classes. Il a notamment revu l'ophtalmologie, la rhumatologie, la stomatologie et continué ses recommandations et ses suivis de consommation.

Le comité des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) a travaillé notamment sur des réévaluations de classes et des expertises sur des produits innovants. Plus d'un tiers des quatre-vingts dix mille références disponibles à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris a été revu par le CODIMS.

Le comité anti-infectieux (COMAI), en étroite collaboration avec le COMED, a évalué les nouveaux médicaments d'infectiologie, participé à la campagne de bon usage des antibiotiques et assuré le suivi de la consommation en doses journalières.

Le comité de la iatrogénie (COMIA) a contribué à l'évaluation et à la proposition de fiches pour les médicaments hors GHS et pour la prévention de l'iatrogénèse.

2- Le plan d'action de la COMEDIMS pour l'année 2007.

Les grands axes de travail auxquels la COMEDIMS devra s'intéresser dans l'avenir concernent :

- la poursuite de l'indispensable évaluation des nouveaux produits ;
- la réévaluation des classes ;
- l'implication des COMEDIMS locales dans le contrat de bon usage et dans l'évaluation des médicaments hors GHS.

La COMEDIMS publie quatre bulletins par an et les conclusions de ses travaux sur son site Internet.

M. BERGMANN rappelle ensuite ses requêtes des années passées. Les moyens organisationnels et financiers demandés en 2003 ont été obtenus tandis qu'en 2004, les efforts sollicités en matière d'informatique n'ont pas connu de succès alors que des outils informatiques corrects sont nécessaires pour recueillir des données précises. En 2005, la COMEDIMS a porté l'accent sur la communication.

Pour l'instant, le principal échec concerne la faible mobilisation de la base, des prescripteurs, à l'égard des travaux de la commission. Si ceux-ci critiquent fréquemment l'action de cette dernière, il est cependant difficile d'obtenir leur participation active ou leur consentement sur des évolutions parfois douloureuses mais nécessaires. Les efforts de la prochaine commission devront porter sur ce domaine, conseille l'orateur.

Pour que les prescripteurs s'impliquent, ils doivent obtenir en retour de cette démarche une certaine reconnaissance. Or, le dernier flash sur le bon usage des produits de santé ne reprend aucun des efforts de la COMEDIMS, regrette M. BERGMANN, alors qu'il importe de mentionner la qualité du travail accompli par ceux qui collaborent avec la commission. La nouvelle sous-commission consacrée à la qualité sera peut-être un vecteur dans ce sens mais elle n'empêchera pas un certain sentiment de frustration.

Il espère enfin que la campagne de bon usage qui débute contribuera à sensibiliser les prescripteurs aux travaux de l'instance et au bon usage des produits de santé.

Le **président** remercie les professionnels qui participent à ces travaux et indique que la nouvelle commission imposée par la loi conservera les objectifs et l'esprit de la COMEDIMS, avant d'ouvrir le débat.

Selon **M. LE HEUZEY** un des principaux freins à l'implication des médecins réside dans les multiples saisies consommatrices de temps pour certaines molécules ou dispositifs innovants notamment lorsqu'il faut remplir un document différent pour le CBUS, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), la HAS et une société savante. Le système ne fonctionnera qu'avec une saisie unique pour un même acte.

En accord avec cette remarque **M. BERGMANN** explique que cette situation résulte d'un manque de coordination mais aussi d'outil informatique.

Pour **M. LEPAGE** la question concerne le partage d'informations au sein de l'AP-HP, de la région Ile-de-France et à l'échelle nationale. L'outil le plus performant ne rendra pas pour autant leur partage possible, si les informations demandées ne sont pas rigoureusement identiques. C'est la raison pour laquelle l'administration diffuse le message d'une nécessaire standardisation et d'un partage de l'information.

A propos des anticancéreux, **M. CHAUSSADE** fait savoir que l'INCa a récemment élaboré un référentiel alors que l'AP-HP a déjà édicté ses propres règles. Compte tenu de l'ampleur des enjeux économiques associés, il demande si le référentiel de l'INCa deviendra opposable, auquel cas les prescripteurs de terrain devront alors s'y intéresser et faire évoluer leurs pratiques.

M. BERGMANN répond que le référentiel national primait précédemment, à présent c'est celui de l'INCa tandis que celui de l'AP-HP disparaît.

S'agissant de la cancérologie digestive, il convient de transmettre aux prescripteurs le message suivant : il faut notifier dans le dossier du malade les situations qui ne sont pas listées en groupe 2, organiser des réunions de concertation en cancérologie, préciser les éléments hors du cadre référentiel et les arguments cliniques et ceux issus de la littérature justifiant la décision prise. Si cet effort de motivation des choix réalisés est accompli, le risque financier devient alors faible, estime-t-il.

M. LACAU ST GUILY fait savoir que les informations dont on dispose sur ce sujet montrent que la pratique de gestion de ce type de prescription en cancérologie depuis quelques années passe par l'assentiment de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) locale. Il semble que dans un certain nombre d'hôpitaux, une opposabilité ait été énoncée par les pharmacies locales. Il existerait donc un possible conflit de prescription entre la RCP et la compréhension que peuvent en avoir les pharmacies.

Aucun pharmacien en cancérologie à l'AP-HP ne refusera la dispensation d'une chimiothérapie qui sortirait du référentiel, affirme **M. BERGMANN**. En revanche, le pharmacien est en droit de s'assurer que la décision a été prise dans le cadre d'une réunion de concertation.

Puis à l'adresse de **Mme DEGOS**, il déclare que le bilan de l'action des COMEDIMS locales s'avère mitigé et variable d'un hôpital à l'autre. Lors d'une récente réunion, il leur a expliqué que dans le cadre du contrat de bon usage et de la juste prescription et avec des référentiels désormais nationaux, le rôle de la COMEDIMS centrale ne devait pas se limiter à la veille bibliographique ou à un recueil des volumes de prescription. Tout passera dorénavant par les COMEDIMS locales, aussi il demandera à chacune d'entre elles de se fixer des objectifs en termes d'audit des dossiers et des pratiques ou de concertation.

La CME approuve à l'unanimité le bilan de l'activité 2006 de la COMEDIMS.

II- Point sur le système d'information domaine patient.

Après avoir évoqué le processus de sélection de l'industriel, **M. LEPAGE** développe les principes de mobilisation de l'AP-HP au niveau central et dans ses différents hôpitaux.

Le déploiement du système d'information clinique à l'AP-HP.

a) Le calendrier.

La notification du marché est intervenue voici huit jours, on se situe désormais dans la phase de convergence ou de cadrage d'une durée de dix-huit mois.

Parallèlement à ce processus, on lance le projet de serveur d'identité sur le plan technique afin de le déployer sur l'ensemble des hôpitaux dès avril 2008.

Le premier pilote interviendra au quatrième trimestre 2008 et on validera alors l'ensemble des outils du système d'information. Deux pilotes supplémentaires seront mis en place pour la phase d'industrialisation. L'objectif vise à parvenir à un outil opérationnel tant en informatique qu'en formation et en conduite du changement pour le déploiement.

Au début de l'année 2009, cette industrialisation sera testée sur deux pôles d'un hôpital et la formation des personnels lancée. Une deuxième phase permettra de certifier et de valider cette formation.

La maîtrise d'œuvre sera assurée en totalité par l'industriel qui passera le témoin à l'AP-HP lors de la phase d'industrialisation.

Le déploiement se fera par unité de soins de l'ordre de trente lits. Ce processus s'organisera dans le cadre d'une première phase de quatre à six mois pour procéder à une personnalisation de l'outil clinique, une préparation technique et un paramétrage des plateaux-techniques, puis démarrera le déploiement au rythme d'une unité de soins par semaine.

L'équipe de déploiement, présente pendant quinze jours dans l'unité, comprendra deux personnes de la direction du projet système d'information, une ou deux personnes du service informatique local, une infirmière et un médecin de l'unité de soins. Au total, seize semaines seront nécessaires pour un hôpital de quatre cent cinquante lits.

b) Le schéma d'organisation du projet NSI.

Instance qui exécutera la plus grande partie du pilotage, le conseil exécutif local s'appuiera sur une équipe de coordination gérée par un référent global du nouveau système d'information (NSI) en binôme avec un médecin. Ce binôme s'adosera sur les différentes directions (soins infirmiers, service informatique local, ...). On disposera d'un administrateur NSI par hôpital qui gèrera la mise en place de ce projet et d'un référent par domaine qui s'appuiera sur des équipes de déploiement.

c) La démarche du projet d'intégration.

