

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE***

-=-

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE  
DU MARDI 13 DECEMBRE 2005**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 17 JANVIER 2006**

-=-

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

### Compte-rendu de la séance du mardi 13 décembre 2005

-----

### ORDRE DU JOUR

#### SEANCE PLENIERE

- 1- Avis sur la DM3 pour l'année 2005.
- 2- Avis sur la préparation de l'EPRD pour l'exercice de l'année 2006 : rapport d'orientation.
- 3- Présentation du nouveau régime budgétaire et comptable des établissements de santé.
- 4- Présentation des propositions d'actions du groupe de travail CME/DPM sur les activités chirurgicales et interventionnelles ambulatoires.
- 5- Avis sur le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations entre l'AP-HP et l'ARH-IF.
- 6- Information sur les prochaines élections partielles à la CME.
- 7- Avis sur la création du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon.
- 8- Avis sur la création du groupe hospitalier Broca – La Collégiale.
- 9- Avis sur des fiches de missions et structure et sur des fiches de pôles d'activité.
- 10- Avis sur des contrats d'activité libérale.
- 11- Avis sur l'avenant à la convention associant l'Institut Curie à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris V.
- 12- Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2006.
- 13- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 novembre 2005.
- 14- Questions diverses.

## **SEANCE RESTREINTE**

### **Composition C**

- Avis sur la désignation à titre provisoire de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel.
- Changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers à plein temps et à temps partiel.
- Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activités sur plusieurs établissements, au titre de l'année 2006.
- Avis sur la demande de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier.
- Avis sur le renouvellement quinquennal de chefs de service.

## Assistent à la séance

- *avec voix consultative :*
  - Mme LABBE, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  - M. LEPAGE, responsable de l'information médicale,
  - Mme le Dr VINCENTI-ROUSSEAU, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
  
- *en qualité d'invités permanents :*
  - M. le Pr BERCHE, doyen de faculté,
  - M. le Pr DEVICTOR, pédiatre ;
  
- *les représentants de l'administration :*
  - Mme VAN LERBERGHE, directrice générale,
  - Mme PANNIER, directrice de cabinet,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire nord,
  - M. LEPERE, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire ouest,
  - M. OMNES, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire est,
  - Mme QUESADA, directeur exécutif du groupement hospitalier universitaire sud,
  - M. GARNIER, directeur économique et financier,
  - M. le Pr NAVARRO, directeur de la politique médicale,
  - Mme BRESSAND, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
  
  - M. ANTONINI, direction de la politique médicale,
  - Mme FERY-LEMONNIER, direction de la politique médicale,
  - M. PINSON, direction générale,
  - M. SUDREAU, direction de la politique médicale,
  - Mme TRANCHE, secrétariat de la CME, direction de la politique médicale.

\*

\*                      \*

La séance est ouverte sous la présidence de **M. de PROST** qui souhaite la bienvenue à M. DEVICTOR, pédiatre à l'hôpital de Bicêtre. Il rappelle que la commission médicale d'établissement a accepté lors de sa séance d'octobre la présence d'un représentant des pédiatres, au titre d'invité permanent.

Il excuse ensuite l'absence de Mme ANTIGNAC et de M. BEN-BRIK. Avant d'étudier les points inscrits à l'ordre du jour, il donne la parole à M. LEPAGE.

L'appel d'offres relatif au système d'information patient a été publié la semaine passée, dans les délais fixés annonce **M. LEPAGE**. La réception des offres aura lieu autour du 10 janvier 2006 et la décision relative au choix des candidats retenus interviendra vers la mi-février.

En accord avec la directrice générale et le directeur de la politique médicale, il quittera ses fonctions de chef du département de l'information médicale à la fin du mois, afin de se consacrer pleinement au projet relatif au système d'information. Il remercie la communauté médicale pour le travail réalisé ensemble depuis près de dix ans. Sans son soutien, le programme médicalisé du système d'information (PMSI) n'aurait pas atteint son niveau actuel au sein de l'AP-HP. Il est conscient que le travail à mener dans le domaine du système d'information s'avère probablement encore plus important que celui réalisé pour le PMSI.

#### **I - Avis sur la DM3 pour l'année 2005.**

La décision modificative n° 3 contient des éléments essentiellement techniques indique **M. GARNIER**. Elle vise à prendre en compte des mesures de fin de campagne concernant la communauté médicale, à intégrer des crédits fléchés notifiés très récemment par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), à ajuster les dotations budgétaires et à mettre à jour le tableau des emplois (cf. document mis en ligne sur le site Internet).

*a) Les modifications apportées à la section d'exploitation concernent :*

- les mesures relatives au personnel : 3,6 millions d'euros ;
- l'augmentation des crédits de groupe 4 : 20,2 millions d'euros.

Ces crédits portant principalement sur les plans de santé publique, PHRC, innovation thérapeutique et les centres de référence des maladies rares seront provisionnés afin de pouvoir être délégués aux hôpitaux début janvier 2006, observe M. GARNIER. Cette utilisation rapide résulte des conférences budgétaires qui ont déjà permis d'examiner leur répartition.

*b) Les recettes enregistrent :*

- pour le groupe 1, une augmentation des produits versés par l'assurance maladie :
  - 22,6 millions d'euros au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
  - 0,6 million d'euros affectés à la dotation annuelle complémentaire (DAC) ;
- pour le groupe 3, 1,9 million d'euros au titre du recouvrement de créances anciennes.

c) *Le tableau des emplois* est ajusté à hauteur de :

- quarante cinq emplois au titre des plans de santé publique (notifiés en DM2) (plan cancer et centres de référence des maladies rares) ;
- treize emplois affectés en complément de la dotation initiale de la maison des adolescents de l'hôpital Cochin.

L'intervenant signale que le tableau des emplois de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris a donc enregistré une progression de 142 emplois au cours de l'année 2005. Il explique que la création de 645 emplois compense largement les 500 suppressions enregistrées au titre du plan équilibre, confirmant le redéploiement d'activité mené au sein de l'institution. Ces 645 emplois se répartissent de la manière suivante :

- 140 au titre des programmes prioritaires dans le cadre du plan stratégique (soins de suite et réadaptation, plan cancer, mise aux normes des pharmacies, maison des adolescents...);
- 159 au titre des plans de santé publique ;
- cent quarante sept dans le cadre d'opérations de ré-internationalisation de prestations de services externes (blanchisserie, maintenance technique...);
- une 50 d'emplois à l'occasion de l'intégration des personnels de l'association Claude Bernard.

d) *S'agissant de la section d'investissement* :

- les autorisations de programme n'évoluent pas par rapport à la DM2 ;
- les crédits de paiement enregistrent une variation de plus 20,2 millions d'euros relatifs aux crédits de groupe 3.

A une question de **M. NORDLINGER, M. GARNIER** répond qu'a priori, les crédits relatifs aux plans de santé publique s'avèrent pérennes, même si des remises en cause sont envisageables à long terme. Pour les moyens affectés aux centres de référence des maladies rares, le dispositif prévoit une dotation budgétaire d'une durée de cinq ans assortie d'un compte-rendu d'activité scientifique après trois ans en vue du renouvellement et de l'ajustement des crédits à l'issue de cette période de cinq ans. La DHOS estime faible la probabilité de supprimer ces crédits après cinq ans. Des modifications apportées à la marge devraient pouvoir être compensées entre les différents projets par l'AP-HP. Elle autorise donc des recrutements pérennes pour les postes relevant des plans de santé publique, y compris les postes de praticiens hospitaliers. Toutefois, si les directions hospitalières locales envisagent des ajustements des moyens concernant certains de ces programmes, il conviendra de rester prudent en procédant à des recrutements sur la base de contrats à durée déterminée.

Le **président** souligne le caractère important de ce point qui concernera la CME dès l'année prochaine, dans le cadre de la révision des effectifs lors de l'analyse des postes de praticiens hospitaliers. Il faudra s'engager sur des emplois pérennes alors que le ministère ne garantit pas le maintien des crédits au-delà de cinq ans.

On ne peut adopter d'autres solutions, note **M. GARNIER**, sauf à maintenir dans des statuts précaires des personnes hautement spécialisées en charge d'un travail de longue haleine. Les conférences budgétaires ont fourni l'occasion de débattre du cas exceptionnel d'équipes ayant reçu des moyens très importants dans le cadre de circonstances exceptionnelles, sans que la destination de ces moyens soit clairement définie sur une durée de cinq ans. Il lui semble que dans ce cas de figure, il convient d'agir avec prudence en n'affectant qu'une partie des fonds de manière pérenne. En revanche, les équipes qui ont obtenu des crédits limités peuvent recruter des personnels permanents.

