

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 8 MARS 2011

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 12 AVRIL 2011

SOMMAIRE

I. Information du Président de la CME	4
II. Bilan d'activité 2010 et plan d'action 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles	6
III. Activité 2010 par groupe hospitalier et par spécialité	11
IV. Présentation du nouveau siège	15
V. Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	20
VI. Avis sur la modification du règlement intérieur concernant les modalités électorales pour le renouvellement des membres de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques	24
VII. Avis sur des contrats d'activité libérale	24
VIII. Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 11 janvier 2011	24
IX. Questions diverses	24

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
- Mme DESOUCHES, conseiller médical de l'ARS (DOSMS),
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

- Mme le Pr AIACH,
- M. le Pr BERCHE,
- M. le Pr LEVY,
- M. le Pr SCHLEMMER.

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- M. BURDET, directeur par interim des Ressources humaines,
- M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
- M. JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication,
- M. MORIN, directeur des Affaires juridiques,
- M. SAUVAGE, directeur des services économiques, financiers, de l'investissement et du patrimoine,
- Mme VASSEUR, directrice des soins et activités paramédicales,
- Mme VEIL, directrice du pilotage et de la transformation,

- M. DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. HUBIN, direction de la politique médicale,
- M. PINSON, direction de la politique médicale.

• ***membres excusés :***

- M. le Pr CHERON, M. le Pr MUSSET, M. le Pr OURY, M. le Dr REMY, M. le Pr RONDEAU, M. le Pr VALLEUR.

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Bilan d'activité 2010 et plan d'action 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (*Pr Bergmann*)
- 3- Activité 2010 (*M. Sauvage - Dr Taright*)
 - par groupe hospitalier
 - par spécialité
- 4- Présentation du nouveau siège (*Mme Ricomes*)
- 5- Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) (*M. Sauvage*)
- 6- Modification du règlement intérieur concernant les modalités électorales pour le renouvellement des membres de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (*Mme Vasseur*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 8- Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 11 janvier 2011
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

Avis sur la désignation à titre provisoire des chefs de pôle
Avis sur la désignation à titre provisoire des chefs de service
Avis sur des demandes de changements d'affectation interne de praticiens hospitaliers
Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
Avis sur une demande de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier.

Composition B

Avis sur des candidatures aux emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs HU 2011).

Composition A

Avis sur une demande de détachement d'un directeur de recherche dans le corps des PU-PH
Avis sur des candidatures aux emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs 2011)
Avis sur des mobilités hospitalières de PU-PH.

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

En préambule, **le Président** rappelle la mémoire de deux collègues récemment décédés, le Professeur Dominique Emilie, major de l'internat, directeur d'unité INSERM, PU-PH d'une part et le Professeur Jean-Claude Raphaël, chef du service de réanimation de Garches d'autre part.

M. HARDY rend hommage au Professeur Dominique Emilie, décédé le vendredi 25 février 2011 à la suite d'un accident de montagne, à l'âge de 56 ans. Chef du service de microbiologie immunologie biologique de l'hôpital Antoine Béchère, il devait à son rayonnement d'occuper de multiples responsabilités universitaires. Président du conseil scientifique de la Faculté de médecine Paris Sud, membre élu au Conseil Scientifique de l'Université Paris 11, membre suppléant au Comité de la Recherche en Matière Biomédicale et Santé Publique de l'AP-HP, coordonnateur de l'axe thématique « Immunothérapies » du PRES UniverSud Paris, directeur adjoint de l'IFR 141 « IPSIT » (Institut Paris-Sud d'Innovation Thérapeutique), il dirigeait l'unité INSERM 996 « Cytokines, Chimiokines, Immunopathologie. Toute la communauté hospitalière et universitaire s'est trouvée profondément attristée par la perte de ce collègue unanimement apprécié.

Ensuite, **M. SCHLEMMER** rappelle que Jean-Claude Raphaël avait récemment confié au doyen de Paris Ouest la responsabilité du service de réanimation de Garches et était resté extrêmement actif notamment dans le cadre de réseaux qu'il a créés dans l'Ouest parisien pour aider les malades atteints de handicaps respiratoires. Il a été une des figures de la réanimation et de la neuro-réanimation, animant un groupe de renommée mondiale dédié à des pathologies telles que le syndrome de Guillain-Barré, en digne successeur de Maurice Goulon et de Philippe Gajdos. Il a été extrêmement actif au sein de l'AP-HP et l'un des premiers à avoir développé l'évaluation en médecine. **M. SCHLEMMER** loue son énergie, sa qualité scientifique et sa très grande discrétion.

Les membres de la CME observent une minute de recueillement en leur hommage.

I. Information du Président de la CME

Le Président se félicite de la validation par la Direction générale des conclusions de la CME en matière de révision des effectifs de postes de praticiens hospitaliers (PH). Tous les postes proposés par la CME seront ainsi publiés par le centre national de gestion pour le concours. **Le Président** souligne la qualité de la réflexion conduite par la CME, ainsi que sa pertinence médicale. Il rappelle l'étude consacrée au financement du temps médical. Les dépenses de gardes et astreintes, de 81 millions d'euros, ont été analysées avec la DPM et l'aide de Madame BLUM-BOISGARD afin de dégager des marges de manœuvre. **Le Président** se dit particulièrement heureux des résultats de la CME qui a finalisé quatre révisions des effectifs de postes de PH, de jeunes collègues pourront ainsi être recrutés.

Ensuite, **le Président** fait part de sa satisfaction de constater que le processus de réflexion relative à la redéfinition des pôles respecte le calendrier établi. L'analyse, d'une grande pertinence médicale, a dans un cadre ascendant puis itératif, impliqué les hôpitaux, un groupe réuni par la DPM auquel la commission des structures a largement été associée. En avril, la CME devra se prononcer sur le projet de découpage en pôles. **Le Président** se félicite ensuite du fait que la perspective des DHU, qui constituent une avancée considérable pour l'AP-HP, ait toujours été en arrière-plan de cette réflexion.

En troisième lieu, la nomination des chefs de pôle obéira à un calendrier et à une méthodologie précise. Il a ainsi d'ores et déjà été demandé aux hôpitaux de réfléchir à la nomination des chefs de pôles tels que ces derniers sont préfigurés. Il faut en effet être prêt, au début du mois de juin, à nommer les collègues concernés. La commission des effectifs et du temps médical gèrera au préalable les candidatures. Le 31 mai, une CME exceptionnelle sera dédiée à la présentation des candidats – éventuellement par des rapporteurs en cas de candidatures multiples pour un pôle - et au vote afin que conformément à la loi, une proposition soit faite à la Directrice générale. **Le Président** affirme que les Doyens seront partie intégrante du processus, pour des raisons naturelles mais aussi réglementaires. Par ailleurs, une réflexion animée par Monique Ricomes est en cours concernant la délégation au chef de pôle. La CME sera bien évidemment associée à l'élaboration de la règle à cet égard. Le contrat de pôle, de virtuel, deviendra de plus en plus concret. Ensuite, **le Président** déclare espérer une prise de position rapide des pouvoirs publics concernant les consultants chefs de pôle. En tout état de cause, les amendements à la loi HPST présentés ce jour par le sénateur Fourcade ne comprennent pas de disposition permettant aux consultants de briguer le poste de chef de pôle. Le Directeur de cabinet adjoint chef du pôle santé a néanmoins laissé entendre que des amendements en la matière pourraient être votés. Une décision formelle reste nécessaire, et en l'attente, le Président souhaite que l'incompatibilité entre consultant et chef de pôle soit rapidement rappelée aux Directeurs de groupes hospitaliers (GH).