On se situe actuellement dans la phase de cadrage du projet avec l'industriel. On va définir un certain nombre d'éléments techniques et fonctionnels, l'architecture des données, puis procéder au cadrage des différentes bascules (identité, dossier patient, prescriptions...). On s'intéressera ensuite à la conception et au prototypage en association avec l'atelier de conduite du changement et on procédera à une validation avant la mise en place sur le site pilote.

Chaque étape donnera lieu à des revues de fin de phase trimestrielle, de plus on souhaite amplifier la communication et la conduite du changement dans chaque hôpital.

d) Les acteurs impliqués.

Des experts métiers participeront à la conception de la solution, à la qualification des écarts identifiés et à la recette de la solution. Issus des hôpitaux, à désigner dès maintenant par hôpital avec un profil médecin, un profil soignant, un profil non-médecin et non-soignant, ils auront vocation à agir en tant que référents fonctionnels de leur hôpital lors de la phase de déploiement et de validation. Des consultants spécialisés seront également sollicités.

Le comité d'écart composé de dix à douze personnes se réunissant tous les quinze jours, devra arbitrer les écarts identifiés par les experts métiers, valider la position des experts ou de l'industriel, ou trouver une solution intermédiaire. Il sera possible de faire appel à des consultants spécialisés.

Les référents fonctionnels de pôle à désigner dès à présent, agiront comme des relais de conduite du changement, communiqueront au sein des pôles sur l'avancée du projet et les fonctions mises en place et réaliseront la vérification de la recette de la solution.

Les référents fonctionnels des unités de soins interviendront lors de la phase de déploiement.

Les référents techniques, issus des services informatiques locaux, opéreront tout au long du projet dans leur hôpital.

Le secrétaire général et les directeurs exécutifs de groupement hospitalier universitaire travaillent actuellement au regroupement de plusieurs hôpitaux par GHU afin de développer une force de frappe des équipes informatiques plus importante qu'à l'heure actuelle.

La charge de travail attendue pour chaque fonction s'élève de 10 % à 20 %, hormis pendant la phase de prototypage qui requiert la présence de certaines personnes quatre jours par semaine tous les quinze jours pendant trois mois. Le comité d'écart sera sollicité une demi-journée ou une journée tous les quinze jours. Les référents fonctionnels de pôle recevront plutôt des informations mais risqueront d'être davantage sollicités pendant la phase de vérification de la conformité.

Pour conclure, M. LEPAGE indique que la phase d'appel, réalisée dans les temps et sans difficulté juridique, a permis de se structurer, de renforcer la direction de projet et de mettre en place une réelle méthodologie de conduite de projet. La deuxième phase comprend la période de généralisation de trois ans et la période d'intégration de dix-huit mois.

Le choix de la solution de Thalès a induit à renforcer la conduite de projet au sein de la direction des projets du système d'information patient.

La principale difficulté de ce chantier réside dans la déclinaison d'un même projet institutionnel sur tous les hôpitaux de l'AP-HP. Cette spécificité, parfois difficile à comprendre, nécessite un partage d'informations lequel à terme, s'étendra à la région et probablement à l'échelle nationale. Ce projet suppose une réelle mutualisation des efforts au sein de l'AP-HP et avec les autres CHU.

L'orateur insiste enfin sur l'importance d'exclure toute spécificité par hôpital ou par service et sur le fait que le succès de la démarche se fonde sur une forte mobilisation de tous les acteurs dont les utilisateurs et la commission médicale d'établissement laquelle doit jouer un rôle en matière de communication et de conduite du changement.

Le **président** salue la clarté de la présentation, constate l'état d'avancement du projet et souligne le respect du calendrier prévisionnel avant de donner la parole aux intervenants.

Il semble important à **M. FAGON** que la CME reste impliquée dans ce projet et bénéficie de points de suivi rapprochés. Il considère indispensable d'indiquer clairement aux sites les modalités de désignation des experts métiers et de compensation de la période de trois mois à temps plein qu'ils consacreront à ce projet. La deuxième difficulté réside dans les demandes d'outils spécifiques qu'immanquablement formuleront certains services.

Enfin, il convient d'exploiter l'expérience des hôpitaux Georges Pompidou, Beaujon et Pitié – Salpêtrière mais aussi Robert Debré par exemple qui disposent déjà d'un outil informatique.

Après avoir convenu de l'utilité de poursuivre le travail de collaboration avec la CME, **M. LEPAGE** signale que les collégiales seront associées sur des aspects du dossier patient, dans le cadre de règles clairement définies. L'objectif vise à obtenir pour chaque spécialité des éléments d'information communs par spécialité, voire même trans-spécialité pour certains d'entre eux. Il s'avère peut-être plus pertinent, se demande-t-il, de travailler par type de prise en charge que par spécialité, affirmant que ne sera créé aucun dossier de spécialité par hôpital.

S'agissant de la prise en compte de l'expérience des trois hôpitaux qui ont mis en place METASYS, il convient de distinguer l'outil de la structure de l'information. La proposition faite par Thalès constitue une solution réellement intégrée. Cependant, il faut en effet s'appuyer sur l'expérience des différents hôpitaux qui ont déjà créé des systèmes d'information et reprendre les formulaires élaborés après leur validation par des collègues.

Puis il déclare à l'adresse de **M. CORIAT** qui suggère de publier des fiches de postes du référent fonctionnel de pôle afin que les hôpitaux puissent effectuer leur choix sur la base la plus large possible, que cette démarche est prévue.

S'il ne nourrit aucune inquiétude sur l'implication des médecins ni sur la réussite du projet à terme, **M. RICHARD** considère qu'il faudra regarder la manière d'investir les différents services informatiques locaux, de les sensibiliser pour que des référents soient désignés dans chaque hôpital et s'assurer que leur motivation à l'égard d'un projet qui peut être perçu comme leur étant imposé du siège ne faiblira pas. Il s'interroge sur l'aspect organisationnel notamment sur l'articulation entre Thalès et les informaticiens locaux car il a souvent l'impression d'un différentiel de motivation entre les informaticiens institutionnels et ceux qui mettent en place le nouveau système.

En effet, on doit gérer le dispositif transitoire en préparant le futur souligne **M. LEPAGE**. A l'avenir, la direction des projets sera amenée à prendre en charge l'aspect Helpdesk pour l'ensemble du système. Un numéro de téléphone unique sera utilisé pour signaler les incidents. La gestion de ces dysfonctionnements sera centralisée car si l'on constate un problème sur un hôpital, il est très probable qu'il se manifestera ailleurs.

Parallèlement, les services informatiques locaux devront évoluer car existent de fortes inégalités quantitatives et qualitatives des ressources informatiques locales. L'objectif vise à distinguer d'une part des centres de compétences fonctionnels, d'autre part une direction informatique chargée d'uniformiser et de standardiser la communication entre serveurs et de renforcer les compétences locales en les regroupant en deux ou trois centres au sein de leur GHU.

Puis à une question de **M. KANIA** concernant l'intégration des bases de données de la recherche clinique dans le nouveau système informatique, **M. LEPAGE** répond que le cahier des charges prévoit la reprise de l'existant. Celle du dossier patient dépendra d'un éventuel accord sur le dossier patient de spécialité dans le nouveau système d'information. Par exemple, la collégiale de cardiologie disposant pour les angioplasties d'un dossier commun à l'AP-HP et à la région, le dossier sera le même dans le nouveau système d'information contrairement au cas de figure d'un dossier de recherche clinique différent dans chaque hôpital, lequel ne sera pas repris.

Par ailleurs, on regardera avec Thalès comment exporter un certain nombre d'informations détenues dans le dossier patient pour les réintégrer dans les dossiers de recherche clinique.

Enfin, **Mme BRAILLY-TABARD** indiquant que tous les hôpitaux au sein d'un GHU ne semblent pas disposer du même système de gestion des laboratoires (SGL) et **Mme DEBRAY-MEIGNAN** désirant savoir si les hôpitaux gériatriques qui achèvent le déploiement d'ACTIPIDOS seront intégrés et aidés, **M. LEPAGE** signale que l'année dernière le siège avait demandé à tous les hôpitaux de l'AP-HP de se rassembler pour réaliser un appel d'offres unique à propos des SGL. Les quatre appels d'offres réalisés en 2005 ont conduit à choisir le même industriel, également retenu en 2006. Tandis que quelques hôpitaux exploitent des systèmes différents, quinze hôpitaux de court séjour travaillent avec la même société. Le système de gestion des laboratoires de ces hôpitaux sera intégré sans difficulté au système d'information clinique.