Selon **M. LEVERGE** le plan cancer doit permettre de répondre aux demandes de certains collègues. Or, l'hôpital Saint-Louis, l'un des plus importants intervenants dans le domaine de la cancérologie, n'a pas pu obtenir un poste de praticien hospitalier en raison du manque de quelques vacations pour atteindre le rendu nécessaire à la création de l'emploi. Il regrette l'impossibilité de créer quelques vacations au profit de cet hôpital lequel rapporte plusieurs millions d'euros chaque année en recettes de groupe 3 et dont l'apport sera déterminant dans le domaine des procédures relatives au bon usage. Il exprime donc des doutes sur l'affectation des crédits relatifs au plan cancer.

Concernant le plan cancer, un comité regroupant les représentants des collégiales concernées arbitre à la répartition des moyens, déclare **M. GARNIER**. Par ailleurs, la direction économique et financière se montre très attentive à la centralisation des cytotoxiques qui, au-delà du volet relatif aux bonnes pratiques, comprend un aspect important relatif à la sécurité du personnel. Le recensement des demandes des hôpitaux n'a pas encore fait l'objet d'arbitrage hormis quelques situations urgentes ponctuellement traitées en cours d'année 2005.

La DM3 est adoptée à l'unanimité des votants.

## **II - Avis sur la préparation de l'EPRD pour l'année 2006 : rapport d'orientation.**

En propos liminaire **M. GARNIER** explique que le rapport d'orientation, un outil créé par le nouveau régime comptable des hôpitaux, comprend un compte rendu de l'exécution budgétaire pour l'année 2005 et détaille les orientations retenues dans le cadre de l'élaboration du budget pour l'année 2006, désormais baptisé état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (cf. document mis en ligne sur le site Internet).

### 1- L'analyse de l'activité pour l'année 2005.

- a) *L'activité d'hospitalisation* progresse de 2 % par rapport aux dix premiers mois de 2004, mais une stagnation de l'activité de chirurgie de plus de deux jours est à souligner ;
- le champ de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) enregistre une progression de 3 % ;
  - l'activité soins de suites et réadaptation (SSR) s'accroît sensiblement et la tendance s'accroît ;
  - le champ des soins de longue durée (SLD) enregistre une augmentation de son taux d'occupation en lits autorisés de 92 % à 93 % ;

- l'activité externe facturable diminue de 3 % à fin septembre, un retard de codage pouvant en être à l'origine.

*b) La valorisation de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique* permet d'envisager des recettes de tarification MCO par groupe homogène de séjour proches de la prévision du budget. Ces dernières se basaient sur une prévision de croissance de 1 %.

Il convient d'expliquer que le budget repose sur une prévision de croissance valorisée dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) précise la **directrice générale**. Cet élément justifie le décalage enregistré entre les chiffres relatifs à la progression des admissions, ceux qui concernent les journées ou et ceux qui ressortent du PMSI.

Elle rappelle que le plan stratégique prévoit une progression de l'activité valorisée qui doit permettre de financer de nouveaux projets. Si en 2005, l'AP-HP est en ligne avec ses prévisions, on pouvait espérer un résultat plus favorable.

Effectivement, la valorisation de l'activité MCO se fonde sur des tarifs de recettes et le budget 2005 avait été bâti sur la base d'une prévision prudente reconnaît **M. GARNIER**.

Ces prévisions portent sur les résultats enregistrés lors des dix premiers mois de l'année mais le mois de novembre semblant peu dynamique, il convient de connaître les résultats enregistrés en décembre avant de faire le point. Il insiste sur l'importance du codage à réaliser en fin d'année, les « compteurs » devant être arrêtés au 20 janvier 2006. Les données transmises à la DHOS à cette date serviront pour valoriser les recettes portant sur l'ensemble de l'année 2006 sans possibilité de rattrapage ultérieur.

Dans le même temps, intervient la **directrice générale**, il ne peut être question de surcoder l'activité ; des contrôles externes seront d'ailleurs réalisés et les contrevenants sanctionnés. Elle réfléchit également à l'organisation de contrôles internes afin de vérifier la sincérité du codage.

*c) Les dépenses des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables (DMI)* poursuit **M. GARNIER**, enregistrent pour les premières une progression de 16 % sur dix mois contre 17 % en 2004 et pour les seconds une diminution de 10 % en cardiologie contre une relative stabilité pour les autres DMI. Ce régime favorable ne semble donc pas engendrer des comportements inflationnistes.

## 2- Les perspectives budgétaires de l'année 2005.

L'objectif consiste à parvenir à l'équilibre budgétaire en 2005, à l'image du résultat obtenu en 2004.

### *a) Les dépenses*

L'exécution du budget permet d'envisager un montant de dépenses très légèrement inférieur à l'enveloppe des crédits alloués mais l'excédent budgétaire serait moins important qu'en 2004, en raison notamment d'une amélioration de la situation des effectifs du personnel non-médical. En revanche, les dépenses relatives au personnel médical restent en économie, principalement en raison de l'inscription des créations de postes à la mi-année après la révision des effectifs.



La situation s'avère relativement tendue pour les dépenses de groupe 2 ; celles de groupe 3 enregistrent pour la troisième année consécutive une diminution, grâce aux efforts de tous, notamment dans le cadre du plan équilibre et de la maîtrise des dépenses du siège et des services centraux.

#### *b) Les recettes*

Elles s'annoncent légèrement inférieures aux prévisions budgétaires notamment les recettes de groupe 2 et de groupe 3.

La prévision d'équilibre est maintenue mais l'exercice 2005 ne devrait pas permettre de dégager un excédent, contrairement à la situation enregistrée en 2004. Par ailleurs, il sera nécessaire de constituer un certain nombre de provisions exceptionnelles de fin d'année, notamment afin de couvrir un montant très élevé (14 millions d'euros) portant sur d'anciennes créances non-recouvrées relatives à des patients venant de l'étranger.

### 3- Le bilan de la seconde année du plan équilibre.

En 2005, le plan équilibre devait permettre la réalisation de 45 millions d'euros d'économies structurelles en contrepartie d'un rebasage de la dotation annuelle complémentaire d'un montant identique. Grâce à une forte mobilisation dans l'ensemble des hôpitaux, à fin octobre les économies structurelles atteignent 40,4 millions d'euros, dont 36 millions d'euros dans les établissements et 4 millions d'euros au sein des services centraux. L'objectif devrait donc être atteint pour la seconde année consécutive.

Le volet 2006 du plan équilibre a été débattu lors des conférences budgétaires ; le programme devrait permettre pour la troisième année consécutive de concrétiser un plan d'économies structurelles d'un montant de 45 millions d'euros.

### 4- Les perspectives pour l'année 2006.

#### *a) La prévision d'activité*

Le budget, devenu « l'état prévisionnel des recettes et des dépenses », intègre le fait qu'en raison du caractère variable et prévisionnel des recettes, il importe de disposer d'un pilotage très fin des dépenses et des recettes avant et au cours de l'exécution budgétaire.

Les hôpitaux ont transmis au siège des prévisions d'activité calculées sur la base des modèles développés par la direction de la politique médicale. Une réflexion a été menée afin de réaliser un redéploiement interne permettant de soutenir l'activité.

Le champ MCO devrait progresser de 2,3 %, grâce à une augmentation de l'activité d'hospitalisation complète plus forte qu'en 2005, compensant une moindre progression de l'activité d'hospitalisation de courte durée.

Un travail est mené avec la DPM afin de traduire ces prévisions en termes de recettes. M. GARNIER rappelle que la croissance de l'activité valorisée doit être supérieure de 1 % à l'activité réalisée par les autres établissements de santé pour répondre aux exigences de financement du plan stratégique. Les prévisions mentionnent une croissance de l'activité SSR de 3,8 %, une stabilité de l'activité SLD et une progression de 15 % de la consommation des molécules onéreuses.

*b) Les recettes prévues dans l'EPRD*

Pour l'heure, les perspectives budgétaires demeurent incertaines, en particulier :

- le taux de la T2A qui sera appliqué pour 2006 ;
- les tarifs de 2006 seront connus au mois de janvier prochain tout comme le niveau des MIGAC appliqués à l'AP-HP, laquelle a demandé aux autorités de tutelle une révision à la hausse de ce niveau ;
- le coefficient géographique devrait se stabiliser à un niveau de 7 %.

Au terme de l'exposé, le débat s'engage.

Après avoir remarqué que l'activité semble stagner en 2005 alors que le nombre d'admissions aux urgences a progressé de 11 %, **M. CHAUSSADE** voudrait savoir le nombre de patients arrivés aux urgences de l'AP-HP mais transférés dans d'autres établissements. Il lui semblerait essentiel, dans l'hypothèse où ce volume s'avèrerait conséquent, de revoir la synergie entre services d'urgences et services d'aval. Par ailleurs, il demande si des DMI et des molécules innovantes resteront hors GHS et si les différences de tarif dans ce domaine entre le secteur public et le secteur privé seront maintenues.