Enfin, **le Président** fait part de ses inquiétudes. En premier lieu, l'investissement destiné au renouvellement, à l'entretien du matériel vétuste et à la construction liée aux restructurations hospitalières est problématique. S'agissant de ces dernières, il a invité la Directrice générale à établir, en synergie avec la communauté médicale, une liste des investissements prioritaires. Cette liste permettra en effet d'étayer les demandes formulées dans le cadre de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012, à la Région (eu égard aux 500 millions d'euros promis par le Président de la Région Ile-de-France) et à la Ville (au titre de la valorisation de terrains qui lui seraient vendus). Cela permettra à l'Etablissement d'investir encore plus au-delà de ses capacités d'autofinancement, pour éviter de désespérer la communauté médicale et mener à bien les restructurations décidées. **Le Président** rapporte avoir, avec d'autres membres de la CME, demandé une révision des tarifs au Ministère, la campagne tarifaire 2011 s'annonçant catastrophique, il convient de cibler les investissements, ainsi que les MIGAC.

La Secrétaire générale explique que parallèlement à la réflexion partagée avec les groupes hospitaliers sur les périmètres, il a paru nécessaire d'engager une concertation sur le fonctionnement des futurs pôles concernant : le contrat, la délégation de gestion et le management interne sachant que 75 % de pôles seront multisites. Un comité de pilotage (COPIL), ainsi que deux groupes de travail ont été constitués, associant des Présidents de CCM, des chefs de pôle ainsi que des cadres paramédicaux de pôles et des cadres administratifs de pôles. Les thèmes de travail sont :

- les rôles et responsabilités du chef de pôle (en précisant le périmètre de la délégation de gestion à l'AP-HP) ;
- le management interne des pôles (avec leur composition sachant que le texte est peu précis) en vue d'homogénéiser dans la mesure du possible les fonctionnements ;
- l'accompagnement des chefs de pôle dans leurs nouvelles missions notamment *via* la formation, prévue par les textes.

La Secrétaire générale se propose de présenter un compte-rendu régulier des travaux du COPIL à la CME. Son objectif est de parvenir à des conclusions consensuelles en milieu d'année.

Le Président assure que la CME participera aux réflexions du COPIL. Le sujet étant très vaste néanmoins, il a fallu commencer en constituant les groupes de travail.

En réponse à l'information donnée par le Président, **la Directrice générale** évoque en premier lieu la révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Elle a effectivement signé la proposition formulée par la CME en la matière et ce, malgré l'absence de vision globale attendue concernant les trois piliers que sont les PH, la permanence des soins et les postes de praticiens attachés. Il était en effet de l'intérêt de tous de décider immédiatement quant aux postes de PH. Elle espère que les deux autres dossiers progresseront de manière satisfaisante. Elle signale que la réputation de l'Institution est en jeu s'agissant particulièrement de la problématique de la permanence des soins. Des mesures sont en effet annoncées depuis longtemps à cet égard sans réelles avancées. Elle souhaite qu'une méthode prospective et pluriannuelle soit instaurée afin d'inscrire les décisions dans la durée et pour travailler dans de meilleures conditions en 2012.

En second lieu, **la Directrice générale** souligne que l'ensemble de l'univers hospitalier (médical, paramédical et administratif) tient à obtenir les investissements nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins et pour préparer l'avenir. **La Directrice générale** souligne que les montants évoqués de 400 à 500 millions d'euros sont sensiblement supérieurs aux capacités d'autofinancement de l'Etablissement qui avoisinent jusqu'alors 300 millions d'euros. L'Etablissement, dont le travail en matière budgétaire est approfondi et sérieux, défend ainsi d'ores et déjà un niveau d'investissement bien supérieur à sa capacité d'autofinancement en prenant le risque de creuser son endettement. Par ailleurs, elle note l'insensibilité de la CME vis-à-vis des « coûts partis » – de 100 à 150 millions d'euros en 2011 - qui influent fortement sur la capacité d'investissements de l'Etablissement. Ensuite, les revues budgétaires sont bien évidemment l'occasion d'étudier les demandes des GH, en tentant d'obtenir plus qu'en 2010. La liste demandée par la CME assure-t-elle, sera élaborée, choisie et assumée espère-t-elle par l'ensemble de la communauté médicale au début du mois d'avril, lorsque les revues budgétaires auront été achevées. La Direction de l'AP-HP œuvre bien évidemment à trouver les investissements nécessaires même si les espoirs sont limités vis-à-vis du plan Hôpital 2012. **La Directrice générale** affirme que pour un hôpital universitaire, les investissements en matériel sont indispensables, comme les investissements d'amélioration des offres de soin et des conditions de travail. Elle souligne que la discussion avait été centrée volontairement sur 2011 pour que la satisfaction soit, au maximum, partagée.

Le Président précise que son intervention visait non l'autofinancement mais les financements extérieurs pour desquels les donateurs aiment à connaître les bâtiments concernés.

La Directrice générale l'entend. La méthode proposée est de s'accorder quant à certains investissements à court terme que tous défendront. La liste recensera les priorités de l'AP-HP et non l'ensemble des desideratas exprimés par chacun.

M. CAPRON aimerait savoir si la Directrice générale assumera les propositions de nomination de chefs de pôle formulées par la CME.

La Directrice générale explique avoir souhaité consacrer du temps à la définition des responsabilités du chef de pôle. Ces derniers doivent en effet avoir, outre des compétences médicales, la capacité à gérer des équipes, à assumer des responsabilités managériales et

économiques. Elle précise qu'il ne s'agit nullement d'un exercice bureaucratique. Grâce à cette formalisation du profil recherché, **la Directrice générale** gage que les risques d'écart entre l'appréciation faite par le président, la CME et la sienne seront très limités.

Mme GIRARD se réjouit de la révision des effectifs médicaux et note les progrès à réaliser en matière de garde et de permanence des soins. Elle s'inquiète en revanche d'un éventuel risque de réduction du nombre de demi-journées. Elle souligne que ces dernières font partie intégrante de l'activité médicale.

Le Président déclare qu'il est hors de question de les supprimer dès lors qu'elles sont médicalement pertinentes. En tout état de cause, leur nombre est tellement important (environ 20 000 demi-journées) qu'une analyse médicale préalable permettra probablement de trouver des marges de manœuvre.

M. FOURNIER assure qu'une décision arbitraire sans réflexion ni concertation est impossible en la matière. L'analyse requiert l'appréciation des chefs de service et doit être adaptée à chaque situation, à chaque spécialité. Les demi-journées financées et non utilisées ne doivent pas être maintenues. Ensuite, l'utilisation moyenne de ce temps médical dans un service ou une spécialité donnée doit être évaluée. Le nombre moyen de consultants par demi-journée est par exemple très variable au sein d'un service. Une étude fine, sur site et médicalisée est indispensable, tenant compte notamment de l'ancienneté du chef de clinique. **M. FOURNIER** précise que le financement de postes de PH pour la prochaine révision dépend aussi des éventuelles marges de manœuvre obtenues. L'analyse doit être médicale et politique. En tout état de cause, la situation actuelle ne peut perdurer.

M. LYON-CAEN convient avec la Directrice générale que des choix impliquent des sacrifices. Cela étant, la discussion préalable et la transparence des décisions sont nécessaires. La loi HPST présente en effet le risque d'obscurcir le champ de la discussion. Ensuite, il déclare que s'il accepte l'attribution de responsabilités économiques aux chefs de pôle, ces responsabilités ne sauraient être financières. Quelle que soit leur formation en effet, les chefs de pôle ne doivent pas être responsables des variations imprévisibles des tarifs. Leur responsabilité doit rester médicale, morale (pour assurer l'harmonie au sein des pôles) et de gestion des personnels.

II. Bilan d'activité 2010 et plan d'action 2011 de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

M. BERGMANN rappelle les missions principales de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles :

- évaluer et choisir des médicaments et dispositifs (1 300 références relatives à 10 classes de dispositifs ont été réévaluées ainsi que près de 200 médicaments) ;
- promouvoir le bon usage des produits de santé, notamment pour les médicaments hors GHS ;
- améliorer la communication.