On compte intégrer les hôpitaux gériatriques et on a prévu une équipe de déploiement spécifique chargée de l'intégration des hôpitaux disposant déjà d'un système d'information ACTIPIDOS. Pour ces établissements, la phase de préparation sera plus importante mais celle de mise en place, plus rapide.

III- Point sur l'information médicalisée.

M. CHATELLIER expose les avancées réalisées dans le domaine du programme médicalisé du système d'information (PMSI) depuis 2004, dans le cadre du passage à la tarification à l'activité (T2A) (cf. document présenté lors de la séance).

1- Les acquis au cours de cette CME.

Les acquis portent notamment sur :

- le développement d'un outil de prévision de l'activité avancée à la demande de la direction générale soucieuse de placer l'activité au centre de la réflexion de médecin ;
- un suivi de cette politique avec la mise en place d'un tableau de bord mensuel au niveau de la direction générale et actuellement diffusé dans chaque hôpital ;
- un partage de l'information afin de parvenir à des constats communs entre le siège et les hôpitaux en matière de chiffres d'activité.

Cette politique se poursuivra dans les années à venir, l'objectif visant également à intégrer la prévision des recettes au niveau des hôpitaux, puis des pôles.

L'activité pour l'année 2006.

Les 1 150 000 séjours se répartissent à part égale entre l'hospitalisation partielle et l'hospitalisation complète. L'hospitalisation dans les hôpitaux de court séjour domine, mais l'activité d'hospitalisation aiguë des hôpitaux de soins de suite et de réadaptation (SSR) n'est pas négligeable.

L'objectif principal de l'hospitalisation complète consiste à prendre en charge des malades atteints de pathologies lourdes, car la valorisation moyenne de ces séjours n'est forte que pour ce type de situation.

L'AP-HP a mené une politique vigoureuse d'augmentation de l'activité en 2005 et 2006, avec 2 % d'augmentation, soit 12 000 séjours. Seuls 8 800 séjours sont porteurs d'une augmentation de l'activité et donc de l'augmentation de recettes, facilitant ainsi l'équilibre budgétaire. Puis, l'orateur illustre par deux exemples la nécessité pour chaque hôpital de prendre conscience des chiffres de base à utiliser pour réaliser la prévision d'activité et le pilotage.

2- Les objectifs pour la période de 2007 à 2008.

La politique engagée se poursuit notamment en diffusant dans chaque hôpital les outils développés initialement au siège. L'outil entrepôt de données partagées (EDP), permettra l'accès aux informations détenues au niveau central et son périmètre s'étend au siège, aux hôpitaux et aux pôles.

M. CHATELLIER souhaite mettre en place une information institutionnelle unique et éviter le maintien d'informations locales. Il importe donc que chacun participe à la validation de cet outil. Seules les données transmises par le siège sont prises en compte pour l'analyse de l'activité réalisée et pour son paiement.

3- Les conséquences de la T2A.

En 2006, environ 6 000 dossiers ont été contrôlés par les caisses d'assurance maladie et l'exigence à l'égard de la qualité du PMSI s'est renforcée.

Il faut notamment :

- la réalité des actes médicaux mentionnés ;
- une justification médicale des diagnostics portés sur le résumé d'unité médicale (RUM) ;
- un codage correct des diagnostics et des actes ;
- une adéquation entre la prestation et la structure ;
- une justification des pratiques médicales.

La multiplicité des acteurs dans le champ de la qualité, requiert une concertation et une coordination dans la définition et le suivi de la politique de gestion de la qualité.

Les contrôles effectués en 2006 ont donné lieu à 554 séjours déclassés en raison souvent de l'absence de dossier médical et 3 286 séjours reclassés en actes externes.

La CME devra retravailler sur la question du codage impropre et de la qualité du dossier médical car cela entraîne désormais des pénalités financières.

4- La remontée mensuelle d'information.

A partir du mois prochain, la remontée des informations du PMSI deviendra mensuelle rendant cruciale la question de la qualité. Face à cet enjeu et à l'arrivée du nouveau système d'information, une réflexion sur l'organisation s'impose.

A l'occasion de la préparation des conférences, activité, stratégie, performances (ASP), on a constaté que certains hôpitaux parviennent à une exhaustivité de 98 % alors que d'autres atteignent seulement 60 %. Il n'est pas normal de constater de tels écarts.

Ce message doit être relayé dans chaque hôpital car les enjeux principaux du codage et de la T2A s'expriment en termes de pertes de recettes et de frais financiers pour l'AP-HP, qui a besoin de vingt-cinq millions d'euros par jour ouvrable pour fonctionner.

Le système à mettre en place entre le siège et les équipes locales pour assurer la qualité concerne surtout une gestion de la non-qualité, c'est pourquoi le but des équipes locales et des présidents de comités consultatifs médicaux vise avant tout de garantir aux équipes MSI la meilleure qualité de codage initiale possible. Cette nouvelle organisation de contrôle de la qualité génère une surcharge de travail importante pour tous.

5- L'activité pour l'année 2006.

Le département de l'information médicale travaillera avec les collégiales sur l'information médicalisée. L'augmentation de l'activité pour les séjours de plus d'une nuit porte essentiellement sur la gynécologie – obstétrique adulte et aussi sur la médecine interne, la chirurgie orthopédique et la cardiologie.

Il s'agit de regarder précisément où se situe l'augmentation d'activité, puis d'en évaluer les perspectives.

L'AP-HP disposant de plusieurs services pour la même spécialité, les écarts d'activité doivent être analysés pour voir s'ils proviennent d'une concurrence externe, d'une mauvaise organisation interne ou de problèmes locaux.

Le travail sur l'évaluation de l'activité par emploi à temps plein (ETP) a été relancé avec les anesthésistes, les chirurgiens et les radiologues. Il s'agit de mesurer la production et de la rapporter aux ressources utilisées dont le personnel médical et non médical. Cette réflexion doit être menée avec les collégiales et les spécialistes en information et il importe de développer pour chaque spécialité et pour chaque segment d'activité des indicateurs clairs validés, précis et acceptés par tous afin de piloter les performances.

Pour conclure, M. CHATELLIER déclare que la qualité du codage concerne tous les acteurs. Avec un codage incorrect, l'analyse d'activité sera erronée. Par exemple, un changement de groupe homogène de malade a une incidence sur la durée moyenne de séjour et sur le calcul de l'indicateur de performance de la durée de séjour.

Un codage incorrect empêche l'obtention du financement adapté à l'activité. Une sous-estimation de 1 % à 2 % des recettes pour l'AP-HP correspond à des centaines de millions d'euros. Le codage et sa qualité concernent donc tout l'hôpital et impliquent la facturation, les pharmaciens, les médecins, les plateaux-techniques.

La première mesure à adopter pour répondre à cet enjeu est d'explicitier les organisations de codage. Les cadres administratifs des pôles ont un rôle déterminant à jouer. Les médecins devront assurer le codage des actes au fil de l'eau.

Enfin, il insiste sur la liaison entre le dossier médical papier et le dossier informatisé car les organismes de contrôle se basent uniquement sur la comparaison entre le dossier médical et le résumé d'unité médicale. Si les informations manquent dans le dossier médical la valorisation sera incomplète.

A la fin de l'exposé, la discussion s'engage.

Selon **M. LACAU ST GUILY** le codage en temps réel constitue un problème urgent dont les médecins ont conscience de l'importance, aussi attire-t-il l'attention de l'instance sur les difficultés techniques telles que l'inaccessibilité du dossier du patient ou des salles d'opération, qui forment un frein à ce codage en temps réel.

De même, il s'étonne de la dualité des réponses techniques apportées par les départements de l'information médicale et les directions des services informatiques. Il s'agit peut-être d'une question de répartition des rôles, mais il appartient à ces services de résoudre les problèmes techniques et de mieux collaborer.

M. CHATELLIER reconnaît l'existence d'une difficulté de coordination entre le secteur informatique et la gestion de l'information médicale, à des degrés divers selon les hôpitaux. La notion de qualité administrative doit concerner autant la partie GILDA que les applications l'accompagnant. Le contrôle qualité au niveau informatique, pour l'instant insuffisant, ne permet pas d'assurer un service continu vingt-quatre heures sur vingt-quatre, alors que les chirurgiens travaillent fréquemment la nuit. S'ils ne peuvent pas procéder immédiatement au codage en raison de l'inaccessibilité du serveur, ils risquent à juste titre d'en attribuer la responsabilité à la gestion administrative.