Des débats se déroulent actuellement au ministère avec des représentants de l'hospitalisation privée répond **M. GARNIER**. La tendance va vers une stabilisation, voire un retour en arrière, concernant la prise en compte de certains DMI, notamment dans le domaine de l'orthopédie. Le ministère semblerait même envisager une réintégration totale des DMI d'orthopédie dans le cadre des GHS. En revanche, pour 2006, la tendance s'avère au maintien du dispositif actuel pour les prothèses cardiaques et quelques DMI coûteux relevant des autres spécialités.

S'agissant de la convergence entre les tarifs publics et privés, qui interviendra probablement en 2007, les établissements publics souhaitent fortement, selon **M. LEPAGE**, que les DMI remboursés au secteur privé le soient également au secteur public. L'absence actuelle de convergence incite la fédération hospitalière de France (FHF) à considérer comme impossible une application de tarifs identiques aux deux secteurs.

Par ailleurs, sur la question des urgences, une étude avait démontré que le nombre de transferts vers des établissements hors AP-HP de patients arrivés aux urgences variait d'un établissement à un autre, cependant cet élément constituait une ressource potentielle importante de séjours.

Au sujet de la convergence relative aux DMI, **M. GOËAU-BRISSONNIERE** considère que maintenir un remboursement en sus permet de suivre avec précision les interventions réalisées. En revanche, intégrer les DMI dans les GHS pose un problème lorsque leur coût est supérieur au coût du GHS. Il attire l'attention sur le fait que l'achat d'un DMI non inscrit sur la liste des produits et prestations ne fera pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie et sera prélevé sur le budget de l'établissement.

La diminution de 10 % des dépenses relatives aux DMI de cardiologie correspond-elle à une diminution de l'activité dans ce domaine, demande **M. DUSSAULE** ? Dans l'affirmative, résulterait-elle d'une modification des indications ou d'une autolimitation de l'AP-HP liée aux coûts afférents à la pause de ces dispositifs ?

La diminution constatée en 2005 des DMI de cardiologie, indique **M. LE HEUZEY**, provient notamment du fait que le prix des défibrillateurs est passé de 22 000 euros à 14 000 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2005, suite à un accord prix - volume conclu par les tutelles avec les constructeurs.

**M. PATERON** précise que le taux de transfert des patients des services d'urgences des hôpitaux de l'AP-HP vers d'autres établissements varie selon les hôpitaux, aussi le traitement de ce point devra s'envisager par hôpital. Par ailleurs, la volonté d'optimiser l'occupation des services d'aval se heurte à la concurrence avec l'activité programmée, concurrence qui apparaît également dans le cadre de l'activité opératoire nocturne, contrairement à l'esprit ayant présidé à la mise en œuvre de cette dernière.

En outre, les services d'urgences n'ont pas la possibilité de sélectionner les patients puisqu'ils doivent se conformer à une prise en charge chronologique de ces derniers.

**M. PIETTE** s'interroge sur la stabilisation évoquée de l'activité de SLD. Cette stabilité concerne-t-elle le volet quantitatif alors que le nombre de lits de SLD va diminuer, ou le volet qualitatif. Il rappelle qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, sauf décision contraire dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les unités de SLD seront transférées au secteur médico-social. Par ailleurs, le plan de convergence ne pourra être réalisé sans une réduction des personnels affectés au lit du malade, selon M. PIETTE qui se réfère aux recommandations figurant dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Cette réduction induira une modification des caractéristiques des malades présents dans les lits de SLD. En effet, la diminution des personnels, si ce n'est en 2006, du moins dans les années suivantes, ne permettra plus de traiter des patients de la lourdeur actuelle ou de conserver dans ces services les patients victimes de décompensations aiguës.

Dans ce contexte, il souhaite une mise en œuvre rapide des procédures d'évaluation de la lourdeur des patients, mais aussi de description médicale de ces patients, à partir d'outils de niveau national, car à l'heure actuelle le message relatif aux économies ne s'accompagne pas d'une évaluation de ces éléments.

**M. GARNIER** précise qu'il décrivait les prévisions relatives à l'activité de 2006 des hôpitaux disposant d'unités de SLD et prenant en compte le ralentissement du rythme de fermeture de lits au second semestre 2005 et le faible nombre de fermetures programmées en 2006. Il rappelle que des restructurations ont été reportées à la fin du plan stratégique, à la demande des tutelles et des collectivités locales. De plus, ces fermetures sont compensées par des prévisions d'amélioration du taux d'occupation moyen des lits, notamment grâce à l'amélioration des recrutements au cours de l'année 2006. Le nombre de journées prévisionnelles pour 2006 devrait se calquer sur 2005 et répondre à la problématique de l'aval dans l'attente de l'ouverture de nouvelles structures destinées à remplacer les capacités à fermer pour cause de travaux d'humanisation.

Il confirme que le plan de convergence pour 2006 proposé aux unités de SLD ne porte pas sur les personnels soignants mais uniquement sur des coûts périphériques (plateaux médico-techniques, fonctions supports).

Le rapport de l'IGAS, ajoute la **directrice générale**, met en exergue la grande disparité dans une proportion de 1 à 3 pour l'encadrement médical et de 1 à 2 pour le paramédical au sein des différents hôpitaux de soins de longue durée, indépendamment de la lourdeur des cas.

Elle convient de la nécessité d'une approche documentée relative à la lourdeur des patients très dépendants lesquels nécessitent un encadrement paramédical important et un environnement médical fort. Les progrès à réaliser s'inscriront dans le cadre de la réflexion menée au ministère sur la création d'une catégorie nouvelle correspondant aux soins de longue durée redéfinis.

**M. NAVARRO** signale que d'après une récente analyse concernant l'AP-HP les patients hospitalisés en SLD relèvent pour 70% du champ médico-social et pour 30% du champ sanitaire. Une étude très précise doit être menée à l'AP-HP sur ce sujet. Il indique que la très grande dépendance ne relève pas *stricto sensu* du champ sanitaire.

S'agissant d'une diminution apparente du nombre de médicaments rétrocédés, **M. LEVERGE** déclare disposer d'un tableau révélant une certaine constance des recettes de ce secteur à 300 millions d'euros. Quant aux 14 millions d'euros de créances non-recouvrées, il mentionne le prêt fréquent de la carte vitale et le contrôle des droits s'avère difficile à réaliser dans l'urgence. Il apparaît également que l'AP-HP soigne de plus en plus de personnes en situation sociale difficile, parfois dotées de faux papiers. Il convient, estime-t-il, de parler clairement de ces problèmes et de ne pas considérer ces créances irrécouvrables comme une fatalité, même si le travail mené afin de récupérer ces fonds est considérable.

Le **vice-président** exprime son inquiétude au sujet d'éventuelles restrictions du ministère concernant la valorisation des MIGAC, dès lors que les hôpitaux universitaires ont en charge les activités à forte valeur ajoutée, mais aussi la formation des personnels. Il voudrait des précisions sur les risques pesant sur la valorisation des MIGAC.

**M. CORIAT** signale qu'un rapport met en évidence l'impact inflationniste de la T2A sur les dépenses et les consommations des hôpitaux. Il demande si l'AP-HP est concernée par cette tendance, d'autre part si une limitation de l'impact de la T2A à l'avenir bénéficierait à cette dernière.

**M. GARNIER** précise en premier lieu que les créances irrécouvrables ne constituent pas une fatalité inéluctable. En effet, malgré les difficultés à mettre en œuvre les procédures et la précarité de certains patients, des mesures de contrôles et des programmes de prise en charge (couverture médicale universelle, aide médicale de l'Etat...) doivent permettre de récupérer la majorité des dépenses relatives aux soins réalisés dans les hôpitaux. Le sujet des créances irrécouvrables pour cause de patients n'habitant pas à l'adresse indiquée fait l'objet actuellement d'un vaste programme qui se poursuivra au cours des trois prochaines années, associant la trésorerie générale et les équipes de la direction économique et financière. Il pourra être présenté dans cette instance.

Par ailleurs, les informations dont il dispose laissent supposer une stabilisation de l'enveloppe financière distribuée au titre des MIGAC au niveau national.

La **directrice générale** rappelle que l'AP-HP a obtenu pour l'année 2005 un pourcentage affecté aux MIGAC très avantageux qu'elle est déterminée à conserver tandis qu'il paraît difficile d'augmenter encore ce taux. Les équipes ne semblent pas avoir suffisamment conscience du traitement favorable dont a bénéficié l'AP-HP, lequel a permis de parvenir à l'équilibre financier, contrairement aux autres CHU.