1. Dépenses de cession

Les dépenses de cessions hors AGEPS ont augmenté en 2010 de 1,7 % confirmant le début de stabilisation de 2009, après plusieurs années de forte hausse. Les médicaments d'hospitalisation ont augmenté, contrairement aux rétrocessions fortement impactées par les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) dont les suites ne peuvent être maîtrisées. Par classe de médicaments, les principaux sont les médicaments d'hémato-cancéro-immuno. En hospitalisation, les 10 premières ATC de niveau 2 représentent 81,2 % des dépenses, soit 335 millions d'euros.

Les médicaments les plus utilisés sont les immunoglobulines intraveineuses (pour 30 millions d'euros) dont l'augmentation de +8 % est essentiellement liée à celle des indications. Comme en 2009 et grâce au bon usage, les dépenses de cession ont continué de diminuer. Les prix baissent tandis que la consommation a augmenté en particulier du fait de l'accroissement des indications.

2. Validation de produits et ré-évaluation des classes

Le nombre de principes actifs et de spécialisations médicamenteuses cédés à l'AP-HP se stabilise depuis deux ans, après la hausse liée à leur arrivée, aux autorisations de mise sur le marché européennes.

Le dispositif médical dans les GH représente 274 millions d'euros en 2009, soit +3 %. Une stabilisation pourrait apparaître sachant néanmoins que des dispositifs (notamment chirurgicaux) de plus en plus coûteux sont proposés, et sont difficiles à évaluer du fait du caractère très limité de leur dossier.

Après huit ans, 40 000 références de dispositifs médicaux stériles ont été réévaluées, soit environ la moitié de tous les produits. Le travail afférent est difficile du fait du manque d'outils d'évaluation des dispositifs entre eux.

3. Les actions prioritaires

Pour l'avenir, les axes prioritaires sont :

- la poursuite des évaluations, sachant qu'en huit ans les DM ont diminué de 90 000 à 60 000, chiffre qui doit encore être réduit de 40 % ;
- la sensibilisation, l'implication des prescripteurs en particulier concernant les médicaments hors GHS ;
- l'amélioration de la communication : le maintien des bulletins papiers et des listes de diffusion électronique par spécialité étant notamment indispensables ;
- la juste prescription, l'utilisation des référentiels DMI utilisés par toute la France et élaborés par l'AP-HP avec l'unité évaluation, le CEDIT et la COMEDIMS ;
- la maîtrise des dépenses de produits santé ;
- la contribution au NSI patient / NSI gestion ;

- la sécurisation du circuit médicament avec l'application des 10 recommandations de l'IGAS ;
- la poursuite de la démarche qualité ;
- la poursuite des travaux sur les thématiques initiées : recommandations respectivement sur les prescriptions juniors et sur les ordonnances de ville, transfert des traitements I.V. vers le per os (destiné à améliorer l'usage même si les économies budgétaires seront limitées) ;
- de connaître la nouvelle COMEDIMS sachant que la Commission, comme évaluateur de décisions médicales, est proche de la DPM.

Selon **M. BERGMANN** des axes de progression sont à développer concernant l'implication du corps médical, le système d'information médicale, ainsi que l'amélioration de la communication.

Le Président s'enquiert des outils d'évaluation existants.

M. BERGMANN explique qu'actuellement, on sait facilement ce qu'un hôpital consomme mais on ignore comment les médicaments sont ventilés à l'intérieur des pôles, dans les sites de prescription. Il est donc impossible de cibler les communications. En revanche, un couplage est réalisé entre l'unité de prescription et le diagnostic pour les huit médicaments cibles demandés par l'ARS et la Directrice générale. Ce couplage, qui est manuel et individualisé, ne peut être réalisé pour tous les médicaments car il faut s'adresser à chaque pharmacie. **M. BERGMANN** aimerait disposer d'un outil adapté à cet égard.

Le Président s'enquiert de l'apport de NSI gestion pour les médicaments.

M. BERGMANN répond que NSI permettra de gérer les commandes mais non les consommations par prescripteur et/ou ne permettra pas de coupler consommation et diagnostic/codage MSI.

Mme DEGOS pense que l'évaluation liée aux DM devrait être plus aisée, grâce à l'installation de douchettes.

M. BERGMANN précise que le travail nécessaire pour coder 60 000 DM est considérable. Cela étant, le suivi de la consommation des DM est relativement facile car les lieux de pose sont cernés. Leur évaluation en revanche est problématique en l'absence d'essais cliniques. Les évaluations réalisées par le CEDIT sont malheureusement partielles.

Le Président suggère de mener une étude sur le lien entre nombre de lits et utilisation de médicaments dont l'effet est avéré sur les durées d'hospitalisation. Il cite l'exemple d'un médicament qui a totalement modifié l'hospitalisation en rhumatologie. Pourtant, le nombre de lits et de services afférents à l'AP-HP n'a absolument pas évolué. Les coûts d'hospitalisation pourraient être limités au regard des dépenses de médicaments.

M. BERGMANN confirme la nécessité d'une politique intégrée du médicament. Il faut néanmoins prêter attention à certains traitements (extrêmement toxiques en immuno-hémato et médicaments de nième ligne) très lourds à gérer pour tous qui, s'ils ont des taux positifs de réponse, peuvent pérenniser l'hospitalisation.

M. LACAU ST GUILY souligne l'intérêt du sujet présenté et évoque ensuite la problématique carcinologique. Il s'interroge notamment sur la réduction des dépenses liées aux antinéoplasiques et s'en félicite. Par ailleurs, les patients en récurrence ou métastatiques peuvent bénéficier plus facilement en France que dans le reste du monde occidental de médicaments coûteux, notamment cytostatiques. Valider des attitudes stratégiques ou chirurgicales, des indications hors AMM de médicaments est certes souhaitable mais réaliser des essais *ad hoc* dans ces situations de 2^o ou 3^o ligne est extrêmement difficile et délicat. L'industrie est d'ailleurs réticente vis-à-vis de ce type d'étude s'il ne s'agit pas de valoriser un nouveau produit. **M. LACAU ST GUILY** souligne qu'il faut évidemment continuer à défendre ce privilège de pouvoir utiliser des traitements onéreux, dans le cadre d'une réflexion éthique sur le traitement des patients récidivés ou métastatiques.

M. BERGMANN en est d'accord. Par définition, l'AP-HP concentre des situations atypiques et difficiles de sauvetage, en l'absence de recommandations de l'INCa pour les tumeurs rares et les maladies de deuxième ligne. Les utilisations, qui ne sont pas fondées sur des référentiels, ne peuvent être évaluées et contrôlées. **M. BERGMANN** indique qu'il faut admettre cette limite qui est génératrice de prescriptions en groupe IV de 12 % à l'AP-HP. Cela étant, 15 % des malades reçoivent une chimiothérapie durant le dernier mois de leur vie, ce qui l'interroge.

Evoquant les DMI, **M. GARABEDIAN** demande s'il ne serait pas judicieux de renégocier les prix eu égard par exemple à l'accroissement du nombre d'implantations cochléaires dont les résultats sont excellents. Actuellement à l'AP-HP 300 implants annuels sont réalisés. Les renégociations sont fréquentes aux Etats-Unis et en Angleterre.

M. BERGMANN affirme négocier sans arrêt, les prix de l'AP-HP sont d'ailleurs moindres que les prix français et anglais. Cependant, les négociations s'avèrent généralement difficiles face à des industriels souvent en situation de monopole.

Mme VASSEUR précise que les douchettes seraient également très utiles pour sécuriser la phase ultime d'administration du médicament, pour réconcilier la prescription médicale, l'identité du patient et l'administration du produit selon la bonne voie.

M. BERGMANN argue que des progrès sont certes indispensables mais qu'il faut aussi garantir l'identification du patient. Les efforts concernant le prescripteur sont également nécessaires.

Mme MAUGOURD souligne l'intérêt de la distribution unitaire de médicaments en termes d'identification. Elle s'enquiert de la politique de l'AP-HP en la matière.