Par ailleurs, on note une forte inégalité des moyens d'un hôpital à l'autre qu'on s'efforcera d'atténuer au cours de l'année 2007. En revanche, il se dit plus réservé sur l'indisponibilité des salles car l'expérience à l'hôpital Européen Georges Pompidou a montré que la question se pose plutôt en terme organisationnel.

M. LE HEUZEY insiste sur la fragilité de l'activité, sujette non seulement à l'arrêt de travail des chirurgiens ou des médecins mais surtout à la vacance des postes d'infirmiers. En effet, au cours des cinq dernières années, les variations d'activité et les fermetures de lits dépendaient moins des absences des médecins que de celles des infirmiers.

M. CHAUSSADE, qui procède au codage au fil de l'eau sur les classifications communes des actes médicaux (CCAM) demande la finalité d'un deuxième codage pour le PMSI.

Par ailleurs, il explique qu'on a parfois besoin de conserver un certain nombre de patients la nuit à l'hôpital après des actes techniques, mais dans certains cas, pour obtenir une valorisation maximale, on devrait les garder deux nuits. De temps en temps, on est donc obligé de procéder ainsi et de conserver pendant une nuit des patients qui ne sont pas admis en hôpital de jour. Or ces situations sont très mal valorisées.

M. CHATELLIER précise qu'il examinera avec attention la dimension du codage pour le personnel. En outre, le système d'information ne facilite pas le repérage de l'activité des malades hospitalisés dans un autre service.

Il convient de s'interroger sur cette difficulté en conférence stratégique ou budgétaire. L'activité s'avère en effet fragile et chaque malade compte, aussi il faut constamment surveiller cette variable en intégrant les difficultés signalées.

S'agissant des paradoxes du codage, un médecin doit procéder à un codage correct de ses patients sans essayer d'anticiper les conséquences en matière de T2A. Chacun doit rester dans son rôle et les tentatives d'optimisation du dispositif ont tendance à s'annuler.

Le codage des actes constitue aujourd'hui une nécessité car il existe un unique système d'information en France, le PMSI que tous les hôpitaux et toutes les cliniques privées utilisent.

IV- Bilan des travaux sur l'activité ambulatoire.

Le groupe a débuté ses travaux en 2005 indique **M. AIGRAIN**, suite au constat d'un net retard de l'activité chirurgicale ambulatoire à l'AP-HP par rapport aux structures participant au service public hospitalier et celles privées d'Ile-de-France et à ses conséquences en terme de parts de marché.

Le développement de l'activité ambulatoire a été considéré comme un levier pour relancer l'activité chirurgicale, par un « effet vitrine » ; le nombre de places n'était pas un frein compte tenu de leur utilisation à hauteur de 50 % des capacités. L'optimisation des capacités disponibles a été orientée vers le recrutement de nouveaux patients ambulatoires afin d'obtenir le transfert vers l'hospitalisation ambulatoire d'un certain nombre de patients pris en charge en hospitalisation complète afin d'y libérer des capacités pour des séjours présentant une valorisation importante des recettes.

Après avoir défini les actes à analyser et en fonction de l'organisation ambulatoire réglementaire, le groupe CME-DPM a examiné :

- le nombre de séjours réalisés au sein des structures ambulatoires à partir des actes précédemment identifiés ;
- le nombre de séjours de zéro à une nuit réalisés en hospitalisation complète ;
- le nombre de séjours chirurgicaux d'une durée supérieure à une nuit.

Huit sites hospitaliers, soit onze unités au total, présentaient une organisation réglementaire regroupant en un même lieu les possibilités d'hospitalisation de ces patients. Le nombre de séjours de ces unités a augmenté de 10 % entre 2005 et 2006, reflétant les effets positifs d'une réelle politique incitative de l'institution. Une diminution du nombre de séjours de zéro à une nuit en hospitalisation complète, conforme aux orientations, a été observée. Les services chirurgicaux conventionnels connaissent une légère augmentation. La situation est contrastée selon les huit sites aux normes. Dans certains, une augmentation du nombre de séjours en ambulatoire est constatée ; dans la plupart des sites, le nombre de séjours de zéro à une nuit est resté stable. Un certain nombre connaît une augmentation des séjours chirurgicaux conventionnels.

Les perspectives pour l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour 2008 portent sur le maintien du contrat d'activité proposé aux hôpitaux disposant des structures réglementaires en accompagnant l'activité supplémentaire par une dotation financière spécifique accordée à celles-ci.

Certains sujets d'inquiétude financière plaident, selon M. AIGRAIN pour un développement de l'activité.

- Il est prévu d'augmenter le financement des séjours réalisés en ambulatoire pour certains groupes homogène de malades (GHM) tout en diminuant les GHM jumeaux réalisés en hospitalisation conventionnelle, notamment pour les hernies et les cataractes. On constate une augmentation modérée de ces actes lorsqu'ils sont réalisés en ambulatoire, mais une diminution lorsqu'ils sont réalisés en séjour de plus d'une nuit. L'argument qui consistait à conserver le patient hospitalisé plus d'une nuit dans le but d'obtenir une valorisation plus forte est désormais caduc.

- Cinq couples de GHM bénéficient depuis 2007 de règles spécifiques : les séjours ambulatoires seront financés à 100 % en T2A alors que les séjours de plus d'une nuit seront financés à 50 % en T2A tout en subissant une forte réduction de la dotation complémentaire. Un séjour réalisé en ambulatoire rapportera donc deux fois plus qu'un séjour réalisé en hospitalisation conventionnelle. Selon l'hypothèse de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), 90 % de ces séjours devraient être réalisés en ambulatoire. Ils concernent la prise en charge : des cataractes, des drains trans-tympaniques, des ligatures de veines et éveinages, des circoncisions, du canal carpien.

Sur ces cinq diagnostics, les pertes de financement par séjour selon la prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle représentent un écart de plus de 1 000 euros par séjour, soit un total de plus de 2 millions d'euros par an pour l'AP-HP.

Il est vraisemblable que ce dispositif s'étende à l'avenir à d'autres groupes de diagnostics, selon une forte incitation de la part des tutelles au développement de l'activité ambulatoire. Ceci correspond, le plus souvent, à une réelle amélioration qualitative de la prise en charge des patients et représente un réel bénéfice en termes de réduction des risques de maladies nosocomiales et de diminution de la perte d'activité pour les patients.

Le **président** constate que le développement de l'ambulatoire, qui s'inscrit dans le cadre du plan stratégique et constitue un domaine d'activité essentiel, a accumulé un certain retard. Il juge positif de voir le dispositif se compléter d'autres initiatives telle celle de la DHOS.

Mme PALAZZO s'informe des modalités de communication envisagées pour organiser la communication auprès des praticiens sur ces règles qu'elle considère méconnues.

M. CORIAT demande ce qu'il en est de la fermeture de lits d'hospitalisation conventionnelle lorsqu'un hôpital souhaite créer une structure ambulatoire et comment l'établissement gère la situation par rapport au siège.

Pour certains patients fragiles comme les personnes très âgées, pour lesquelles les morbidités et comorbidités associées sont très importantes, des précautions particulières doivent être prises, intervient **M. BAGLIN** auquel il semble déraisonnable de recourir systématiquement à la prise en charge ambulatoire.

La question de l'information semble très importante à **M. AIGRAIN**, elle dépasse largement le simple cadre du développement des activités ambulatoires. Les échanges entre ceux qui travaillent de manière approfondie sur les dossiers et connaissent les règles, et l'ensemble des professionnels qui réalisent cette activité, sont très difficiles à mettre en place. De même, les CCM devraient installer des relais permettant d'assurer la transmission de l'information. Pour les hôpitaux de jour, des médecins coordinateurs ont été désignés par les conseils exécutifs locaux ; il serait utile qu'ils se réunissent régulièrement afin d'être informés de l'évolution de ces règles.

Puis, l'orateur précise que la règle qui consistait à exiger la fermeture de lits d'hospitalisation conventionnelle lors de la création d'une structure d'hospitalisation de jour n'existe plus. L'objectif est d'ouvrir ces structures et de voir ensuite si les lits de la structure d'hospitalisation conventionnelle sont toujours occupés ou s'il est nécessaire de redéployer les moyens. Dans ce domaine, chaque site doit prendre ses propres décisions en fonction de l'évolution de son activité.