Le rapport d'orientation est adopté à l'unanimité des 42 votants.

### **III - Présentation du nouveau régime budgétaire et comptable des établissements de santé.**

Avant d'engager son exposé **M. GARNIER** informe qu'il proposera à M. SCHLEMMER, dans le cadre du groupe « évaluation et finances » de la CME qu'il préside, d'organiser une réunion de travail ouverte à d'autres participants sur ce thème.

Le nouveau régime comptable se caractérise par un changement du nom du budget devenu désormais l'EPRD et par des modifications dans la présentation des comptes. Il résulte de l'ordonnance du 2 mai 2005, un décret du 30 novembre et une circulaire du 2 décembre en précisent les nouvelles dispositions.

#### **1- Les principales modifications.**

##### *a) La souplesse de gestion accrue*

Avec le nouveau régime, les pouvoirs publics ont souhaité accroître la souplesse de gestion des hôpitaux. Par le passé, le budget reposait sur des crédits limitatifs affectés à chaque groupe de dépenses de personnel, médicales... Un passage devant les instances notamment devant le conseil d'administration s'imposait pour modifier ces crédits en cours d'exercice. Le nouveau régime se fonde sur des crédits évaluatifs, non modifiables en cours d'exercice, sauf en cas d'évolution importante. Ce dispositif permet des réallocations de crédits au sein des lignes budgétaires en cours d'année, à l'exception des crédits affectés aux personnels permanents médicaux et non-médicaux restés limitatifs et donc non modifiables sans l'autorisation des autorités de tutelle. L'orateur précise que ce nouveau schéma n'apporte pas de changement majeur au sein de l'AP-HP laquelle adoptait déjà ce mode de fonctionnement entre le siège et les hôpitaux.

##### *b) Le renforcement de la sincérité des comptes*

Il sera désormais possible d'afficher la situation réelle, soit un résultat comptable positif ou négatif. La présentation d'un déficit devra s'accompagner d'un plan de retour à l'équilibre, négocié avec les tutelles ou l'agence régionale d'hospitalisation. Le recours à des reports de charges ou à d'autres artifices pour masquer un déficit ne se pratiquera plus.

##### *c) L'obligation de rendre des comptes*

La réforme oblige à procéder à des comptes-rendus d'exécution budgétaire auprès des tutelles à trois reprises dans l'année, sur la base de l'arrêté des comptes à fin avril, à fin août et en fin d'année, selon les modalités strictes prévues dans les textes. L'AP-HP se conformait déjà à cette contrainte de manière informelle, fait connaître M. GARNIER.

##### *d) La prise en compte de l'incidence financière*

Elle porte sur l'introduction de tableaux financiers détaillés concernant le plan de financement et la présentation de prévisions pluriannuelles, à l'occasion des présentations budgétaires et des présentations d'exécution. L'AP-HP a anticipé sur cette mesure en présentant le cadrage financier quinquennal relatif au plan stratégique.

Enfin, un tableau de financement clair reflétant la situation financière de l'établissement remplace l'ancien compte « budget d'investissement ».

## 2- La structure de l'EPRD.

Il existe un enchaînement entre les nouveaux tableaux financiers :

- le compte de résultat prévisionnel ;
- le tableau de détermination de la capacité d'autofinancement ;
- le tableau de financement prévisionnel retraçant les investissements, les emprunts et les emplois financiers ;
- la variation du fonds de roulement et la variation de trésorerie.

Ce nouveau mode de présentation se rapproche des plans utilisés dans le cadre de la comptabilité privée.

Le nouveau compte de résultat évolue peu. Les groupes remplacés par des titres et les recettes par des produits, renvoient à une classification strictement identique. Les changements interviennent dans le traitement comptable des opérations de fin d'année (les provisions de factures non-reçues, les reprises des factures non-reçues en début d'année suivante...), une ligne spécifiquement consacrée au résultat (excédent ou déficit) apparaît).

Dès 2006, l'AP-HP se dotera d'un seul compte de résultat prévisionnel principal, grâce à la suppression des sections annexes et à la fusion de la section relative aux hôpitaux et de celle relative aux services centraux. Il restera cependant des budgets annexes consacrés au long séjour, à la formation initiale, aux activités non-hospitalières et soumis au régime des crédits limitatifs.

La capacité d'autofinancement est constituée du résultat prévisionnel ou du résultat réel en cours d'exécution, auquel sont ajoutés les dotations aux amortissements et les correctifs relatifs aux cessions d'actifs. Cette dernière est positive de plusieurs centaines de millions d'euros pour l'AP-HP signale M. GARNIER.

Le tableau de financement, remplaçant le budget d'investissement, mentionne les immobilisations, les emprunts (remboursements de dettes et nouveaux emprunts) et quelques opérations annexes (autres recettes, variations de provisions, subventions). Ce dispositif correspond exactement au schéma retenu lors de la présentation du plan stratégique.

Enfin, le fonds de roulement concerne l'évolution des créances à recouvrer et des dettes envers les fournisseurs. Sa variation impacte la trésorerie.

**M. SCHLEMMER** s'attache à ce que des non-spécialistes parviennent à distinguer les marges de manœuvre que recouvre un budget, tout en sachant que l'exercice est contraint sur un grand nombre de lignes. Il attend donc de la part des membres de la CME un effort pédagogique afin de permettre au groupe « évaluation et finances » de détecter ces marges de manœuvre et d'aider à la prise de décisions dans le cadre de cet exercice technique.

Selon la **directrice générale**, la question des marges de manœuvre ne se pose pas en termes techniques, elles relèvent d'une volonté de les dégager.

#### **IV - Présentation des propositions d'actions du groupe de travail CME / DPM sur les activités chirurgicales et interventionnelles ambulatoires.**

Avant de donner la parole aux rapporteurs le **président** indique que le groupe de travail (co-présidé par le M. AIGRAIN et M. SUDREAU) relatif aux activités ambulatoires chirurgicales et interventionnelles est composé à parité des membres de la CME et de la DPM, à l'image de la démarche initiée dans le domaine de la réanimation (cf. document mis en ligne sur le site Internet de la CME).

**M. AIGRAIN** introduit le sujet en précisant que l'activité interventionnelle ambulatoire constitue un des volets importants du plan stratégique justifiant une évaluation de l'activité de chirurgie ambulatoire actuelle, de ses perspectives de développement et de l'impact d'une telle évolution sur l'activité chirurgicale conventionnelle.

##### 1- Le cadre de travail.

*La composition du groupe*, dont la cheville ouvrière a été Mme BURONFOSSE, a permis à ce dernier de se conformer à la mission assignée par M. de PROST.

*La méthode*, poursuit **M. SUDREAU** s'est fondée sur la définition du périmètre de cette activité et son application au sein de l'AP-HP.

L'activité des hôpitaux de jour, des séjours de zéro nuit en hospitalisation complète et des séjours d'une ou deux nuits a été recensée. Un cahier des charges a été élaboré et un projet de plan d'action, adressé à chaque hôpital d'ici à fin janvier 2006, fera l'objet d'une négociation au cours du premier trimestre 2006 ; des contrats d'objectifs pourraient être conclus par hôpital fin avril.

Il est à noter que *le cadre réglementaire* de l'activité ambulatoire impose la présence d'une ou plusieurs unités de soins individualisées et des moyens propres en locaux, en personnel et en matériel.

##### 2- Les résultats de l'étude.

Ils proviennent, indique **M. AIGRAIN** d'une liste d'actes définis par chaque collégiale ou par des représentants des spécialités participant aux travaux.

Après avoir détaillé l'activité ambulatoire observée en hôpital de jour et en hospitalisation complète, et démontré le potentiel de développement interne actuel de l'AP-HP, **M. AIGRAIN** déclare que les difficultés ne résultent pas d'un nombre insuffisant de places autorisées. Surmonter les obstacles implique un changement de culture et une volonté de développer ce mode de fonctionnement. Puis il énonce des données par segment d'activités et distingue deux groupes d'hôpitaux :

- six hôpitaux disposent d'une organisation spécifique à la prise en charge des activités interventionnelles ou chirurgicales ambulatoires considérée par l'ARH-IF comme conforme aux normes. Ils enregistrent une activité ambulatoire plus importante que la moyenne et disposent d'un fort potentiel de développement ;
- seize hôpitaux ne possèdent pas d'organisation spécifique ou d'autorisation. Cependant, certains hôpitaux enregistrent une forte activité ambulatoire dont une partie est assurée dans le cadre de consultations, alors qu'elle serait mieux valorisée dans des structures ambulatoires.