M. BERGMANN répond qu'une politique unique est impossible. Ainsi, une dispensation nominative et une préparation dans la pharmacie est par exemple possible en gériatrie pour une fluctuation thérapeutique peu fréquente, alors qu'en réanimation une dispensation centralisée est impossible. Pour des lits en particulier SSR, la préparation centralisée paraît plus sûre.

M. FOURNIER assure que la DPM développera l'aide apportée à cette commission. Ensuite, il affirme que nombreux sont ceux qui, au siège notamment, connaissent la problématique de la segmentation : de l'achat groupé aux centrales de logistique, de l'ingénierie de l'AGEFS à la pharmacovigilance qui ne relève pas de l'AP-HP. La COMEDIMS dispose d'une certaine vision d'ensemble. Au-dessus néanmoins, l'AP-HP doit structurer davantage ce qui concerne le médicament. Aucune cellule n'y existe en effet pour avoir une vision d'ensemble des segments de l'amont à l'aval. Au milieu, une articulation entre informatisation bien plus fine des flux jusque dans les armoires des services et le codage des maladies et des médicaments donnés doit être

assurée. Des solutions existent par segment mais la vision générale, manquante, fait l'objet d'une réflexion au sein de plusieurs directions. La COMEDIMS et la CME seront bien évidemment impliquées dans le cadre d'une structure à créer prochainement.

Le Président demande s'il ne serait pas utile, en attendant NSI patient, de recourir à une aide extérieure.

M. BERGMANN se déclare prêt à participer à la structure évoquée par M. Fournier. Il affirme qu'il est impossible de progresser en matière de contrôle avec les outils actuellement disponibles. Il répète que demander à tous de progresser est bien moins efficace que de cibler les messages pour que chaque spécialité sache où faire porter ses efforts.

Mme GIRARD suggère que les panseuses qui récupèrent déjà manuellement l'information en bloc opératoire soient dotées d'une douchette.

Le Président répond qu'en tout état de cause, les produits devront être marqués au préalable, ce qui n'est pas le cas actuellement.

III. Activité 2010 par groupe hospitalier et par spécialité

1. L'activité par spécialité

M. TARIGHT fait savoir qu'en 2010, 7 700 séjours supplémentaires ont été enregistrés, essentiellement grâce au développement de l'activité ambulatoire, alors que l'hospitalisation complète est restée stable. Le transfert d'activité vers l'ambulatoire a occasionné l'accroissement des séjours de plus d'une nuit (+900).

a. L'activité chirurgicale

L'activité a augmenté de près de 3 000 séjours du fait essentiellement de l'activité ambulatoire. La chirurgie en hospitalisation complète est quasiment stable. Les chirurgies orthopédique, vasculaire et thoracique sont particulièrement dynamiques. En revanche, les spécialités du digestif, l'urologie et la chirurgie cardiaque diminuent alors que ces activités restent stables dans la région.

La chirurgie ambulatoire connaît une augmentation et un transfert venant de l'hospitalisation complète. Les hausses les plus significatives concernent la gynécologie, l'ophtalmologie (+3% grâce à la chirurgie du cristallin) et l'ORL. L'orthopédie gagne un point du fait de son transfert vers l'ambulatoire.

b. L'obstétrique se caractérise par :

- l'augmentation des séjours et des accouchements, de 4,4 % à l'AP-HP contre 3,6 % dans la région Ile-de-France (hors AP-HP) ;
- la diminution de la part des césariennes à l'AP-HP contrastant avec une augmentation dans la région (hors AP-HP).

La hausse des accouchements a surtout eu lieu dans les maternités de Bicêtre et Bichat, qui compense la fermeture de la maternité de Charles Foix.

c. La médecine

L'activité de médecine est plus difficile à mesurer du fait de la modification de périmètre d'une part et du fait que les segments d'activité sont moins nets d'autre part. L'hospitalisation complète a diminué d'environ 1,2 % (-4 200 séjours). Les segments connaissant une baisse sont la pneumologie, la neurologie, et les séjours en hospitalisation complète. Des situations structurelles (travaux, transferts d'activité) conduisent à constater des fluctuations d'activité.

L'hospitalisation partielle a augmenté, sachant que l'hématologie et l'infectiologie (dont le VIH) ont diminué.

Enfin, l'activité en séjours a augmenté : la radiothérapie a connu une hausse significative ; la chimiothérapie dans une moindre mesure. Les hémodialyses, quant à elles, diminuent et ce particulièrement à Mondor et à Tenon.

Le Président s'étonne de la baisse de l'activité au regard de la demande considérable de soins en neurologie.

M. LYON-CAEN fait savoir que les données rapportées concernant l'hôpital Avicenne sont erronées. Ensuite, il s'étonne du constat de baisse d'activité qui ne peut, selon lui, s'expliquer que par le nombre de lits ouverts en cours d'année. Si certaines spécialités sont très largement favorisées, certaines disciplines subissent un certain marasme. Des emplois ont pu échapper à la vigilance de la CME. Certains secteurs ont ainsi probablement fermé davantage en été. Il invite à prêter une grande attention aux indicateurs d'activité : il faut les comparer au nombre de lits ouverts au cours de l'année pour les hospitalisations complètes.

Le Président trouve cette question importante, il attire l'attention de la communauté médicale sur la possibilité de diminuer le nombre de lits pour certaines spécialités comme le VIH ou l'infectiologie. L'hôpital doit savoir orienter les emplois non pas exclusivement vers les spécialités richement financées. Il eut été préférable de montrer la diminution, par exemple, de l'hospitalisation en endocrinologie et en rhumatologie et non en neurologie.

2. L'activité par GH

M. SAUVAGE rappelle que l'activité en volume est moins satisfaisante qu'espéré en matière d'hospitalisation complète. Le réalisé s'établit ainsi à 0,1 % contre une prévision de 0,9 %. De manière surprenante, le nombre de passages aux urgences a diminué. Le taux d'exhaustivité des facturations des urgences a d'ailleurs augmenté de 70 % à 95 %, ce dont **M. SAUVAGE** félicite les intéressés. Il rappelle que pour une part de 70 %, la dotation MIGAC destinée aux urgences pouvait en effet être remise en cause.

L'activité en volume est relativement dynamique en gynécologie obstétrique, elle est en recul dans les structures de chirurgie mais stable si l'on tient compte du nombre de séjours avec au moins un acte chirurgical. **M. SAUVAGE** souligne que ce décalage mérite une étude. La médecine est stable et l'hospitalisation partielle augmente (+1,3 % avec notamment une forte hausse de la chirurgie ambulatoire de +6,9 % et une forte augmentation des séjours de chimiothérapie, de +5 %.

L'activité dans 9 GH est en retrait par rapport aux prévisions, cela étant, les changements de périmètre et les transferts rendent les répartitions et les comparaisons de volume difficiles.

L'hospitalisation partielle par GH connaît des résultats légèrement meilleurs.

Par ailleurs, la valorisation brute des séjours, positive, s'est améliorée grâce à trois facteurs : des volumes d'hospitalisation complète moins satisfaisants que prévus, une hospitalisation partielle plus en ligne avec les prévisions et une forte augmentation du poids moyen du cas traité. Le nouveau modèle de tarification a en effet fait évoluer le total AP-HP de 14,7 % de séjours avec des sévérités élevées 3 et 4 en décembre 2009 à 17,4 % en décembre 2010. Cette évolution renvoie à tous les travaux menés pour recenser les co-morbidités associées et pour avoir une vision exhaustive des sévérités d'une part et aux interrogations sur le passage au modèle de tarification « V11c » et aux conséquences des niveaux de sévérité sur les co-morbidités exclues, rajoutées... d'autre part. Malgré des volumes légèrement moins élevés ainsi, les recettes sont supérieures aux prévisions d'environ 8 millions d'euros, soit +16,2 millions d'euros par rapport à 2009.

Par ailleurs, grâce à l'optimisation du codage des séjours, les recettes de 10 GH sont en ligne avec les prévisions.