S'agissant de l'observation de M. BAGLIN, il indique que la DHOS a fixé le seuil de 90 % pour les cinq diagnostics. La cataracte concerne par exemple souvent des patients âgés. De même, en pédiatrie, les recommandations interdisent la chirurgie ambulatoire avant six mois. Ainsi, une part importante de l'activité n'entre pas dans le cadre des règles générales. Il est donc nécessaire de prendre en compte les terrains particuliers et les règles de l'art. La meilleure justification est un dossier médical bien tenu qui permettra de mettre en évidence ces éléments.

V- Bilan de l'activité de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins.

M. AIGRAIN, après avoir remercié les membres de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins, précise que celle-ci s'est réunie fréquemment avec un sous-groupe du groupe personnel médical. Par la suite, la CCOPS a poursuivi ses travaux en fonction des problèmes identifiés, en respectant le rythme statutaire.

1- Les attributions de la CCOPS.

Les missions de la commission centrale concernent la définition des schémas d'organisation de la permanence des soins par discipline et par GHU.

Le travail a notamment porté sur la réorganisation par GHU du dispositif de traitement des urgences chirurgicales nocturnes adultes. Le travail initié sur la garde polyvalente en biologie a été poursuivi et une réflexion sur les gardes de radiologie à l'AP-HP amorcé. La commission a procédé à l'arbitrage des litiges ou des dysfonctionnements dans les dispositifs de permanence retenus localement ou par spécialités.

La CCOPS a également travaillé sur :

- la participation des internes à la permanence des soins en dermatologie à l'hôpital Henri Mondor ;
- la place de l'interne de garde et la nécessité de lui attribuer un référent ;
- l'organisation nocturne des plasmaphèreses ;
- la prise en charge des urgences maxillo-faciales et stomatologiques pédiatriques.

2- Les urgences chirurgicales nocturnes.

Ce dossier a largement mobilisé la commission observe M. AIGRAIN. Le dispositif de traitement des urgences chirurgicales nocturnes adultes de l'AP-HP mobilisaient des équipes médicales, chirurgicales, anesthésiques et soignantes (les infirmiers de blocs opératoires et les infirmiers aide-anesthésistes) dans tous les hôpitaux accueillant des urgences pour une activité opératoire variable selon les sites mais souvent faible. Les urgences les plus vitales étaient réparties de manière très fragmentée sur les différents sites de l'AP-HP. Un appel à candidature avait été lancé afin de contractualiser avec les établissements volontaires dans chaque GHU le traitement obligatoire des polytraumatisés et des urgences vitales d'une part et d'élaborer un schéma stratégique global pour les patients à opérer sans urgence d'autre part. Ce système avait été mis en place à moyens constants, sans transfert de moyen envisagé dans l'immédiat, mais en incitant à une mutualisation de la participation aux gardes telle qu'elle a par exemple pu être mise en place entre les hôpitaux Lariboisière et Saint-Louis.

Pour chaque GHU, un centre «urgences vitales» et un centre «autres urgences chirurgicales» ont été définis, mais cette organisation n'a pu être mise en place regrette l'intervenant. Pour le GHU nord, deux centres participent aux urgences vitales, l'un spécialisé dans le traitement des polytraumatisés, l'autre dans le traitement des autres urgences vitales. Trois autres centres traitent les autres urgences chirurgicales. Il faut néanmoins garder à l'esprit que le GHU nord traite 40 % des urgences prises en charge par l'AP-HP. Par ailleurs, l'hôpital Avicenne joue un rôle déterminant en Seine-Saint-Denis, puisque les urgences chirurgicales nocturnes de ce département se regroupent progressivement sur ce site.

S'agissant du traitement des urgences vitales, si on se réfère aux données du codage PMSI, il apparaît que le nombre de patients polytraumatisés pris en charge en Ile-de-France continue à diminuer, ce qui constitue une bonne nouvelle. L'émiettement de ces patients pris en charge à l'AP-HP diminue. L'affichage de ce dispositif combiné à une régulation pré-hospitalière de l'ensemble de ces patients a conduit à leur regroupement sur les centres classés en A, c'est à dire sur les hôpitaux Bicêtre, Henri Mondor, Beaujon et Lariboisière ; ce dernier a conservé une activité stable alors que ce site n'était théoriquement pas en charge du traitement des polytraumatismes, de même que Bichat.

Les choses sont en revanche beaucoup plus discutables pour les centres B.

L'hôpital Saint-Louis est théoriquement classé comme centre C et n'est donc pas censé participer aux urgences chirurgicales nocturnes ; cependant on constate que l'activité chirurgicale nocturne de Saint-Louis a augmenté sur cette période. Il s'agit d'assurer soit la continuité des soins pour des malades déjà présents dans les services de l'hôpital, par exemple la reprise chirurgicale nocturne de malades très lourds, soit le rôle de référent des réanimateurs, soit l'activité de prélèvement à cœur arrêté qui vient de débiter et qui impose le maintien d'une garde chirurgicale et anesthésique complète.

L'objectif de ce dispositif n'était en rien financier, il visait à améliorer la gestion du temps médical, qui s'annonce comme un enjeu majeur pour les années à venir. La démarche consistant à recentrer l'activité chirurgicale nocturne sur un site unique par GHU peut fonctionner pour la chirurgie orthopédique, mais il n'en va pas de même pour l'activité chirurgicale viscérale. Dès qu'un hôpital possède une offre de soins et des moyens de réanimation lourds, il devient impossible de supprimer l'activité nocturne en chirurgie viscérale.

Une réflexion doit donc être menée, d'une part, sur la répartition des services d'accueil des urgences, et d'autre part, sur l'offre de soins en chirurgie viscérale de façon à déterminer si celle-ci doit rester répartie sur les différents sites ou s'il faut prévoir des regroupements de services.

3- Les gardes de biologie.

Les travaux précédemment lancés ont été poursuivis, l'évolution se fait vers une garde polyvalente séniorisée par site. Le chantier biologie est aujourd'hui pratiquement achevé.

4- La radiologie.

Il convient de distinguer deux sujets différents.

- L'expérimentation entre les hôpitaux Hôtel-Dieu et Cochin concernant la garde de radiologie générale consiste à offrir la possibilité d'une lecture à distance des examens et d'un partage de cette garde entre deux sites. Ce projet, techniquement réalisable, connaît un retard. Il reste à vérifier si les urgentistes trouveront dans ce mode de fonctionnement les référents nécessaires.
- Les activités radiologiques très spécifiques posent un problème de temps médical. Les dotations en gardes et en personnel médical sont très variables selon les sites et résultent davantage d'un historique que d'un volume d'activité. Le nombre de praticiens seniors compétents pour réaliser ces gestes est très limité et la rémunération s'avère peu attractive par rapport aux conditions d'exercice du secteur libéral.

Le projet pour les astreintes interventionnelles de radiologie.

Le projet visait notamment à mettre en place, en plus du système existant, une astreinte forfaitée pour les hémorragies de la délivrance qui représentent, en terme d'embolisation, 200 à 220 interventions par an et trois fois plus de séjours.

Le schéma d'organisation proposé consistait à demander aux hôpitaux qui disposaient, en plus du service de radiologie interventionnelle, d'une maternité et d'une réanimation chirurgicale et médico-chirurgicale de participer à ce dispositif de recours. Cinq hôpitaux répondant à ces caractéristiques ont permis cette astreinte de recours qui associe les SAMU, permettant la mise à disposition d'une équipe complète réanimation-accoucheur-radiologue, capable de prendre en charge les patientes 365 jours par an.

Cette astreinte a été lancée en janvier 2007. Il est prévu de réaliser un bilan à six mois, puis à un an, afin de vérifier si ce dispositif conduit à une augmentation de l'activité des sites concernés avant d'envisager une redistribution des moyens. Il ne s'agit pour l'instant que d'une expérimentation a précisé M. AIGRAIN, le dispositif pré-existant reste inchangé pour le moment.

5- Les autres dossiers examinés.

Le protocole validé pour la prise en charge des urgences maxillo-faciales de l'enfant semble donner satisfaction. La recherche d'une amélioration des urgences de plasmaphèreses a également été engagée.

La commission centrale a par ailleurs estimé que les internes de garde devaient bénéficier de référents. Il appartient aux commissions locales de décider s'il doit s'agir du chef de service des urgences ou, le cas échéant, de celui d'un autre service tel que la réanimation.

En collaboration avec la collégiale compétente, il a aussi été proposé d'imposer aux internes en dermatologie en deuxième partie de cursus de participer à la garde centrale de dermatologie de l'hôpital Henri Mondor.

6- Les perspectives.