### 3- Les propositions d'action.

**M. SUDREAU** décrit le mécanisme d'intéressement au développement non uniquement de l'activité ambulatoire mais de l'activité chirurgicale dans son ensemble, car l'AP-HP a perdu cinq mille séjours chirurgicaux au cours des quatre dernières années et sa part sur le marché régional chirurgical est passée de 20 % à 19 % ; il importe donc de regagner ces parts de marché.

La démarche initiée, qui fixe une cible d'activité pour la période 2006 – 2007, se base sur un contrat d'objectifs négocié hôpital par hôpital.

Selon **M. AIGRAIN** l'enjeu est effectivement global. Cependant, la situation diffère d'une spécialité à une autre, ainsi que d'un hôpital à un autre. Ainsi, dans certains hôpitaux, les lits libérés par le glissement vers la structure ambulatoire ne profiteront pas forcément à l'activité chirurgicale, s'il n'existe aucun besoin en santé publique non couvert ou aucune part de marché à gagner dans l'environnement de l'hôpital. Dans un tel cas de figure, le choix pourra consister à renforcer certaines activités médicales. Une telle situation pourrait concerner certains hôpitaux pédiatriques, un secteur au sein duquel la compétition avec les hôpitaux privés est nettement moins forte qu'en ce qui concerne l'activité adulte et alors que certains besoins ne sont pas pleinement couverts, notamment dans le domaine de la périnatalogie.

Le groupe de travail propose d'une part de mettre en œuvre un intéressement financier a posteriori pour les pôles ayant accepté cette orientation vers le développement de l'activité ambulatoire, accompagné d'un développement de l'activité chirurgicale conventionnelle dans les secteurs ainsi libérés.

D'autre part, il souhaite la mise en place d'un intéressement universitaire afin que les activités ambulatoires, qui permettent un progrès qualitatif des soins, constituent également un domaine de recherche clinique pris en compte dans l'évaluation universitaire des candidats. Cette démarche permettrait également aux structures ambulatoires d'être mieux reconnues au titre de terrain de stage pour les étudiants du deuxième cycle des études médicales.

**M. SUDREAU** termine cette présentation par les propositions d'action aux hôpitaux du second groupe. La logique d'intéressement offre le choix entre la mise en place d'une organisation ad-hoc en leur sein pour basculer dans une logique similaire à celle appliquée aux hôpitaux du premier groupe, et le rapprochement avec un établissement du premier groupe dans le cadre d'une convention.

Les hôpitaux qui s'engageront dans cette démarche, conclut **M. AIGRAIN**, devront réfléchir à l'ensemble du volet chirurgical de leur activité et du circuit du patient, la structure ambulatoire ne représentant sans doute qu'une petite part du sujet.

Après avoir remercié les participants au groupe de travail, le **président** souligne que la suite appartient désormais aux organisations locales, et que les chiffres cités illustrent le retard de l'AP-HP dans le cadre de l'hospitalisation de jour, notamment dans le domaine de la chirurgie.

**M. BERNAUDIN** demande si les hôpitaux du second groupe capables de mettre en œuvre une organisation ad-hoc seront ceux en mesure d'avoir une activité correspondant à un minimum de cinq places d'hospitalisation ambulatoire.



Sauf erreur de la part de **M. SCHLEMMER**, le potentiel de développement externe de l'activité ambulatoire n'a pas été évoqué, or le secteur privé draine une activité qui échappe aux établissements publics.

**Mme DEGOS** demande si le recensement présenté correspond à l'activité chirurgicale ou s'il englobe également l'activité médicale. Elle pense que le risque réside dans le fait que les chirurgiens ne modifient pas leur comportement, laissant le soin aux seuls médecins de transférer leur activité vers le secteur ambulatoire, notamment pour les endoscopies.

Si certains estiment que la chirurgie de jour ne relève pas des compétences des hôpitaux universitaires, **M. LACAU ST GUILY** considère au contraire qu'il s'agit d'un produit d'appel dont le développement ne se fera pas au détriment de la chirurgie lourde mais contribuera à un développement global de l'activité.

Selon lui, la démarche proposée permettrait des marges de manœuvre aux hôpitaux, cependant des difficultés surgiraient en l'appliquant à moyens constants. Aussi, dans le cadre des négociations menées avec les hôpitaux relevant du second groupe, il conviendra de réfléchir aux moyens facilitant la mise en œuvre des projets.

D'après **M. FAGON**, un certain nombre de collègues chirurgiens réservent une place limitée à la chirurgie ambulatoire au sein de leur discipline. Il importe de solliciter les collégiales pour la redéfinir.

En outre, si une équipe chirurgicale estime que l'activité ambulatoire se déroule au détriment de l'activité conventionnelle, elle ne transférera pas d'activité vers la première. Il importe donc d'assurer une activité ambulatoire en sus de l'activité conventionnelle. Par ailleurs, les patients arrivant aux urgences de l'AP-HP en fin de soirée et dont l'opération peut attendre, préfèrent souvent se rendre par la suite dans une clinique privée alors que des aménagements pourraient permettre leur prise en charge en ambulatoire. Ce dernier point mérite qu'on lui consacre un travail spécifique.

**M. MADELENAT** s'associe à ces remarques et déclare que les collégiales adhèrent généralement à la démarche visant à promouvoir l'activité ambulatoire, ce sujet était d'ailleurs au programme des séances de plusieurs congrès dans la spécialité. Il ajoute que l'hôpital de jour permettra de limiter les réactions de mauvaise volonté de certaines équipes face aux interruptions volontaires de grossesse, activité qui relève d'une exigence de santé publique.

L'échéance étant fixée à 2006 – 2007 il convient, estime-t-il, d'indiquer aux chefs d'établissements d'initier la démarche dès 2005 et de mettre en œuvre de manière prioritaire les projets car chaque année perdue se traduira par de nouvelles pertes de parts de marché.

La recherche des motifs à l'origine de la perte des parts de marché dans le domaine de l'hospitalisation chirurgicale classique, semble à **M. GOUTALLIER** un préalable à toute démarche visant à les regagner.

**M. SALES** indique que l'activité ambulatoire doit être mise en œuvre afin de développer d'autres activités. Le projet évoque uniquement les séjours de zéro ou d'une nuit d'hospitalisation tandis que la solution la plus confortable consiste à faire entrer un patient la veille d'un acte et de le laisser sortir le lendemain. Il considère donc que le véritable potentiel de l'activité ambulatoire se trouve dans les séjours de deux ou trois nuits.

Par ailleurs, les collègues concernés pourraient voir leurs efforts doublement récompensés par une politique incitative au sein de l'AP-HP et par la DHOS, l'assurance maladie, voire la mission T2A qui envisagent la promotion de ce mode de prise en charge par des moyens financiers supplémentaires.

Enfin selon lui, l'activité ambulatoire ne permet pas de moderniser l'hôpital, c'est au contraire lorsque celui-ci se modernise que la prise en charge ambulatoire devient indispensable.

A son tour, **M. GOËAU-BRISSONNIERE** donne une illustration de l'urgence à engager la démarche en citant l'exemple de la situation de sa discipline à l'hôpital Ambroise Paré qui, depuis trois ans, a divisé par deux ses parts de marché de l'activité chirurgicale relative aux veines faute de l'assurer dans un cadre ambulatoire.

Pour faire suite aux remarques exprimées, **M. AIGRAIN** donne un certain nombre de précisions.

L'endoscopie interventionnelle constitue un potentiel important de recrutement pour l'institution et l'intéressement proposé porte sur l'ensemble de l'activité chirurgicale et interventionnelle de l'hôpital concerné. Certes, le plan stratégique n'attribue pas de moyens ciblés à l'activité interventionnelle, cependant le développement de l'activité ambulatoire permettra d'améliorer la productivité des moyens disponibles.

Le basculement dans la T2A change nécessairement la philosophie des collégiales vis-à-vis de l'activité. Les données incitent par elles-mêmes au développement de l'activité ambulatoire, lequel permettra l'extension de l'activité conventionnelle.

La réflexion s'est limitée aux séjours d'une nuit car dans la nomenclature actuelle, leur valorisation est identique à celle des séjours ambulatoires. Le transfert des séjours de deux ou trois nuits vers l'activité ambulatoire s'avère plus compliqué à réaliser et probablement moins immédiatement profitable à l'institution.

Pour sa part **M. SUDREAU** précise que le seuil de cinq places renvoie au cadre réglementaire actuel. Avec le troisième SROS, mis en œuvre en mars prochain, ce seuil disparaîtra au profit d'une autorisation portant sur l'implantation et fondée sur la négociation d'un objectif d'activité.

Par ailleurs, le potentiel externe de chaque hôpital a été examiné sur la base de son bassin d'attractivité.

Le groupe de travail approuve la notion d'urgence à agir ; le projet vise à engager les négociations avec les hôpitaux début 2006 et à intégrer les premières discussions financières dès la conférence budgétaire de l'automne 2006.