En conclusion, **M. SAUVAGE** souligne que la relative contre-performance en volume est inquiétante pour l'avenir. En outre, il n'est pas certain que le passage à la « V11c » soit aussi favorable que le passage à la « V11b ». Les effets de l'amélioration du codage connus en 2010 ne se reproduiront pas aussi fortement en 2011. Il faudra ainsi continuer d'étudier avec le département d'information médicale (DIM) les points clés d'évolution du modèle « V11c », les points d'attention pouvant diminuer ou maintenir le nombre de séjours avec sévérité élevée. Enfin, il se félicite de la montée en charge très forte de l'activité ambulatoire.

Le Président s'enquiert de la campagne tarifaire 2011 qui s'annoncerait comme catastrophique.

M. SAUVAGE répond qu'elle a été publiée le 1^{er} mars, cependant, une analyse préalable avec le DIM reste nécessaire du fait de l'évolution du modèle et des algorithmes de groupage. Il indique que la campagne tarifaire 2011 est construite sur une hypothèse élevée en termes de volume (supérieur à 2 %), sachant que l'AP-HP considère le nombre strict de séjours contrairement au Ministère qui tient compte des séjours valorisés. Si l'hypothèse de valorisation des séjours n'était pas respectée, l'AP-HP pourrait être en grande difficulté.

M. LYON-CAEN affirme que le poids moyen des cas traités ne peut être calculé ni maîtrisé contrairement aux fermetures de lits ou aux séjours prolongés. Il déplore que l'impact de la fermeture des lits et de la réduction des personnels ne soit pas pris en compte dans l'analyse présentée. Il convient en outre de tenir compte de l'impact sur l'activité des structures des séjours prolongés faute de débouchés. Le fonctionnement des SSR retentit en effet directement sur l'activité des services MCO. Les graves dysfonctionnements liés à la réduction des activités SSR doivent être considérés.

M. SAUVAGE souligne que l'analyse est macroscopique et concerne l'ensemble de l'AP-HP.

Pour **M. LYON-CAEN** les fermetures de lit relèvent également d'une problématique macroscopique.

M. SAUVAGE assure que l'étude relative aux fermetures des lits est systématiquement menée dans le cadre des conférences d'activité par GH. Les hypothèses d'activité présentées par les GH pour 2011 sont assez nettement supérieures à celles de 2010 avec des perspectives de réouvertures de lits. Il ne peut cependant les détailler faute d'avoir prévu les données afférentes pour la présente

séance. S'agissant des SSR, des réflexions ont été lancées avec la communauté gériatrique et la DPM sur l'aval, l'ouverture de structures, la localisation,

Le Président attire l'attention sur le fait qu'il convient de développer très rapidement un SSR à Rothschild afin d'éviter une asphyxie des urgences des hôpitaux de Tenon et de Saint-Antoine.

M. SEBBANE confirme qu'il faut rapporter l'activité au nombre de lits. Ensuite, il affirme que des réflexions approfondies sont en cours concernant les soins de suite réadaptation. Les SSR, lorsqu'il s'agit de patients âgés relevant de cette prise en charge, font le nécessaire. Cela étant, les SSR doivent être développés au sein des différentes spécialités pour limiter les répercussions sur les activités en MCO. La réflexion de fond, nécessaire, concernant les services de spécialité, doit impliquer bien évidemment l'activité gériatrique mais aussi d'autres spécialités. Par ailleurs, une action de fond est en cours concernant l'ouverture de l'hôpital Rothschild sachant qu'une équipe gériatrique doit rejoindre ce site. Les modalités d'ouverture et de réponse aux attentes au sein des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon sont en cours d'analyse. Il invite toutes les spécialités à réfléchir à cette problématique.

Mme DEGOS souligne aussi l'insuffisance des SSR non gériatriques.

M. SEBBANE répète qu'il faut que les spécialités autres que gériatriques s'impliquent. Des patients sont en effet pris en charge en SSR alors qu'ils ne relèvent pas d'une prise en charge gériatrique.

Membre du groupe STARTT, **M. LACAU ST GUILY** insiste sur la nécessité pour le projet médical de Rothschild de considérer les SSR autres que gériatriques. Des patients jeunes en cancérologie deviennent ainsi des exclus de la réadaptation fonctionnelle et des SSR, par exemple s'ils sont porteurs de gastrostomie ou de trachéotomie. A cet égard, le rôle de régulateur du siège est essentiel notamment pour faire en sorte que l'hôpital de Rothschild retrouve une place plus intégrée au sein du GH.

Mme MAUGOURD indique que les 52 lits de SSR neurologique sont occupés par des patients qui ne relèvent plus de soins de suite. Elle s'inquiète en outre de la « coupe Pathos ». Elle en appelle à une réflexion sur les soins de longue durée particulièrement en neurologie.

M. FOURNIER se félicite du consensus concernant cette discussion. Les SSR spécialisés ne se développeront que dans le cadre d'un projet SSR spécifique, financé et prévoyant notamment de nouveaux métiers à l'articulation de la gériatrie et de la spécialité. Dans cette perspective, ceux qui travaillent en MCO doivent se développer vers le SSR de spécialité. Les collègues, notamment les plus jeunes, doivent comprendre cette problématique. Un déplacement progressif d'activités est nécessaire entre structures MCO et SSR, au moins entre spécialités, ensuite, le nombre de lits MCO diminuera certainement, de manière certes hétérogène selon les sites, mais il convient de s'y préparer. Par ailleurs, des données majeures et non maîtrisées, telles que la coupe Pathos, encadrent la réflexion. L'AP-HP doit répondre à l'ensemble des problématiques posées. Enfin, les problèmes en amont et en filières sont souvent liés au manque de réflexion concernant le DAU. La création d'unités de gériatrie agüe dans chaque GH a pourtant été essentielle, même si le nombre de lits n'est pas élevé. De nombreux GH veulent augmenter ces unités qui embouteillent d'autant moins les lits de spécialité. Parmi les 16 thèmes prioritaires de 2011 de surcroît, figure la progression en matière de DAU.

La Secrétaire générale annonce que le projet gériatrique de Rothschild sera complété par les transferts de Charles Foix qui auront lieu d'ici l'été. Les ouvertures seront organisées en fonction des possibilités de recrutement et de transfert de personnel. Ce calendrier sera rapidement officialisé.

La Secrétaire générale rappelle que l'objectif de Rothschild est prioritairement d'assurer l'aval de Saint-Antoine et de Tenon.

M. CAPRON rappelle l'ancienneté de cette problématique qu'il a connue comme chef de service de SSR non gériatrique durant 10 ans. Le deuxième aval n'est pas exclusivement gériatrique. Un groupe de travail a d'ailleurs rendu un rapport en 2002, préconisant en vain la création d'une cellule de crise pour l'admission en deuxième aval. **M. CAPRON** regrette que l'AP soit incapable de se doter d'un service organisant la fluidité du deuxième aval. **M. CAPRON** déplore que certains se soient opposés aux propositions du groupe de travail par refus de répondre à la mission prioritaire incombant aux SSR, qui est de s'occuper des malades du premier aval de l'AP-HP.

M. PETIT affirme que la configuration en pôle est en cours de révision pour désenclaver Rothschild et répondre à la problématique du deuxième aval qui inquiète les hôpitaux de Tenon et Saint-Antoine.

M. FOURNIER interprète cette réflexion comme le signe que la configuration des pôles n'est pas définitive. Cette plasticité, liée à des nécessités opérationnelles, doit être admise pour les prochaines années. Ensuite, il se félicite de la multiplication des pôles intégrant la notion de filière sachant que le nombre de pôles va diminuer de 30 % dans le cadre de la reconfiguration.

Pour répondre à l'intervention de monsieur Capron, **M. SEBBANE** fait part de l'échec d'un projet qui avait ignoré la notion de filière. Pour apporter une réponse cohérente déclare-t-il, la réflexion doit intégrer la mise en place de filières et impliquer différentes spécialités. La création d'une commission supplémentaire n'apportera pas de solution efficace et adaptée à la demande des patients.