M. AIGRAIN considère que les organisations devront s'adapter davantage aux contraintes de temps médical qu'aux contraintes démographiques. Les besoins augmentent alors que dans certains domaines, le temps médical diminue. L'application stricte des règles relatives à la réduction du temps de travail et au repos de sécurité conduirait un praticien hospitalier à travailler 160 à 180 jours par an. Il est dès lors aisé de mesurer l'enjeu que représente cette donnée lorsqu'elle est confrontée à la problématique de la continuité des soins.

M. NORDLINGER salue le travail réalisé sur un sujet difficile. Cette démarche demande du courage et obéit à une logique fonctionnelle. Maintenir des gardes de nuit en cas de faible activité apparaît illogique au regard des coûts induits et des besoins ailleurs. La décision de ne plus assurer les urgences en chirurgie peut constituer un problème pour les services dans la mesure où elles sont un frein au recrutement, générant des réticences locales. Face à un bilan quelque peu mitigé malgré un projet ambitieux, on peut s'interroger sur le fait que la centralisation qui fonctionne à Lyon ne parvient pas à fonctionner à l'AP-HP.

Il existe à Lyon, intervient le **directeur général** deux sites de gardes chirurgicales nocturnes, Lyon-Sud et Edouard Herriot. La Croix-Rousse a conservé un accueil d'urgence et une activité chirurgicale lourde, mais n'assure plus de garde. Finalement, ce regroupement sur deux sites existait déjà pratiquement de fait. Cette organisation fonctionne car la surface et le périmètre à couvrir sont moindres à Lyon qu'en région parisienne, offrant des circonstances locales probablement plus favorables.

M. DASSIER souligne la démarche remarquable qui vise à concentrer les gardes pour en accroître l'efficacité et la pertinence. Néanmoins, concernant le repos compensateur, il indique que la communauté des médecins anesthésistes a toujours considéré que les gardes couchées ne devraient pas exister, la garde constituant une période de travail normale. Dans le cas contraire, il s'agit alors d'une simple astreinte. De ce fait, dès lors qu'un médecin travaille la nuit, il est normal qu'il puisse ensuite se reposer. Des progrès doivent encore intervenir dans ce domaine.

Malgré la qualité du travail accompli et les objectifs qui ont été fixés, il existe encore d'énormes difficultés pour les urgences orthopédiques regrette **M. LAPANDRY**. Des efforts doivent être réalisés compte tenu des difficultés de prise en charge de patients souffrant de fractures simples de la jambe ou du fémur qu'il est trop souvent nécessaire d'orienter vers le secteur privé.

L'organisation mise en place pour l'orthopédie ne peut fonctionner qu'à certaines conditions observe **M. AIGRAIN** :

- l'activité chirurgicale des centres C doit s'interrompre pendant la nuit mais non pendant la journée. Cela suppose donc de garantir certains moyens en phase de surveillance post-interventionnelle pour cette activité ;
- la présence d'une salle d'urgence disponible, normalement prévue par la réglementation mais en réalité encore absente dans certains sites.

Les opérations de regroupement ne doivent pas conduire à une diminution du nombre de lits, à une augmentation du nombre de transferts et ou à la perte de séjours chirurgicaux. Le regroupement des services d'orthopédie des hôpitaux Tenon et Saint-Antoine constitue une excellente opération dont il faut se réjouir, une augmentation du nombre de transferts sur ces deux hôpitaux a été observée, probablement attribuable à la diminution des ressources opératoires ou d'hospitalisation mises à disposition.

M. NAVARRO complète les propos de M. LAPANDRY en soulignant les difficultés que connaît l'orthopédie, à la fois en urgence mais également en récupération d'activité, mises en évidence lors de la préparation des conférences ASP. Il salue l'aspect très positif des informations apportées par les hôpitaux sur la réalité des transferts hors AP-HP de nombreux patients. L'institution doit également s'intéresser aux spécificités orthopédiques des personnes âgées fréquemment orientées vers le secteur privé.

Selon **M. FAYE** les solutions pour l'instant provisoires, sur un sujet délicat, devront être affinées par la prochaine formation de la CME. Il lui semble légitime que les centres A prennent en charge les polytraumatisés tout en continuant à accueillir des urgences provenant ou non de leur service d'accueil des urgences (SAU).

Par ailleurs, évoquant notamment les patients polytraumatisés pour lesquels l'embolisation vasculaire préalable est très importante M. FAYE insiste sur la nécessité de développer des synergies entre les disciplines pour parvenir à une optimisation de la prise en charge des urgences chirurgicales.

Il paraît difficile à **M. RYMER** de regrouper les urgences. Citant l'exemple de la mutualisation de la garde de chirurgie entre les hôpitaux Lariboisière et Saint-Louis, il regrette son interruption car elle donnait de bons résultats sur le plan médical pour le bénéfice des patients.

Depuis le contrat de bon usage, intervient **M. LEVERGE**, la complexité d'un certain nombre de préparations telles que les cytotoxiques et de certains produits en distribution contrôlée a augmenté. Des astreintes volontaires, non officielles, ont été mises en place pour satisfaire les besoins des patients alors que parallèlement il est nécessaire d'assurer les gardes d'internes dans les hôpitaux de court séjour. Or depuis un an, on constate un taux d'inadéquation de plus de 30% entre les postes de ces hôpitaux et les internes disponibles. L'organisation actuelle n'est plus tenable. En outre, les faisant fonction d'internes ne sont pas disponibles ou pas formés, ce qui pose problème. M. LEVERGE souhaiterait que la prochaine CME officialise cette astreinte informelle.

VI- Rapport de la commission centrale de l'activité libérale à l'AP-HP.

M. KIEFFER indique qu'il s'agit du rapport de l'année 2005 de la commission centrale de l'activité libérale. Prêt en novembre, il a déjà été présenté au conseil d'administration en décembre 2006.

1- Le rappel de la réglementation relative à l'activité libérale.

L'activité libérale est la possibilité offerte aux praticiens hospitaliers statutaires à temps plein d'exercer à titre privé des consultations, actes et soins en hospitalisation dans leur établissement d'affectation.

La commission centrale de l'activité libérale établit un rapport annuel sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale et sur les informations financières qui lui sont communiquées, en particulier par les relevés du système national d'information inter-régimes (SNIR). A l'AP-HP, le rapport de la commission centrale se fonde sur les rapports des vingt-et-une commissions locales de l'activité libérale.

Ce travail peut s'avérer complexe pour la commission centrale dans la mesure où les hôpitaux ne font pas tous preuve de la même vigilance. Par ailleurs, les délais d'élaboration de ces rapports ont été allongés du fait du retard dans l'envoi des relevés SNIR par les caisses primaires d'assurance maladie (mise en place de la CCAM).

L'activité libérale donne lieu au versement à l'hôpital par le praticien d'une redevance proportionnelle à l'activité libérale réalisée. Pour chaque praticien exerçant une activité libérale, les organismes d'assurance maladie communiquent les informations sur ses recettes, le nombre de ses consultations et le volume des actes qu'il effectue. Ces relevés SNIR sont généralement envoyés en février ou en mars, avec un certain décalage par rapport à l'activité annuelle.

L'activité libérale s'exerce dans le cadre d'un contrat signé entre le directeur de l'hôpital et le praticien. Ce document est approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

La commission de l'activité libérale veille :

- au bon déroulement de l'activité libérale ;
- au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ;
- au respect des stipulations des contrats des praticiens.

Trois conditions doivent être respectées :

- l'exercice personnel et à titre principal d'une activité de même nature dans le secteur public ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués personnellement au titre de l'activité publique ;
- l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle est astreint le praticien.

Ce système est complexe à appliquer pour les praticiens hospitalo-universitaires dans la mesure où la durée de leur service hospitalier hebdomadaire n'est pas précisément fixée par les textes.

Les modalités de contrôle de cette activité concernent :

- le respect du rapport entre l'activité publique et l'activité libérale sur la base des déclarations des médecins ;
- les déclarations d'activité libérale au regard des SNIR, même s'il existe en la matière un décalage temporel difficile à pallier.

Le nombre de contrats d'activité libérale à l'AP-HP a augmenté, passant de 287 en 2001 à 318 en 2005. Seuls 6 % des praticiens autorisés à exercer une activité libérale en font le choix. Ce pourcentage s'élève à 23 % pour les PU-PH qui constituent la catégorie la plus concernée. Les PU-PH représentent 79 % des titulaires d'un contrat d'activité libérale, 52 % sont des chirurgiens, 37 % sont des médecins ou relèvent de spécialités médicales. 75 % des contrats prévoient l'exercice d'une activité libérale à hauteur de 20 % du temps du praticien.

