

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 10 MAI 2011**

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 5 JUILLET 2011

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2009	5
III.	Présentation des résultats de l'enquête PEP AP-HP 2010	8
IV.	Information sur l'EPRD 2011	11
V.	Nomination des chefs de pôle : candidatures et méthodologie	16
VI.	Enquête de satisfaction des patients SAPHORA 2011	20
VII.	Avis sur des contrats d'activité libérale	20
VIII.	Avis sur des demandes de versement de l'indemnité multi-établissement	21
IX.	Questions diverses	21

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - 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 LEVY
 - M. le Pr SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - Mme FAUGERE, directrice générale
 - Mme RICOMES, Secrétaire générale,
 - M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
 - M. JOSEPH-ANTOINE, directeur du service aux patients et de la communication
 - M. POIMBOEUF, directeur des Ressources humaines,
 - 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,

- ***membres excusés :***

M. le Pr BERCHE, Mme le Dr B. GIRARD, M. le Pr CHERON, M. le Dr DASSIER, Mme le Dr DESOUCHES, M. le Pr OURY, M. le Pr RUSZNIEWSKI

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2009 (*Pr Parc*)
- 3- Présentation des résultats de l'enquête PEP AP-HP 2010 [PEP = Pratiques exigibles prioritaires (de la certification V2010)] (*Dr Perier*)
- 4- Information sur l'EPRD 2011 (*M. Sauvage*)
- 5- Nomination des chefs de pôle : les candidatures, la méthodologie (*M. Hubin, Pr Coriat*)
- 6- Enquête de satisfaction des patients SAPHORA 2010 (*Dr Gasquet*)
- 7- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 8- Avis sur des demandes de versement de l'indemnité multi-établissement (*M. Hubin*)
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

Avis sur la nomination à titre provisoire des chefs de service

Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel

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

Composition B

Avis sur des demandes de mobilité de MCU-PH

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

Composition A

Avis sur une candidature à un emploi de PU-PH des disciplines pharmaceutiques au titre de l'année 2010

Avis sur des demandes de mobilité de PU-PH

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

La séance est ouverte à 8 heures 40, sous la présidence du Président Coriat.

I. Information du Président de la CME

Le Président salue la présence de Roland PARC, ancien président de la CME, venu présenter le rapport de la commission centrale de l'activité libérale. Il rappelle que le mandat de la CME est prolongé jusqu'à la fin de l'année 2011, afin que soit organisé le renouvellement de l'instance.

Le Pr CORIAT propose que la question du financement des postes d'internes soit évoquée au cours de la séance, cette discussion sera l'occasion de remettre en perspective la loi HPST et ses impacts sur l'Institution. Cette loi a mis l'accent sur la question de la gouvernance entre la communauté médicale et la Direction générale de l'AP-HP ; la désignation des chefs de pôle montre qu'une harmonie peut être trouvée entre les acteurs pour ce type de décision. Cependant, la loi a oublié de prendre en compte l'équilibre fragile existant entre le secteur public et le secteur privé. Une certaine vigilance sera nécessaire afin que le secteur public conserve ses prérogatives dans ce domaine.

II. Présentation du rapport de la commission centrale de l'activité libérale au titre de l'année 2009

M. PARC en préambule, indique qu'il existe un lien entre la notoriété du praticien et le volume de son activité libérale : les médecins réalisant le plus d'actes dans un cadre libéral ont également une activité très importante dans le secteur public, et participent au bon fonctionnement de l'institution. Les actes pratiqués dans le cadre de l'activité libérale sont majoritairement des actes programmés, et ce qui place cette activité en concurrence avec le secteur extrahospitalier. En outre, les ressources générées par l'activité libérale pour l'institution sont loin d'être négligeables.

Afin de pouvoir pratiquer une activité libérale, les praticiens titulaires doivent :

- exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- ne pas consacrer plus de 20 % à l'activité libérale – une demi-journée d'activité d'intérêt général réduit d'autant les possibilités ;
- effectuer un nombre de consultations et d'actes inférieur ou égal à celui réalisé au titre de l'activité publique.