IV. Présentation du nouveau siège

1. Présentation

La Directrice générale précise qu'il s'agit de décrire le siège afin que les messages véhiculés concernant son budget, son effectif et son périmètre soient homogènes. Elle rappelle ensuite avoir annoncé le projet de créer un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel Dieu après la mise en œuvre du projet médical entre l'Hôtel Dieu et Cochin. Une partie de l'Hôtel Dieu pourrait ensuite accueillir le siège.

La Secrétaire générale précise que le siège est le lieu de pilotage de l'AP-HP, il en définit la stratégie et apporte un appui aux hôpitaux.

a. La Direction générale

La Direction générale comprend : le cabinet de la Directrice générale, dirigé par Etienne Deguelle, le secrétariat général (chargé notamment de la politique logistique, de la direction de l'inspection et

de l'audit, de la direction du siège qui gère 22 sites et la cellule de pilotage stratégique du système d'information) ainsi que sept directions fonctionnelles.

- **La direction économique financière, de l'investissement et du patrimoine (DEFIP)**
Cette direction est chargée de l'ensemble des processus d'achats et d'investissement pour la partie centralisée, de la synthèse budgétaire, de la gestion de la dette, de la trésorerie, de la stratégie patrimoniale, du contrôle de gestion et de la politique de gestion des factures et des recettes.
- **La direction des ressources humaines (DRH)**
Elle définit, pour les personnels non médicaux, la politique de recrutement et d'évolution professionnelle, gère les carrières statutaires et garantit la rémunération de tous les personnels. Elle pilote les évolutions de l'emploi et des métiers, coordonne la politique sociale et les conditions de travail, conduit le dialogue social et institutionnel. Elle organise la formation initiale diplômante, la formation continue de l'ensemble du personnel et assure la gestion des effectifs médicaux.
- **La direction de la politique médicale (DPM)**
Depuis la loi HPST, la direction de la politique médicale exerce ses fonctions en lien étroit avec la CME. Elle est chargée de proposer une politique médicale pour l'AP-HP, de contribuer à sa mise en œuvre et à son suivi, de recueillir et d'analyser les données permettant de vérifier le degré d'application de cette politique. Elle est chargée de la recherche clinique et assure la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que le développement professionnel continu comme la gestion administrative du personnel médical.
- **La direction des soins et des activités paramédicales (DSAP)**
Cette direction est chargée du projet de soin, de la qualité et de la prévention des risques liés aux soins et de la recherche paramédicale, ainsi que de la mise en œuvre de projets de coopérations entre professionnels de santé. Elle réalise les enquêtes de prévalence notamment sur les escarres, assure la veille et l'expertise professionnelle.
- **La direction des affaires juridiques (DAJ)**
Cette direction est chargée de la veille réglementaire et de l'expertise ainsi que du conseil juridique. Elle assure la sécurité juridique de l'Etablissement et représente la personne morale devant toutes les juridictions. Elle met en œuvre la protection fonctionnelle des personnels, leur protection juridictionnelle en cas de besoin.
- **La direction du service aux patients et de la communication (DSPC)**
Créée en début d'année, elle définit la stratégie générale des services aux patients (accessibilité, confort, communication, liens avec la Ville...), appuie les hôpitaux pour élever le niveau de satisfaction des patients et conduit la politique de communication et de relations avec les associations de malades. La coordination des métiers socio-éducatifs et la mission internationale sont également rattachées à cette direction.
- **La direction du pilotage et de la transformation (DPT)**
Egalement créée en janvier 2011, la direction du pilotage et de la transformation suit la mise en œuvre des programmes clés de transformation et de performance opérationnelle, notamment les 16 actions transversales.

Par ailleurs, le siège travaille étroitement avec les services du contrôle financier qui ne relèvent pas de la direction générale.

Au total, les sept directions du cabinet et du secrétariat général représentaient fin 2010, 865 agents, soit 0,9 % des effectifs de l'AP-HP. Ces effectifs ont diminué de 40 unités respectivement en 2009 et 2010.

b. Les prestataires de services internes

Des prestataires de services internes interviennent dans des domaines très divers et réunissent des expertises à la disposition des hôpitaux.

- **La centrale d'achats (ACHAT)**
Elle assure la sécurisation et la massification des achats alimentaires, hôteliers, d'équipements techniques et énergie. ACHAT a géré en 2010 un volume de 659 marchés de tailles et natures diverses et pris en charge 218 nouveaux marchés.
- **L'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)**
L'AGEPS agit comme centrale d'achats de médicaments, d'équipements biomédicaux, de produits de laboratoires... 3 000 marchés sont en cours d'exécution. L'AGEPS gère 160 000 références commerciales dont 4 170 à la plate-forme de Nanterre. Elle assure en outre la conception, la fabrication et l'exploitation des médicaments pédiatriques et orphelins, la production annuelle de comprimés, de gélules et d'ampoules injectables (4,5 millions d'unités par an). Elle gère le catalogue de 72 préparations hospitalières et 27 spécialités avec AMM.
- **Service central de blanchisseries – Service central des ambulances – Service maintenance sécurité (SCB – SCA – SMS)**
Le service central des ambulances est une plate-forme de régulation gérant 210 000 demandes de transports sanitaires assurés par des prestataires extérieurs et assurant 2 000 transports paramédicalisés pédiatriques annuels. Les services maintenance sécurité assurent des prestations urgentes de sécurité électrique (284 interventions d'astreinte en 2010) pour répondre aux incidents électriques et de climatisation dans les hôpitaux. Ce service assure également l'entretien des véhicules de SMUR et d'hospitalisation à domicile. Le service central des blanchisseries gère l'approvisionnement et le blanchissage du linge des hôpitaux (92 000 draps, alèses, vêtements de travail et chemises des patients lavés quotidiennement).
- **Le centre de formation et de développement des compétences**
Ce centre regroupe un ensemble de structures de formation initiale (17 IFSI, 1 IFCS, 8 écoles spécialisées...accueillant 8 000 étudiants chaque année), de formation continue (4 centres respectivement pour le personnel hospitalier, administratif, ouvrier et centre de formations aux gestes d'urgence) et le département du développement professionnel continu médical.
- **Le système d'information**
Ces équipes gèrent le projet nouveau système d'information patient et le système d'information gestion, ainsi que l'agence technique de l'informatique réunissant les serveurs communs.

- **Le département de la recherche clinique et du développement (DRCD)**
Il coordonne l'activité de recherche conduite par l'AP-HP, assure l'ensemble des missions liées à la promotion et à la gestion des projets et coordonne les 12 unités de recherche clinique (URC).
- **Le centre de services partagés**
Il s'agit d'une plate-forme (située à Charenton) de gestion administrative de l'ensemble des dossiers retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- **Le service facturier**
En cours de mise en œuvre, ce service est commun à l'AP-HP et à la trésorerie générale. Il assure le traitement et la prise en charge de l'ensemble des factures des hôpitaux.

Les services généraux réunissent ainsi 2 665 agents et représentent 2,8 % de l'effectif total de l'AP-HP.

c. Les dépenses communes de politiques sociales (emplois et dépenses sociales)

Les emplois et dépenses sociales comprennent :

- les salaires des personnels en promotion professionnelle (l'effort de formation diplômante et de promotion du personnel est en effet très important) pour 73 millions d'euros et 1 541 ETP budgétés ;
- les personnels en congés de maladie longue durée (690 ETP annuels émergeant sur l'ETPR de l'AP-HP) ;
- la responsabilité hospitalière et le préjudice pour 11 millions d'euros ;
- les congés bonifiés (7 millions d'euros annuels destinés à environ 3 000 agents originaires des DOM-TOM bénéficiant en moyenne de 24 à 25 jours de congés bonifiés) ;
- une subvention à l'AGOSPAP, qui gère les œuvres sociales de l'AP-HP ;
- un versement aux mutuelles en remboursement des soins aux personnels.