En 2005, le total des redevances encaissées par l'AP-HP s'élève à 2 408 119 euros. Le taux de redevance correspond à 25 % du tarif sécurité social (et non des honoraires perçus) pour les consultations, 40 % pour les actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'échographie ou de chimiothérapie, et 60% pour les actes d'imagerie.

2- Le bilan de la commission.

En 2005, le partenariat entre la commission centrale et les commissions locales a été approfondi au moyen d'un rapport-type à l'usage de ces dernières. Une réunion des directeurs et des présidents des CAL a été organisée le 24 mars 2005. Enfin, la CCAL s'est attachée à améliorer l'exhaustivité et les délais de transmission des rapports produits par les CAL, même si certaines d'entre-elles ne les ont rendus qu'au mois de juin, avec des niveaux de qualité variables.

Pour douze hôpitaux, des différentiels importants entre les relevés SNIR et l'activité déclarée ont été constatés. Ce phénomène s'explique en partie par le décalage temporel, mais aussi par les difficultés liées à la prise en compte de certaines consultations.

L'activité publique n'a pas été déclarée de façon exhaustive dans six hôpitaux, en raison d'un manque d'information. Les hôpitaux devraient impérativement y remédier.

Seuls cinq praticiens ont été auditionnés par la commission centrale. Deux praticiens ont reçu un avertissement, mais les faits en cause n'ont pas justifié de demande de sanctions à l'autorité de tutelle.

3- Les axes d'amélioration et les perspectives.

Le recueil d'informations qualitatives sur les conditions d'exercices de l'activité libérale doit progresser. Il s'agit par exemple de s'assurer du respect de la transparence des honoraires, qui doivent être affichés dans les consultations. Il faut aussi s'efforcer de réduire l'hétérogénéité des pratiques des commissions locales dans l'exercice de leurs missions en termes de suivi de l'activité et de contrôle des praticiens.

Des efforts devront être faits pour remédier à la faiblesse des outils de contrôle quantitatif de l'activité, dont les SNIR, et à l'absence de suivi informatisé du recueil de l'activité publique.

Il faut certainement accentuer la subsidiarité dans le recueil de l'information sur les conditions qualitatives d'exercice, sur le suivi et le contrôle de l'activité libérale par les commissions locales. Certaines prennent leur rôle très au sérieux, d'autres un peu moins, et il est difficile de parvenir à une harmonisation des pratiques.

Le rôle de la commission centrale doit s'affirmer notamment à travers :

- le développement des outils de suivi et de contrôle ;
- l'harmonisation des outils de recueil de l'information qualitative et quantitative ;
- l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques, en cours de validation et prochainement disponible ;
- l'information des secrétariats médicaux : une première session est prévue le 25 mai.

La commission centrale reste une instance de recours et d'instruction des situations litigieuses. Les commissions locales n'ont pas à transmettre automatiquement tous les dossiers à la commission centrale qui ne pourrait pas en assurer le traitement.

M. BERNAUDIN fait part de ses réticences à l'égard de l'activité libérale néanmoins prévue par la loi. Il croit nécessaire de rappeler les règles en la matière qui doivent être respectées. Certains aspects de cette activité mis en lumière par la presse ont des effets délétères sur l'ensemble de la profession et de l'institution AP-HP. Il fait état de sa vision plus nuancée que par le passé sur cette activité et espère que le système d'information à venir permettra une meilleure visibilité de l'activité libérale en consultation et en intervention, ce qui permettra d'accroître la transparence.

La réalisation des interventions par les chirurgiens titulaires des contrats constitue un point sur lequel il faut se montrer vigilant selon **M. KIEFFER** qui considère par ailleurs nécessaire de communiquer davantage sur le rôle de la commission, par exemple en mentionnant la possibilité d'un recours devant elle dans les documents distribués au patient avant son intervention.

VII- Modalités d'évaluation des unités cliniques.

M. FAGON présente le travail du groupe des structures sur le cahier des charges des unités cliniques comportant des critères d'évaluation.

1- Le rappel du cadre institutionnel.

L'unité clinique est un nouveau type de structure médicale qu'il est possible de créer à titre expérimental et sur la base du volontariat. Rattachée à un pôle, elle n'intègre ni le service, ni l'unité fonctionnelle.

Sa création, rendue possible par le principe de la libre-organisation de l'ordonnance du 2 mai 2005, regroupe une équipe médicale dédiée à la prise en charge des patients autour d'une thématique médicale hospitalo-universitaire.

Son responsable est nommé par le responsable de pôle. Ce dispositif, validé par le conseil d'administration réuni 20 octobre 2006, sera expérimenté sur une période de quatre ans au terme de laquelle les unités cliniques feront l'objet d'une évaluation.

2- Les caractéristiques des unités cliniques.

Les trois principales caractéristiques de ces unités s'inscrivent dans le cadre :

- d'une équipe médicale rassemblée autour d'une activité médicale cohérente, c'est-à-dire un projet médical précisant les missions de soins, de recherche et d'enseignement et une (ou des) file(s) active(s) de patients suffisamment importante(s) ;
- des moyens mutualisés permettant l'amélioration qualitative et quantitative des capacités d'accueil et de prise en charge (une « plate-forme » dont la gestion est sous la responsabilité du responsable de pôle) ;
- de la connaissance de l'ensemble de leurs activités : elles utilisent les indicateurs institutionnels et permettent la comparaison au sein de l'établissement et de la spécialité concernée.

3- L'expérimentation en cours.

Cette expérimentation a démarré à l'HEGP avec la cardiologie. D'autres hôpitaux ont souhaité inscrire certains de leurs projets d'organisation dans le cadre de ces unités cliniques, il s'agit de :

- la réanimation à l'hôpital Avicenne ;
- l'activité digestive à l'hôpital Cochin ;
- la neurologie à la Pitié-Salpêtrière ;
- l'activité digestive, de cardiologie et d'imagerie à l'hôpital Lariboisière.

Le groupe des structures a souhaité identifier un certain nombre de risques dans l'organisation de ces unités cliniques :

- le risque de balkanisation des structures médicales au sein des pôles et des hôpitaux ;
- la diffusion non maîtrisée du concept d'unité clinique, qui mérite encore d'être expliqué sur les sites qui souhaitent l'utiliser ;
- la tentation de transformer les unités fonctionnelles en unités cliniques, qui n'est pas le sujet de ce projet ;
- une trop grande hétérogénéité des structures : l'objectif est de parvenir à des entités homogènes, comparables entre elles et au sein d'une même discipline.

La faisabilité technique et la mise en œuvre de cette expérimentation suppose de rendre totalement explicite le fonctionnement des unités cliniques et de la « plate-forme ». Un réel travail de formalisation de l'organisation doit être mené et un certain nombre de points précisés :

- le suivi au niveau de chaque unité clinique de l'activité médicale : l'unité clinique sera évaluée par l'intermédiaire du PMSI ;
- la lisibilité du temps médical au niveau de la « plate-forme » : cette maîtrise est un enjeu majeur pour les années à venir et passe par les tableaux de services ;
- les capacités de comparaisons entre les unités cliniques et les autres types de structures internes ;
- les dépenses non suivies au sein des unités cliniques, même si celles réalisées au niveau de la « plate-forme » pourront être retraitées ;
- l'intégration dans le cadre du projet informatique de l'AP-HP.

4- Les propositions.

Le groupe des structures a formulé certaines propositions. La première consiste à informer les directeurs d'hôpitaux et les présidents de CCM de cette possibilité de création d'unités cliniques, sur la base du cahier des charges défini rappelant les grands principes du dispositif dont notamment :

- l'existence d'un projet médical ;
- la cohérence de l'activité ;
- une certaine masse critique : ne seront pas acceptées des unités cliniques de taille trop faible, sans file active de patients ;

- les modalités d'organisation et de fonctionnement de la « plate-forme » de prise en charge (responsable nommé par le responsable de pôle, moyens décrits par une UG, répartition des moyens assurée par le responsable de pôle et cohérence géographique des moyens mutualisés).

Les critères d'évaluation ont été définis en fonction de deux étapes : dans un premier temps, une évaluation de la pertinence des unités cliniques et de leur création, puis l'évaluation de leur fonctionnement courant.

Les unités cliniques devront utiliser les indicateurs des tableaux de bord institutionnels, l'hôpital et le pôle déclinés dans l'unité clinique. Il s'agit des critères classiques, notamment en terme de qualité.