Après avoir salué la qualité exemplaire du travail accompli, la **directrice générale** se félicite de la prise de conscience des membres de la CME quant à l'enjeu stratégique de ce dossier. Elle souligne qu'une des causes de la diminution des parts de marché de l'AP-HP est son faible engagement dans l'activité ambulatoire. Elle rappelle par ailleurs que des études de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont montré que le développement intensif de la chirurgie ambulatoire tenait au progrès médical et à la préférence des patients pour ce mode de prise charge.

L'absence relative de l'AP-HP de ce secteur d'activité au motif que les services universitaires devaient se concentrer sur les interventions lourdes n'est pas sans conséquence stratégique pour l'avenir. Il existe un risque non nul de voir la chirurgie disparaître des hôpitaux publics. De plus, le secteur privé manifeste l'intention d'intervenir également sur le terrain universitaire, monopole actuel des CHU. Si l'AP-HP ne montre pas sa capacité de performance dans un domaine en pleine extension, les cliniques privées pourront revendiquer la formation des chirurgiens de demain.

Le groupe de travail a proposé un dispositif d'intéressement afin d'émettre un signal positif. La directrice générale adhère à cette idée. Bien entendu, cet « intéressement » devra être cohérent avec les règles du jeu financières qui auront été arrêtées dans le cadre de la tarification à l'activité et en tout état de cause il conviendra de prendre en compte non seulement les recettes inhérentes au développement de l'activité ambulatoire, mais également les dépenses correspondantes. La directrice générale indique par ailleurs que la DHOS et l'assurance maladie souhaitant favoriser la chirurgie ambulatoire, il est probable que la démarche de l'AP-HP fera l'objet d'un accompagnement financier par le biais de tarifs revalorisés. Si elle retient la proposition du recours à un dispositif d'intéressement pour changer les mentalités, elle approuve également la suggestion visant à se mobiliser pour concrétiser les actions susceptibles de l'être rapidement notamment en matière de travaux. Dès demain, elle demandera au directeur du patrimoine et de la logistique de s'en préoccuper.

**M. BERCHE** confirme que l'université doit adapter son projet pédagogique et de recherche aux structures ambulatoires. Il soutient ce type de démarche et sollicite un éclairage sur les pratiques en cours en Europe et dans le secteur privé.

La **directrice générale** répond que ces différents éléments figurent dans un excellent rapport publié récemment par la CNAM dont M. de PROST et elle-même ont demandé la présentation en CME.

#### **V - Avis sur le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations entre l'AP-HP et l'ARH-IF.**

Après avoir indiqué que le principe du contrat de bon usage a déjà fait l'objet d'une présentation devant la CME, **Mme FERY-LEMONNIER** rappelle que ce contrat vise l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux et contient des engagements spécifiques sur les produits hors GHS, notamment des enjeux de calendrier et un respect des référentiels de prescriptions (cf. documents mis en ligne sur le site Internet de la CME).

##### **1- La démarche engagée avec l'ARH-IF.**

L'AP-HP relève d'un seul contrat résultant d'un travail en partenariat avec l'ARH-IF et décliné au niveau de chaque hôpital. La réglementation impose la signature du contrat avant le 31 décembre 2005, après l'avis conforme de la CME et de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), contrat qui permet de garantir l'intégralité des remboursements au cours de l'année 2006.

Le contrat proposé par l'ARH-IF comprend trente objectifs lesquels pour l'année 2006 correspondent davantage à des moyens qu'à des résultats puisqu'il est demandé à l'AP-HP de rédiger un projet pluriannuel de réalisation propre à chaque objectif.

La réalisation de chacun des trente objectifs fera l'objet d'une cotation et chaque établissement obtiendra une note sur cent points. En cas de non respect de l'accord, la perte de remboursement des produits serait plafonnée à 10 % en 2006, 20 % en 2007 et 30 % en 2008. Ces restrictions portent sur des sommes extrêmement importantes. La philosophie de l'ARH-IF consiste donc à inciter les établissements à engager la démarche.

La décision finale relative aux taux de remboursement appliqué à l'AP-HP appartient au conseil de tutelle, dans le cadre de la négociation budgétaire, l'ARH-IF émettant un avis technique.

## 2- Les éléments marquants.

Les objectifs, les indicateurs et les cotations seront modifiables en cours de contrat par voie d'avenant. Les indicateurs utilisés en 2006 correspondent uniquement à la dynamique de mise en œuvre tandis que les résultats seront quantifiés en 2007 et 2008.

Le contrat prend en compte les spécificités de l'AP-HP puisque l'ARH-IF accepte qu'elle dispose de ses propres référentiels, hors l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Ces référentiels seront utilisés pour l'ensemble de l'Ile-de-France.

Des points optionnels supplémentaires seront attribués à l'AP-HP pour la réalisation du contrat, par la montée en charge de la prescription nominative et informatisée intégrant les référentiels. Le travail relatif à la juste prescription permet donc à l'AP-HP de bénéficier de points supplémentaires. Selon Mme FERY-LEMONNIER il convient de s'assurer de la cohérence entre la démarche menée au sein de l'AP-HP et les obligations formulées par les tutelles sur ces référentiels.

## 3- La dynamique à porter en interne à l'AP-HP.

La déclinaison du contrat site par site au cours de l'année 2006, s'opérera en parallèle aux conférences activité, stratégie et performance (ASP) et au cycle budgétaire au travers des plans d'actions crédibles et des règles du jeu à fixer.

Enfin, la dynamique de suivi nominatif et informatisé des médicaments et des DMI dans le cadre de la T2A devra se poursuivre à travers la montée en charge des codages, la vérification de l'exhaustivité de ce codage, la sécurisation des liens avec le PMSI et la facturation.

En conclusion, le contrat proposé constitue une démarche de progrès, fondée sur une contractualisation pragmatique et reconnaissant le rôle de CHU de l'AP-HP.

Après avoir demandé si le contrat de bon usage s'appliquera également aux établissements privés, **M. CHAUSSADE** suggère que, dans le cadre des comités de concertation en cancérologie, soit indiqué si la chimiothérapie prescrite correspond à l'AMM ou à des recommandations scientifiques ; et dans le cas contraire, il propose que soit mentionnées les raisons de l'indication de ce traitement.

Selon **M. GUILLEVIN**, les centres de référence des maladies rares reçoivent souvent des patients ayant déjà essayé l'ensemble des traitements disponibles. Leur mission consistera à définir des stratégies thérapeutiques faisant parfois appel à des molécules coûteuses ou à des doses particulières. Aussi, convient-il de prévoir la possibilité pour ces centres de définir eux-mêmes des référentiels ou des stratégies thérapeutiques.

**M. PINSON** précise que le contrat de bon usage s'appliquera aux établissements privés lesquels participent au comité de pilotage régional.

Par ailleurs, il importe en effet de pouvoir mentionner dans le dossier médical des prescriptions hors référentiel. Une démarche en cours étudie le moyen de prendre en compte cet élément au niveau informatique. En outre, l'un des trente objectifs correspond à l'obligation pour les COMEDIMS locales d'examiner une fois par an les indications du groupe 3, en vue de faire évoluer les référentiels.

Enfin, concernant les molécules et les DMI coûteux, il rappelle que le dé-contingentement financier constitue un véritable progrès par rapport à la situation qui prévalait dans le cadre de la dotation globale. La solution permettant de ne pas perdre cet avantage financier consiste à respecter le contrat de bon usage.

**Mme FERY-LEMONNIER** précise que les centres de référence des maladies rares de l'AP-HP seront responsables de la rédaction des référentiels relatifs aux médicaments orphelins. L'AP-HP a proposé à la haute autorité de santé (HAS) qui intervient dans le domaine des référentiels des affections de longue durée (ALD) d'assister à la réunion relative aux centres de référence des maladies rares, afin de présenter la démarche qu'elle compte suivre. Pour le moment, l'AP-HP assure la responsabilité de cinq ou six référentiels de ce type.

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est adopté à l'unanimité des 40 votants.

#### **VI - Information sur les prochaines élections partielles à la CME.**

Le **président** annonce l'organisation d'élections partielles à la CME afin de pourvoir des sièges devenus vacants. Les scrutins se dérouleront les 31 janvier et 7 mars 2006 et permettront d'élire :

- dans le collège n° 2 (des chirurgiens) : un titulaire et un suppléant MCU-PH, deux suppléants praticiens hospitaliers ;
- dans le collège n° 7 (des personnels non-titulaire) : quatre titulaires et cinq suppléants ;
- dans le collège n° 9 (des internes) : un titulaire et un suppléant.