La Secrétaire générale indique que les frais de structure de l'AP-HP ventilés dans l'ensemble des coûts des groupes hospitaliers ou refacturés sont liés :

- au siège (direction générale) avec 865 agents, moins de 1 % des effectifs ;
- aux dépenses communes des services à disposition des GH, soit 2 665 agents ;
- aux dépenses de politique sociale représentant 42,1 millions d'euros mutualisés.

Projetant une carte enfin, elle souligne l'éclatement à travers Paris des 22 sites du siège et des services supports.

La Directrice générale réaffirme que le siège direction pilotage représente 865 personnes à fin 2010. En pourcentage, les efforts d'efficience y sont plus importants que ceux demandés aux GH. Les directions techniques, au service des hôpitaux, font bien évidemment aussi l'objet de réflexion quant à leur organisation, leur métier, leur efficacité... Il a été décidé, au lieu de les rattacher à certains GH, d'intégrer les frais de structures à ceux de la Direction générale. Par ailleurs, **la Directrice générale** affirme entendre les critiques formulées à l'encontre du siège. L'effectif de ce dernier n'est pas si élevé, par rapport à celui d'autres établissements comparables. S'agissant de la critique relative au cloisonnement et la centralisation excessive ensuite, **la Directrice générale** affirme conduire une réflexion à cet égard. Enfin, elle souligne le choix important et spécifique d'une politique sociale très dynamique. Les congés de longue durée, au lieu d'être assumés par les GH concernés, le sont par la Direction générale. Une discussion est par ailleurs en cours avec les GH afin d'y déconcentrer la responsabilité de la formation professionnelle.

2. Echanges

M. CAPRON apprécie la clarté de cette mise au point. Il s'enquiert ensuite des modalités et des échéances du déménagement vers l'Hôtel Dieu.

La Directrice générale précise que les directions de pilotage sont actuellement réparties entre quatre sites : Victoria, Saint-Martin, Fossés Saint-Marcel et Miramion. Deux projets sont actuellement en cours à leur égard : un projet de management pour les réunir et le projet habituel d'efficience. **La Directrice générale** assure que l'ensemble de ces services pourront, en temps opportun, être accueillis à l'Hôtel Dieu. Le projet serait d'y créer un hôpital universitaire de santé publique. Autour des activités connues et citées dans le plan stratégique que sont les urgences et leur aval, les consultations, le futur plateau technique. Il importe en effet de réfléchir aux besoins de santé publique en matière de soins, d'enseignement et de recherche. Cette réflexion en est à ses débuts. Un tiers des surfaces resterait à disposition pour accueillir les effectifs du siège. Le projet de management a pour intérêt de réunir les équipes d'une part et a une portée symbolique d'autre part : la Direction générale va en effet dans les hôpitaux. En outre, la valorisation de l'actuel patrimoine administratif permettrait de réinvestir dans l'offre de soins des hôpitaux.

Le Président souligne la pertinence de ce projet qui permet non seulement de créer un hôpital universitaire de santé publique, concentré sur les urgences, l'aval des urgences et la médecine ambulatoire mais aussi, de manière cohérente, d'accueillir la Direction générale. Il ajoute que la chirurgie ambulatoire serait transférée à Cochin.

M. BERCHE s'enquiert des superficies de la rue Victoria. Il demande si ce site sera fermé.

La Directrice générale répond que les locaux de la rue Victoria représentent environ 20 000 m².

M. BERCHE confirme qu'installer le siège au sein d'un hôpital – qui continue à être un hôpital de santé publique et universitaire - est un signe très important.

M. LYON-CAEN trouve le projet réfléchi et innovant. Il s'interroge néanmoins quant à la stratégie en matière de santé publique. Il se demande ainsi si un Institut de santé publique d'envergure nationale ne serait pas judicieux eu égard au retard considérable de la France dans ce domaine.

M. BERCHE convient de la dimension nationale de la problématique. Il faut bien évidemment aller au-delà d'une seule université. L'Hôtel Dieu, pour l'heure, dépend de Paris V. Des unités de recherche pourront aussi s'y développer.

Le Président se réjouit du consensus exprimé.

V. Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

1. Présentation

M. SAUVAGE rappelle le cadre juridique des différents types de recettes et souligne le caractère composite des MIGAC qui recouvrent aussi les missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI).

a. Les MIG (hors MERRI)

Les missions d'intérêt général sont des recettes d'assurance maladie financées par les cotisations sociales et régies par le code de la santé publique. Elles ont vocation à financer toutes les activités d'intérêt général difficilement quantifiables en termes de tarification à l'activité. Elles comprennent les MERRI, une liste réglementaire de 84 missions (vigilance, veille, formation, coordination de soins, soins dispensés à des populations spécifiques telles que les détenus, participation à des actions nationales ou internationales...). Elles ont pour objectif de compenser un coût ou une perte de ressources pour l'établissement. Il s'agit d'un complément de recettes. Elles peuvent être fléchées (et dédiées par exemple à l'autisme, au diagnostic préimplantatoire...). Comme la tarification à l'activité, elles font partie des recettes de l'AP-HP. Par ailleurs, les MIG ne sont pas affectées : elles ne font pas l'objet d'un suivi en recettes et dépenses. Les modalités de mise en œuvre sont de la responsabilité de l'établissement.

Les MIG ont été dimensionnées en 2005, sur la base des déclarations des établissements. Le Ministère a par la suite, élaboré un guide MIGAC en 2007, précisant notamment les objectifs des missions et les clés de répartition. En outre, l'AP-HP a clarifié les montants par MIG dans les contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec l'ARS.

La dotation MIGAC de l'AP-HP représente 1,226 milliard d'euros, soit 26 % de ses ressources d'assurance maladie en 2010.

M. SAUVAGE précise que le périmètre des MIGAC est délimité mais non figé : les MIG financées aux GH ne correspondent pas à la liste des MIG encadrées par l'arrêté national actualisé annuellement. L'AP-HP a adopté des règles de répartition spécifiques en 2005, contredites ensuite par les règlements ministériels édictés progressivement. Un travail de mise en cohérence des modalités de répartition interne vis-à-vis des orientations ministérielles a ainsi dû être mené, sachant que ces répartitions sont simplement le reflet des résultats d'un hôpital s'il était isolé et non de réels flux financiers. Cette mise à jour des MIG a nécessité la création d'un groupe de travail DEF/DPM et directeurs des finances, avec les collégiales. Un guide MIGAC interne a ainsi été élaboré, réunissant le guide méthodologique national et l'annexe 4 du CPOM. Les nouvelles modalités de répartition, appliquées à partir de 2011, feront l'objet d'ajustements réguliers selon les évolutions du financement.

Ensuite, trois types de MIG sont identifiés :

- MIG du MIGAC national ;
- MIG réparties selon l'annexe 4 :
- MIG n'ayant pas fait l'objet d'une modification dans l'attente de la réactualisation du modèle de dotation nationale.

b. Les MERRI

En externe, les MERRI sont réparties entre part fixe (dépenses de personnel médical...), part modulable (déterminée par des indicateurs de publications scientifiques, d'essais cliniques...) et part variable (crédits ciblés comme mise en œuvre d'innovations médicales, financements de projets STIC...). Les deux premières compensent les pertes d'activité. Les indicateurs de la part modulable permettent de moduler l'attribution aux établissements, mais ne constituent ni des tarifs ni des révélateurs de coûts. On considère par exemple que le nombre de publications reflète un certain temps qui n'a pas été dédié à des activités de soin.