Si la pratique d'une activité libérale est un droit, elle entraîne un certain nombre d'obligations :

- transmission de l'activité libérale à la direction de façon trimestrielle et versement des redevances – quelques praticiens font des difficultés pour se plier à ces deux obligations.
- transmission ou vérification du volume de l'activité publique recueilli par l'administration (de façon annuelle) – les praticiens doivent contrôler les chiffres de l'administration afin de relever d'éventuelles anomalies ;
- vérification de la concordance des cotations entre les deux secteurs – le respect de la cotation est indispensable ;
- vérification de la convergence entre l'activité libérale déclarée et le relevé SNIR, qui établit le volume d'activité tel qu'il a été remboursé par les caisses primaires d'assurance maladie et

permet de donner une idée assez précise de l'activité du praticien – des discordances peuvent exister, mais un écart allant jusqu'à 15 % est accepté ;

- transmission des tableaux de service et respect des plages horaires prévues pour l'activité libérale ;
- affichage des honoraires – la DGCCRF est susceptible d'effectuer des contrôles ;
- information des patients (y compris sur le montant des honoraires non remboursés par l'Assurance Maladie, ce qui doit faire l'objet d'une note écrite).

Les Commissions Locales d'Activité Libérale (CLAL) ont pour rôle de faire respecter ces obligations. La Commission Centrale (CCAL) regrette pourtant le désinvestissement d'un certain nombre d'entre elles ainsi que d'administrations locales. Le Pr PARC rappelle qu'il est de la responsabilité des CLAL et des directions locales de procéder aux contrôles prévus.

Le nombre de contrats d'activité libérale est stable. Le temps consacré à l'activité libérale n'a pas non plus évolué. Les PU-PH représentent 70 % des praticiens exerçant une activité libérale, mais la part de PH a légèrement augmenté (+3 %). La répartition des contrats par discipline révèle clairement la prédominance des activités chirurgicales, qui en représentent 60 %.

En 2009, les anomalies relevées concernaient : la non-transmission de l'activité libérale à la direction, un volume d'activité libérale supérieur à l'activité publique, particularités corrigées par la suite. S'agissant des situations dans lesquelles le différentiel entre l'activité libérale déclarée et le relevé SNIR est supérieur au seuil toléré, sur 39 cas, 16 n'ont donné lieu à aucune explication de la part de la CLAL. Deux CLAL n'ont pas été réunies pour l'examen du rapport 2009 ; une CLAL n'a pas transmis la partie du rapport comparant l'activité libérale déclarée aux relevés SNIR.

Une investigation est en cours suite au signalement par une CLAL du comportement suspect d'un praticien ; la CCAL statuera sur cette situation au mois de juin. La CCAL a demandé l'aide de la CPAM de Paris afin de contrôler le respect par les praticiens du tableau de service de leur structure et du temps réellement consacré à l'activité libérale. Les actes pratiqués, avec les dates de réalisation seront communiqués pour être croisés avec les contrats et les déclarations des praticiens. Une telle procédure devrait intéresser une dizaine de praticiens.

La CCAL a interrogé la CPAM de Paris sur la problématique de la télétransmission obligatoire des feuilles d'assurance maladie et la taxation possible des feuilles non-transmises. Dans un courrier joint au rapport la directrice de la CPAM de Paris précise que cette télétransmission par les praticiens hospitaliers est impossible dans l'état actuel du système informatique de la Sécurité sociale. Ceci n'a pas empêché un certain nombre de directeurs de CPAM régionales de menacer des praticiens de sanction s'ils n'assuraient pas cette « obligation ». La CPAM de Paris mènera une étude afin d'étudier la faisabilité d'une telle télétransmission de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. L'Assistance Publique sera sollicitée pour mettre à disposition des praticiens le matériel informatique nécessaire.

La lecture des relevés SNIR prêtant souvent à discussion, la CPAM de Paris a fourni un document très précis sur ce sujet ; il sera mis à la disposition de tous les praticiens et des CLAL.

Comme beaucoup d'instances liées à l'AP-HP, la CCAL et les CLAL vont être renouvelées. Les usagers seront désormais représentés au sein de ces commissions ; les représentants du conseil d'administration seront remplacés par des représentants du conseil de surveillance.