Puis il communique les dates limites de candidature aux élections : le 19 décembre pour les candidatures par correspondance et le 20 décembre pour celles déposées à la DPM, avant de préciser que cette information figure sur le site Internet de la CME et dans l'édition de novembre de Flash.

#### **VII - Avis sur la création du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon.**

**M. OMNES** indique que les activités de neuropédiatrie des sites Armand Trousseau et La Roche Guyon se sont regroupées l'été dernier afin de constituer le grand pôle de neuropédiatrie du GHU est. La structure de La Roche Guyon permet d'accueillir quatre vingt enfants polyhandicapés et correspond à une unité fonctionnelle au sein du nouveau service de neuropédiatrie et pathologie du développement de l'hôpital Armand Trousseau. Ce rattachement administratif assure la cohérence entre l'organisation médicale et l'organisation administrative

La création du groupe hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon est approuvée à l'unanimité des 39 votants.

### **VIII- Avis sur la création du groupe hospitalier Broca – La Collégiale.**

Le rattachement administratif du site La Collégiale, laquelle fait actuellement partie du groupe hospitalier Hôtel Dieu – La Collégiale, au groupe hospitalier Broca – La Rochefoucauld figure dans le plan stratégique pour la période 2005 – 2009, indique **M. LEPERE**.

A l'issue de multiples réunions entre ces deux sites et de la constitution d'un comité de pilotage, ce transfert administratif peut désormais s'effectuer.

Le document de séance indique que La Collégiale « répond faiblement aux attentes d'aval de l'Hôtel-Dieu », or tel n'est pas le cas déclare **Mme DEBRAY-MEIGNAN**.

Par ailleurs, si ce projet a été avalisé par le comité consultatif médical de l'Hôtel-Dieu, le contrat portant sur les objectifs médicaux, estimé non-abouti, a été refusé.

Le document est en cours d'élaboration par les deux groupes hospitaliers répond **M. LEPERE** qui précise qu'à l'exception des comités techniques locaux d'établissements (CTLE), les instances se sont prononcées favorablement.

La création du groupe hospitalier Broca – La Collégiale est approuvée par 36 voix pour et 1 abstention. Un membre de la CME refuse de participer au vote.

### **IX - Avis sur des fiches de missions et structure et sur des fiches de pôles d'activité.**

La parole est donnée à **M. MADELENAT** pour rapporter le dossier.

#### 1- Les fiches de missions et structure sans débat.

##### ***GHU est***

##### ***Hôpitaux Armand Trousseau – Saint Antoine – Tenon – Pitié-Salpêtrière :***

- *Création d'un service de génétique et d'embryologie médicales avec 3 unités fonctionnelles.*
  - *UF de génétique chromosomique (cytogénétique).*
  - *UF de génétique clinique et moléculaire (ex génétique clinique).*
  - *UF de foetopathologie*

##### ***Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière :***

- *Création d'un service d'odontologie avec 2 unités fonctionnelles.*
  - *UF du PASS bucco-dentaire.*
  - *UF d'urgences odontologiques.*

*Et suppression de l'UF d'odontologie rattachée à Garancière.*

**M. PICARD** intervient pour exprimer son soutien à ce projet qui permettra notamment le rattachement des équipes du centre dentaire Garancière à l'université Paris VI, dans un souci de cohérence universitaire vis-à-vis de leur intervention au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière et de leur futur développement sur le site de l'hôpital Rothschild rattachés tous deux à Paris VI.

Les équipes de Garancière réalisent des activités spécifiques et complémentaires à celles assurées par les équipes de la Pitié-Salpêtrière.

Au regard de ces complémentarités la fiche de structure aurait mérité un examen par le CCM de l'Hôtel-Dieu. De plus, il pense que le projet aurait dû envisager la création d'une fédération de gestion commune ou d'un pôle transversal implanté sur les deux sites.

Pour ces raisons, il avait demandé à la DPM l'organisation de réunions afin de préparer en commun la rédaction de cette fiche de structure. Mais en l'absence de réunion, il découvre la présente fiche et constate des imprécisions. Il souhaite donc un réexamen du dossier qu'il appuie néanmoins sur le fond.

**M. CORIAT** se réjouit de ce soutien à la création du service d'odontologie qui poursuit deux buts principaux : la gestion du PASS bucco-dentaire et l'organisation de la garde. Il précise qu'en l'absence de validation par la CME de la fiche de structure, la garde serait fermée immédiatement car il n'est plus possible de l'assurer au sein de la Pitié-Salpêtrière sans un rattachement à un service capable de l'organiser. En outre, les moyens étant fléchés, le projet doit se concrétiser.

**M. PICARD** suggère d'adopter aujourd'hui la fiche présentée sous réserve des modifications à venir.

La garde d'odontologie ne prend pas en charge les malades hospitalisés, ce qui paraît illogique et mériterait d'être corrigé, du point de vue de **Mme DEBRAY-MEIGNAN**.

Ces éléments pourront être étudiés dans le cadre du CCM, conclut le **président** qui propose de suivre l'avis du groupe des structures et d'approuver la fiche dès aujourd'hui.

## 2- Les fiches de pôles d'activité.

Les premiers projets d'organisation des hôpitaux par pôles d'activité, poursuit **M. MADELENAT** résultent d'une procédure qui comprend successivement :

- une réunion préparatoire à laquelle participent notamment la direction de l'hôpital, un membre du conseil exécutif, un membre du groupe des structures ;
- un examen en groupe des structures ;
- un passage au sein du conseil exécutif ;
- l'approbation par la CME.

### ***GHU est***

#### ***Hôpital Saint Antoine :***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 7 pôles :*
  - *Pôle urgences et médecines d'aval généraliste.*
  - *Pôle digestif.*
  - *Pôle os et articulations.*

- *Pôle des médecines spécialisées.*
- *Pôle oncologie – hématologie.*
- *Pôle gynécologie, endocrinologie et obstétrique.*
- *Pôle biologie et imagerie.*

De cette organisation le groupe de structure a noté :

- la présence d'une unité fonctionnelle de gériatrie aiguë dans le pôle urgences et médecines d'aval généraliste, rattachée à un service d'un autre établissement, ce qui est susceptible de poser problème concernant la nomination du responsable de l'unité ;
- la présence de deux services d'hépatogastro-entérologie dans le pôle digestif, même si l'activité du premier s'avère orientée vers le foie et celle du second vers le tube digestif ;
- l'intégration du service d'anesthésie-réanimation au sein de ce même pôle digestif, dont il contribue à l'activité ;
- la présence de deux services de chirurgie orthopédique et traumatologique dans le pôle os et articulation ;
- l'absence des services de gastro-entérologie dans le pôle oncologie-hématologie, où ils auraient eu naturellement leur place ;
- le fait que ce pôle oncologie-hématologie comprenne un nombre moins important de lits et de praticiens que les autres pôles ;
- le rattachement du service de pharmacie au conseil exécutif, le président de CCM ayant demandé le respect de cette distribution à laquelle s'associe le chef de service de pharmacie.

**M. LEVERGE** manifeste l'opposition du président de son syndicat national et la sienne à ce projet de rattachement de la pharmacie. La collégiale des pharmaciens d'hôpitaux demande l'introduction de chaque pharmacie à usage interne (PUI) au sein d'un pôle, suivant ainsi l'analyse de la DPM et de la direction des affaires juridiques de l'AP-HP.

Contrairement à l'AP-HP, dans la majorité des CHU, pour des raisons réglementaires, la PUI est instituée en pôle autonome. Il a demandé que, d'une part conformément à l'analyse du conseil exécutif, la PUI rejoigne un pôle médico-technique, au titre de prestataire de service, d'autre part, en accord avec la DAJ, que les conditions réglementaires limitatives figurent dans le règlement intérieur. Cet élément lui a été confirmé par le pharmacien inspecteur général de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

Dans ce cadre, accepter la présence d'une PUI hors d'un pôle revient à adopter une position contraire à la jurisprudence existante.

**M. DUSSAULE** ne comprend pas pourquoi la solution adoptée serait contraire aux intérêts de la PUI de cet hôpital. Cette solution, qui fait l'objet d'un consensus général permet au pharmacien chef d'avoir accès à l'ensemble des dossiers dans le cadre du conseil exécutif.

Il a été décidé de ne pas implanter la PUI dans le pôle de biologie afin d'éviter la création d'un pôle trop lourd et parce que le nouveau bâtiment consacré à la biologie ne permet pas d'accueillir la pharmacie.