Par ailleurs, les unités cliniques devront évaluer leur activité au regard de critères communs définis avec les autres structures internes. Il sera ainsi possible de comparer une unité clinique à un service ou à un département, par exemple en fonction du nombre de protocoles de recherche, de l'existence d'un médecin référent, de la réalisation du contrat de bon usage, de nombre de réclamations, de l'évaluation des risques ou des infections nosocomiales.

Des critères spécifiques aux unités cliniques et visant à évaluer leur cohérence médicale seront définis pour l'étape « projet ». Il s'agit par exemple d'évaluer l'homogénéité des pratiques et des prises en charge, la présence de projets thématiques hospitalo-universitaires, le nombre d'activités différentes au sein d'une même unité clinique. Il semble évident qu'une unité constituée sur un segment d'activité particulier a non seulement le droit mais aussi le devoir d'exercer d'autres activités, du moment qu'elles sont bien identifiées.

Des critères spécifiques évaluant la mutualisation des moyens seront définis afin de voir si elle a permis d'augmenter les capacités d'hospitalisation, notamment pendant les périodes de vacances, d'améliorer l'occupation du plateau technique et la gestion du personnel non médical.

Enfin, il faudra évaluer le décloisonnement des structures actuelles, en regardant combien de structures préexistantes ont été mutualisées et le nombre de structures résultant de la constitution de l'unité clinique. Il n'est pas souhaité que le nombre d'unités cliniques soit finalement supérieur au nombre de structures préexistantes.

Le prochain groupe des structures devra poursuivre le travail engagé, notamment compléter et finaliser les modalités d'évaluation :

- de la phase de création, en ajoutant des indicateurs concernant la cohérence du projet médical et un calendrier d'analyse de cette phase de création ;
- du fonctionnement « en routine », avec la définition d'indicateurs qui apparaîtront certainement à l'usage, portant notamment sur l'utilisation de la « plate-forme » et permettant de réaliser des comparaisons ;
- au terme des quatre à cinq ans de l'expérimentation, avec des indicateurs confirmant ou non l'intérêt de ces structures, si elles sont bien en cohérence avec l'ordonnance de 2005 ou s'il s'agit d'un simple « gadget ».

VIII- Avis sur des fiches de pôles d'activité.

M. CORIAT donne lecture du dossier relatif aux pôles et à leurs structures médicales examinés par le groupe des structures.

1- L'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) : organisation en 2 pôles d'activité.

- *Pôle 1 : établissement pharmaceutique des hôpitaux de Paris ;*
- *Pôles 2 : pôle pharmaceutique et médico-technique.*

La définition de cette structuration a donné lieu à une réflexion menée en collaboration avec M. LEVERGE.

2- Le projet de rattachement des activités du conseil exécutif local aux pôles.

GHU sud

Hôpital San Salvador

- *Pôle pédiatrie :*
 - *unité fonctionnelle information médicale.*

Hôpital Antoine Béchère

- *Pôle thoracique :*
 - *unité fonctionnelle recherche clinique.*
- *Pôle femme - enfant :*
 - *unité fonctionnelle d'obstétrique.*

GHU ouest

Groupe hospitalier Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale

- *Pôle court séjour et soins de suite et réadaptation gériatrique :*
 - *service de pharmacie à usage intérieur.*

GHU nord

Groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal

- *Pôle 1 : laboratoires, imagerie, pharmacie.*
 - *service de santé publique :*
 - *unité fonctionnelle MSI, évaluation médico-économique et aide méthodologique au fonctionnement ;*
 - *unité fonctionnelle évaluation, qualité, évaluation des pratiques professionnelles ;*

- unité fonctionnelle centre de dépistage anonyme et gratuit ;
- unité fonctionnelle formation continue des personnels hospitaliers.
- unité de recherche clinique.

Hôpital Robert Debré

- Pôle 2 : pédiatrie aiguë et médecine interne.
 - unité fonctionnelle gestion des risques.
- Pôle 5 :
 - unité fonctionnelle CIC-EC ;
 - unité fonctionnelle épidémiologie clinique pédiatrique ;
 - unité fonctionnelle CIC ;
 - CIB Phen ;
 - CIB Hog.
- Pôle 6 : physiologie et imagerie pédiatrique.
 - unité fonctionnelle information médicale.

Pour se conformer aux nouvelles dispositions législatives, des structures médicales initialement placées auprès de conseils exécutifs locaux, ont été rattachées à des pôles d'activité.

3- Les modifications de structures.

GHU est

Groupe Armand Trousseau – La Roche Guyon

- Pôle 1 : pédiatrie médicale et urgences.
 - unité fonctionnelle de pédopsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et d'accueil des jeunes victimes.
- Pôle 2 : chirurgie anesthésie.
 - unité fonctionnelle d'analgésie pédiatrique.

La CME émet un avis favorable unanime.

IX- Avis sur des contrats d'activité libérale.

Le nouveau contrat d'activité libérale et les cinq renouvellements reçoivent un avis favorable par 18 voix pour, 4 voix contre ; on enregistre 14 abstentions.

X- Avis sur des candidatures aux fonctions de chef de service.

Il s'agit de la régularisation des chefferies de services dont la publication de la vacance des postes a été obtenue grâce à l'action conjointe de la CME, de son président et de la direction générale intervient **M. AIGRAIN**. Il convient désormais d'approuver les nominations de praticiens qui, pour bon nombre d'entre eux, exercent déjà leurs fonctions depuis près de trois ans et dont les noms figurent sur les bulletins de votes distribués.

Les candidatures aux fonctions de chef de service sont approuvées par la CME à l'unanimité moins deux abstentions.

M. AIGRAIN évoque par ailleurs la nomination d'un chef de service intérimaire dans le service d'hématologie de l'hôpital Henri Mondor. Les discussions sur son organisation ont abouti au maintien d'une structure unique, c'est-à-dire un service d'hématologie avec deux composantes : d'une part, le lymphome et d'autre part, le reste de l'activité hématologique.

En accord avec le groupe des structures, le groupe du personnel médical propose la nomination à titre intérimaire de Mme CORDONNIER comme chef de ce service.

La CME émet un avis favorable unanime sur la nomination de Mme CORDONNIER au poste de chef de service par intérim du service d'hématologie de l'hôpital Henri Mondor.

XI- Approbation des comptes rendus des séances du 13 février 2007 et du 6 mars 2007.

Les comptes-rendus des séances du 13 février 2007 et du 6 mars 2007 sont adoptés à l'unanimité.

XII- Questions diverses.

- L'intéressement des hôpitaux anticipateurs.

Pour répondre à **M. RYMER** qui rappelle que lors de la dernière réunion de la CME, il avait été indiqué que le montant de l'intéressement des hôpitaux anticipateurs à la nouvelle gouvernance au titre de l'année 2006 serait communiqué avant la fin de la mandature, le **directeur général** déclare que ses services ont préparé l'information et la diffuseront par courrier électronique aux hôpitaux concernés dès cet après-midi.

- La part complémentaire variable de la rémunération des chirurgiens.

M. DRU fait savoir que le SNPHAR a déposé un préavis de grève des soins non urgents pour le vendredi 13 avril 2007 afin de protester contre la part complémentaire variable qui est insultante à la fois pour les chirurgiens qui n'ont pas attendu cette prime pour faire de la qualité et pour les médecins qui ne la recevront pas dans la mesure où l'on considère qu'ils n'assurent pas cette même qualité ainsi que pour les usagers qui pensent qu'une médecine à deux vitesses se met en place avec des patients bénéficiant de soins de qualité et d'autres non, enfin pour l'ensemble des personnels de la chaîne de soins qui soignent tous les jours des patients dans le respect des règles de l'art.

De plus, ce dispositif s'avère complexe et il sera difficile pour les directeurs d'hôpitaux de l'appliquer.

- La participation des doyens aux travaux de la CME.

A l'occasion de cette dernière séance de l'actuelle mandature, **M. BAGLIN** remercie M. de **PROST** de l'attitude qu'il a eu à l'égard des doyens en invitant deux d'entre eux à participer aux travaux de la CME. Il estime que cette expérience a été enrichissante et émet le vœu que le futur président de l'instance reconduise cette initiative.

Pour **M. de PROST** le contact des doyens est instructif, probablement parce que leur fonction première porte sur l'enseignement. Il rappelle que les doyens ont également été impliqués dans les travaux du groupe recherche animé par M. **NORDLINGER** et souhaite que cette action se perpétue.

*

*

*

La séance est levée à 12 heures 25.

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

Mercredi 2 mai 2007 à 8h30.

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.