Le Président souligne que le rapport effectué par M. PARC est nécessaire pour éviter les critiques portées contre l'activité libérale.

M. LYON-CAEN interroge M. PARC sur la manière dont l'exercice d'une activité libérale nécessitant de recourir aux plateaux médico-techniques s'intègre dans le fonctionnement courant des structures hospitalières. Il évoque notamment la difficulté que peut constituer l'exercice d'une activité chirurgicale programmée lorsque survient une urgence, mais aussi la nécessité de recourir à la radiologie.

M. PARC signale que ces considérations importantes relèvent de l'organisation des services . La nécessité de reporter un traitement programmé peut s'imposer dans le cadre de l'activité libérale comme dans celui de l'activité publique.... La gravité de la situation du patient qui réclame un geste urgent doit toujours prédominer. Il convient cependant de prendre conscience que bien souvent une telle « déprogrammation » constitue un réel traumatisme pour le patient et sa famille et n'apparaît pas à leurs yeux comme la preuve d'une bonne organisation de l'hôpital.....

M. RYMER confirme que ces questions peuvent effectivement être sources de difficultés. Dans la structure interne de son pôle, un accord a été trouvé avec l'attribution de plages horaires et de jours fixes au bénéfice du praticien exerçant à titre libéral.

M. CAPRON interroge M. PARC sur la fiabilité des montants d'honoraires annuels communiqués dans la presse.

M. PARC explique que ces informations sont tirées des relevés SNIR, et sont donc exactes. Les différentes administrations qui peuvent avoir connaissance de ces données confidentielles se récrient de ne pas être la source de la fuite vers les journalistes(en réalité une journaliste).

Le Président rappelle que l'importance de la question du temps médical et de sa rémunération avait déjà été soulignée par la CME. Il constate pourtant, dans les groupes hospitaliers, une certaine répugnance de la communauté médicale et des directions à s'intéresser à des problèmes tels que la permanence des soins ou la pertinence de certaines gardes. Les CLAL, dans les hôpitaux, manquent de dynamisme, ce qui menace l'organisation de l'activité libérale ; leur renouvellement pourrait être l'occasion d'un changement de politique.

M. PARC explique que les praticiens ayant une activité libérale importante jouent souvent un rôle déterminant dans l'activité de leur hôpital et que cette situation particulière est prise en compte par le président de la CLAL et l'administration locale qui hésitent à lui faire des reproches même avec diplomatie... Le respect de la réglementation est pourtant essentiel.

Mme DEGOS demande si les activités d'expert ou de consultant pour l'industrie pharmaceutique relèvent de la compétence de la CCAL.

M. PARC répond que ces activités ne relèvent aucunement des prérogatives de la CCAL. Il précise qu'il aborde ces questions dans le cadre de ses fonctions ordinaires.

Le Président interroge M. PARC sur les études cliniques financées par l'industrie pharmaceutique, et demande notamment quelles déclarations doivent être effectuées lorsque des contrats sont passés avec des associations dans le cadre de protocoles de recherche conduits au niveau des services.

M. PARC répond que la réglementation est assez claire à ce sujet mais actuellement peu respectée par les praticiens(hospitalo-universitaires ou non) et l'Administration Hospitalière ainsi que par les Universités. En vertu du décret 2007-658 du 02 Mai 2007(modifié en 2011) relatif au cumul d'activités des fonctionnaires(loi n°2007-148 du 02 février 2007 de modernisation de la fonction

publique) :le cumul par des médecins hospitaliers à plein temps, d'une activité exercée à titre accessoire(même à titre bénévole) avec une activité exercée à titre principale est subordonnée à la délivrance d'une autorisation par leur hiérarchie(hospitalière et/ou hospitalière et universitaire).

Les règles de gestion des associations loi 1901 doivent par ailleurs être scrupuleusement respectées pour la gestion des fonds recueillis lors de telles études avec notamment interdiction pour tout membre de l'association d'en tirer un bénéfice direct ou indirect.

Le Président remercie M. PARC pour sa présentation, et assure qu'une communication sera effectuée auprès des sites afin que les CLAC renforcent leur rôle.