Le **président** souhaite engager la démarche de constitution des pôles dans le cadre le plus souple possible. En effet, imposer un cadre strict à des hôpitaux qui font preuve de volontarisme et parviennent à des solutions entérinées par toutes leurs équipes conduit à l'échec. L'hôpital Saint-Antoine a engagé sa démarche sur la base d'une formule originale. Il mentionne le fait que les organisations proposées pourront faire l'objet de modifications dans le cadre de la procédure de contractualisation. Il constate enfin la cohérence du projet, alors que l'hôpital Saint-Antoine est complexe. Aussi, il invite l'instance à émettre un avis favorable au projet présenté et qui fait l'objet d'un vote séparé.

L'organisation de l'hôpital Saint-Antoine est approuvée par 28 voix pour et 2 abstentions.

### ***GHU nord***

#### ***Hôpital Jean Verdier :***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 4 pôles.*
  - *Pôle accueil et médecine.*
  - *Pôle biologie – pharmacie – pathologie.*
  - *Pôle femme et enfant.*
  - *Pôle de spécialités médico-chirurgicales à orientation digestive et métabolique.*

Les quatre pôles proposés s'avèrent cohérents et équilibrés commente **M. MADELENAT**. Cependant, le groupe de structure a regretté a posteriori que le projet de fiche de pôle n'ait pas été soumis aux autres hôpitaux du GHU faisant appel au service d'hystologie-embryologie-cytogénétique et de l'unité fonctionnelle de biologie de la reproduction. Il conviendra de prendre en compte cet élément à l'avenir.

Par ailleurs, le regroupement au sein du pôle D du service de radiologie et de l'unité fonctionnelle d'explorations fonctionnelles renvoie à la présence d'un service prestataire dans un pôle particulier, au risque de desservir les intérêts des autres services. Le groupe de structure a décidé de ne pas contester l'organisation proposée, car ce pôle représente 60 % des activités de radiologie et d'explorations fonctionnelles de l'hôpital.

La présence d'une unité fonctionnelle de chirurgie infantile dans le pôle femme et enfant a suscité de très vives discussions au groupe des structures, au conseil exécutif et au bureau de la CME, sur la capacité de fonctionnement d'une telle structure au sein de ce pôle, tant en termes de moyens que de personnels, aboutissant à suggérer que la spécialité émette d'autres propositions.

Le groupe des structures a pris l'engagement, indique l'orateur, de mentionner aux hôpitaux les points susceptibles de poser des problèmes dans le cadre de l'organisation en pôles que ces derniers proposent et, à moyen terme, de vérifier la manière dont ils ont traité ces difficultés.

Les discussions relatives à l'organisation en pôles d'un hôpital permettent d'évoquer des questions fondamentales, note le **président** dépassant les choix relatifs à ce seul hôpital. Ainsi, le point précédemment cité se fonde sur un raisonnement global et relève quasiment du domaine du SROS. La CME ne détient pas la solution, son rôle se limite à mentionner cet élément et à enclencher la réflexion.

**M. AIGRAIN** déclare que cette unité fonctionnelle de chirurgie infantile, totalement virtuelle, correspond à l'affectation nominale de praticiens (un praticien hospitalier et un PU-PH) exerçant leur activité sur un autre site. Il s'étonne donc de la voir figurer dans le projet.

Cette structure virtuelle induit des coûts pour l'hôpital et mérite une clarification selon **M. PATERON** rejoint dans cet avis par le **président**.

***Hôpital Villemin – Paul Doumer :***

- *Présentation de l'organisation de l'hôpital en 1 pôle.*
- *Pôle gériatrique.*

Les autres fiches sont approuvées à l'unanimité des 30 votants.

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

Deux nouveaux contrats d'activité libérale, un renouvellement et un avenant sont approuvés par 17 voix pour, 2 voix contre et 17 abstentions.

**XI - Avis sur l'avenant à la convention associant l'Institut Curie à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris V.**

L'avenant à cette convention hospitalo-universitaire porte sur l'attribution par les ministères de tutelle d'un poste de chef de clinique à l'Institut Curie dans le cadre du plan cancer.

L'avenant à la convention est adopté par 34 voix pour et 1 abstention.

**XII - Avis sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2006.**

En propos liminaire, **M. GUILLEVIN** fait savoir que la révision des effectifs porte sur un nombre important de postes, dont la majorité fait l'objet d'un autofinancement sur la base des crédits dédiés à la réduction du temps de travail (ARTT) ou à des mesures fléchées. A l'exception de quelques cas précis qui seront discutés en séance, les propositions relèvent d'un consensus.

L'absence de la manne induite par les différents dispositifs antérieurs d'autofinancement a limité certaines créations de postes. Par ailleurs, il signale les difficultés éprouvées pour redéployer les postes vacants car les collègues souhaitent les conserver au sein de leur service, de leur hôpital ou de leur discipline. Sans une attitude volontaire, aucun redéploiement n'aurait été possible, aussi espère-t-il que le message sera entendu l'année prochaine.

Cette révision des effectifs (cf. document de séance remis sur table) concerne un nombre de postes comparable au volume enregistré lors des précédents exercices poursuit **M. ANTONINI**, qui indique qu'un grand nombre de redéploiements constituent, en réalité, des emprunts qui pèseront sur les révisions ultérieures. Il importe d'être attentif à cet élément à l'avenir.

#### Les postes redéployés

Après avoir rappelé la liste des postes redéployés approuvés lors de l'inter-groupe, **M. ANTONINI** mentionne la demande très soutenue de l'hôpital Saint-Louis en pharmacie.

**M. LEVERGE** fait part d'une solution qui consiste à redéployer des vacances provenant de l'AGEPS vers l'hôpital Saint-Louis permettant ainsi à l'équipe de pharmacie, de mieux structurer son activité et sa recherche de promotion de la qualité.

#### Les postes autofinancés

**M. ANTONINI** précise qu'un certain nombre de demandes n'ont pas été retenues pour des raisons d'ordre stratégique ou de cursus des candidats. La révision des effectifs devenant un processus d'adaptation continu, il complétera les tableaux remis sur table au cours de la discussion.

**M. PIETTE** signale que le poste à l'hôpital Corentin Celton dans le service de médecine générale et gériatrique a fait l'objet d'un avis défavorable, le candidat ne disposant pas du pré-requis minimal. Il convient de corriger le document de séance qui mentionne un avis favorable.

Puis il précise que les demandes portant sur un emploi à temps plein et sur un emploi à temps partiel au sein du service de médecine générale et gériatrique du groupe hospitalier Sainte Périne – Rossini – Chardon Lagache ont reçu respectivement un avis défavorable car le candidat ne dispose pas des pré-requis nécessaires, et un avis favorable.

**M. ANTONINI** mentionne :

- un ETP en médecine interne à l'Hôtel-Dieu qui ne figure pas dans la liste transmise et dont la demande a reçu un avis favorable de la discipline.

Une demande relative à 0,5 ETP dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique à l'hôpital Raymond Poincaré s'inscrit dans un contexte compliqué concernant les relations entre cet hôpital et l'hôpital Ambroise Paré.

Aussi, il est proposé de suspendre la demande jusqu'à la conclusion d'un accord et **M. GOËAU-BRISSONNIERE** abonde dans ce sens.

**M. ANTONINI** fait part d'une demande du service de biochimie B, hormonale, métabolique et génétique à l'hôpital Bichat – Claude Bernard, concernant un candidat praticien adjoint contractuel (PAC) transmise tardivement à la DPM et pour laquelle l'avis de la discipline est sollicité.

**Mme BOILEAU** précise qu'il s'agit d'une demande de transformation de PAC en praticien hospitalier au sein de ce service qui assure une activité de biochimie classique et une activité de référence en génétique moléculaire.

Au regard des effectifs du service, la demande se justifie mais le candidat n'a pas d'activité de recherche. Cependant, la collégiale a émis un avis favorable, en prenant en compte la qualité du candidat, ses nombreux services rendus, son implication dans la formation des internes et d'autres étudiants et les besoins du service.

Au terme de l'examen du dossier, le **président** met ce dernier aux voix.

La CME approuve la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour l'année 2006 à l'unanimité des 40 votants.

Les incidences des débats apparaissent dans l'annexe du présent compte-rendu.

### **XIII - Approbation du compte-rendu de la séance du 8 novembre 2005.**

Le compte-rendu de la séance du 8 novembre 2005 est adopté sans observation.

### **XIV - Questions diverses.**

**M. PATERON** voudrait connaître les paramètres pris en compte dans le cadre du calcul des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation car (MERRI) des disparités importantes sont constatées entre les hôpitaux.

**Mme MARCHAND** signale la récente publication du texte relatif à la RTT des praticiens attachés. Or il ne lui semble pas que la DM3 prenait en compte cet élément.

Ces deux questions seront soumises à la direction économique et financière.

\*

\*                      \*

La séance est levée à 12 heures 30.

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

**Mardi 17 janvier 2006 à 8h30.**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 4 janvier 2006 à 16h30.**

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

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