M. SAUVAGE précise que les modalités externes de répartition des MERRI ont été d'emblée appropriées par l'AP-HP.

c. L'aide à la contractualisation

L'aide à la contractualisation représente une enveloppe mise à disposition des ARS pour accompagner les CPOM, faciliter la mise en œuvre des SROS et financer les opérations d'investissements (notamment Hôpital 2007 et 2012). Elle a pu accompagner les établissements de santé dans leur adaptation à la mise en place de la T2A, *via* notamment la DAC100, crédit d'aide à la contractualisation, justifié progressivement par des MIG non financées. La DAC100 est souvent critiquée comme étant une somme discrétionnaire, ce qui requiert un travail constant de justification.

d. Les dépenses gagées

Elles représentent des financements gagés pour une recette affectée à un projet défini. Ce fond doit être suivi en recettes et en dépenses sur la durée de la convention de subvention nécessaire. On ne peut dépenser la somme affectée que pour l'objet initial. L'on ne peut dépenser ni plus ni moins que la recette prévisionnelle. Des projets de recherche sont gérés par ce mécanisme (appels d'offres européens, INCA, INVS...). La gestion de ces dépenses est complexe car il est impossible de faire porter la charge de structure du projet de recherche. Aucun frais indirect ne peut en effet être remboursé. L'AP-HP est le seul établissement de France à utiliser ces dépenses affectées et ce, pour des raisons de lisibilité.

Ensuite, **M. SAUVAGE** fait état des difficultés rencontrées. En premier lieu, les MIGAC sont notifiées de manière globalisée par arrêté de l'ARS. Leur ventilation doit ainsi être assurée ensuite. En outre, elles sont allouées tardivement. Pour 2010, elles l'ont été en juillet puis les 17 et 23 décembre. Après la notification d'un montant de 600 000 euros destinés à l'addictologie en décembre par exemple, il a fallu travailler dans l'urgence avec la collégiale d'addictologie, l'ARS et la DPM pour revoir les règles d'attribution, identifier les projets... .

En résumé **M. SAUVAGE** précise que la communication doit être améliorée, afin que le siège soit mieux informé des projets portés et pour que le siège informe mieux et plus précisément des projets retenus, processus qui ne rentre pas dans un cycle de gestion.

e. La question du TPER

En 2009, pour respecter l'objectif fixé par la tutelle, l'évolution à la hausse des TPER a été figée. De ce fait, certaines MIG (contrairement aux recettes affectées), n'ont pu être mises en œuvre dans des conditions satisfaisantes. Aussi a-t-il été décidé en 2010 de permettre aux GH qui prévoyaient d'atteindre leurs objectifs d'ajuster leurs TPER en cas de MIG supplémentaire nécessitant de nouveaux moyens. En 2011, il a été fait preuve d'anticipation et de souplesse. Le processus d'évaluation et de reporting a été amélioré.

2. Echanges

M. LACAU ST GUILY estime qu'il faut pré-identifier les missions des structures cliniques afin de pouvoir les valoriser et ce, grâce à une meilleure interaction entre l'administratif et le clinique. Par ailleurs, il souligne la diversité des appels d'offres et se dit frappé par la faible connaissance qu'en ont les acteurs de l'AP-HP. Il trouverait en conséquence judicieux de désigner des interlocuteurs pertinents en la matière.

M. SAUVAGE affirme que tous sont convaincus de la pertinence du financement complémentaire. Dans ce cadre, il invite les intéressés à continuer à présenter des arguments concrets pour continuer à justifier ce financement.

Le Président fait état d'un défaut d'exhaustivité de codage des MIG.

M. SAUVAGE en convient. Ensuite, il indique que les DAF peuvent apporter les éclaircissements nécessaires concernant ces financements.

Evoquant les plans de santé publique, **M. HARDY** l'interroge sur la pérennisation : peut-elle être assurée par les MIG, la DAF et la T2A ?

M. SAUVAGE explique que théoriquement, le modèle T2A est censé tout financer même si aucun pays n'y est jamais parvenu. Les plans de santé publique sont souvent financés par des MIG mais rarement de manière pérenne.

Mme VIDAL-TRECAN rappelle que le temps de travail des personnels hospitalo-universitaires n'est pas défini. Ils préparent ainsi quelquefois leurs publications « hors temps ».

M. SAUVAGE confirme que l'indicateur d'évaluation de la part modulable des MERRI a été choisi par défaut, faute de mieux.

M. FAYE évoque les règles de répartition des contrats de recherche et signale, s'agissant des flux financiers réels, que de nombreux investigateurs de l'AP-HP répugnent à remplir la mission d'investigateur principal, surtout vis-à-vis des collègues de province. En effet, ils ne sont jamais sûrs de pouvoir garantir le reversement des fonds à hauteur de la participation de ces dits collègues du fait de la complexité du dispositif à l'AP-HP.

M. SAUVAGE reconnaît la nécessité de réaliser des progrès en la matière tout en soulignant que les établissements reçoivent quelquefois le montant du financement complémentaire sans en garder la mémoire pour les mêmes raisons que l'APHP avec les dotations MIG.

La Directrice générale affirme que les membres de la CME ont légitimement demandé une présentation concernant les MIG et les MIGAC. Elle espère que l'exposé en séance a démontré l'esprit de pédagogie et de transparence qui anime les responsables. Les progrès en la matière seront partagés. Elle invite les GH à multiplier les discussions quotidiennes relatives aux recherches afin de mieux anticiper, de partager les difficultés et d'apporter les éclairages nécessaires. **La Directrice générale** souligne l'importance de cet enjeu qui marque la différence de l'AP-HP.

VI. Modification du règlement intérieur concernant les modalités électorales pour le renouvellement des membres de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)

Mme VASSEUR rappelle que la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est aux paramédicaux (environ 50 000 professionnels dans les hôpitaux de l'AP-HP) ce que la CME est aux médecins. Des élections seront organisées en juin pour renouveler la CCSIRMT qui est consultée sur des sujets qui concernent également la CME :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ;
- les conditions de prise en charge des usagers ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- l'élaboration de la politique de développement professionnel et continu ;
- l'organisation générale des soins infirmiers...

Le renouvellement se fera en premier lieu *via* l'élection des 32 ou 16 membres des commissions locales (ils interviendront à l'échelle des GH et non plus des hôpitaux) puis, par l'élection par ces derniers des 40 représentants en commission centrale.

L'objectif de la modification proposée par le Bureau de la Commission consiste à remplacer le tirage au sort antérieur, qui déterminait la nature des postes à pourvoir en Commission centrale pour chacun des hôpitaux, par une attribution réalisée par la DSAP et validée par la Commission afin de s'assurer que l'ensemble des filières sera représenté pour les GH en Commission centrale.

Mme VASSEUR projette à l'écran la répartition des sièges à pourvoir et explique que les modalités d'élection figurent au règlement intérieur. Les modalités d'attribution n'étant pas réglementées, elles relèvent du règlement intérieur ; c'est pourquoi l'avis de la CME est nécessaire.

M. FAYE soutient cette modification qui, rapporte-t-il, a fait l'objet d'une large discussion au sein de la Commission à laquelle il participe. Un système plus rationnel de répartition par filière remplacera ainsi un tirage au sort.

Le Président trouve la modification pertinente.

La modification du règlement intérieur concernant les modalités électorales de renouvellement de la CCSIRMT est approuvée à la majorité moins deux absentions.

VII. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN informe la CME que la commission du temps et des effectifs médicaux (CTEM) a formulé un avis favorable concernant les 5 nouveaux contrats et le renouvellement de contrat présentés en séance. Il signale que le titulaire du premier contrat (pour l'hôpital Cochin) demande une perception directe.

Le Président note que la commission des effectifs s'est prononcée.

Les contrats d'activité libérale présentés sont approuvés à la majorité des votants (19 voix), moins 2 votes contre et 4 abstentions.

VIII. Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 11 janvier 2011

Le compte rendu de la séance du 11 janvier 2011 est approuvé à l'unanimité.

IX. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, *la séance est levée à 12 heures 30.*

*

*

*

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

Mardi 12 avril 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 30 mars 2011 à 16 heures 30

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

catégories de personnel non concernées.

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