III. Présentation des résultats de l'enquête sur les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) – Certification V 2010

Le Président signale que le président de la Haute Autorité de Santé (HAS) a officiellement effectué le lancement de la certification 2010 de l'AP-HP. Il indique qu'il s'agit d'une évaluation croissante des pratiques médicales, de leur traçabilité, et de leur adéquation avec les recommandations et les exigences de la HAS.

Mme PERIER rappelle que la certification a pour objet d'évaluer le niveau de qualité atteint par les établissements, tant du point de vue de leur politique que de leur mise en œuvre. Les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) constituent un aspect majeur de la démarche de certification, puisqu'elles reflèteront la performance des établissements sur des sujets jugés fondamentaux au niveau national, avec un degré d'exigence élevé. Treize pratiques sont pour l'instant concernées, mais ce chiffre augmentera dès le mois prochain. Actuellement, le premier chapitre réunit les PEP relatives à l'établissement d'une politique dynamique garantissant la qualité et la sécurité des pratiques ; le second chapitre porte sur la mise en œuvre des pratiques conformément aux recommandations.

Un système de cotation a été mis au point par la HAS. Chaque critère se voit affecter une cotation globale en fonction du respect d'un certain nombre « d'attendus » ; dès lors que le score obtenu est inférieur à 80 % du score maximum, une cotation C ou D est attribuée, ce qui implique automatiquement une décision, plusieurs décisions cumulées sur ces PEP pouvant entraîner une non-certification.

L'enquête menée par l'AP-HP en 2010 est similaire à celle menée en 2009, 34 hôpitaux y ont répondu à ce jour. Globalement, les résultats sont moins bons que précédemment. Or, les visites de certification démarreront dès le début de l'année 2012. Les établissements auront donc peu de temps pour améliorer leur niveau.

En 2009, cinq PEP avaient un score largement inférieur à la limite de 80 % du score maximum, quatre approchaient ou dépassaient légèrement cette limite, et quatre avaient obtenu un score satisfaisant. En 2010, neuf PEP ont eu un score bien en-deçà de la limite, deux ont eu un score aux alentours de la limite, et deux ont atteint un bon score. Les mauvais scores obtenus concernent les PEP suivantes : politique de l'EPP, identification du patient, gestion des événements indésirables, fin de vie, fonction Gestion des risques, gestion du dossier patient, douleur, prise en charge médicamenteuse, bloc opératoire. Dans ce contexte, il apparaît clairement que les groupes hospitaliers rencontreront sur ces sujets des difficultés lors des visites de certification.

Toutefois, l'analyse de l'enquête a révélé des biais évidents :

- la conception et diffusion en 2010 d'un guide par la HAS visant à uniformiser la compréhension des attendus a entraîné une détérioration des résultats par rapport à 2009 ;
- la méthodologie utilisée entraîne des difficultés, notamment en raison du barème employé et du manque de communication de certains établissements avec les instances en rapport ;
- le niveau d'exigence élevé a entraîné, dans certains cas, une sous-cotation des PEP par les établissements ;
- la traduction des niveaux de résultats peut donner lieu à des analyses variées.
- Enfin le contexte en 2010, axé sur le plan stratégique et les multiples réorganisations n'a pas favorisé le renforcement d'une culture commune qualité et sécurité et a pu déformer la perception de la réalité.

La certification passe par trois étapes : la politique, la mise en œuvre, et l'évaluation. Dès lors que les niveaux politiques ne sont pas bons, les attendus liés à la mise en œuvre et à leur évaluation sont affectés d'emblée. Une intervention rapide est donc nécessaire au niveau politique, et les sujets à traiter en priorité doivent être identifiés. Les GH disposant de résultats détaillés, accompagnés du comparatif AP-HP peuvent travailler en interne sur ces sujets.

Au niveau central, des actions peuvent être menées afin d'accompagner le processus de certification. Ainsi, le déploiement de la base de données EPP en mars 2011 devrait insuffler une nouvelle dynamique et avoir un impact fort sur le niveau de cette PEP. Par ailleurs, il existe des liens entre les PEP et les seize priorités institutionnelles 2011 qui peuvent être le plus souvent déclinées sous forme de programme d'amélioration des pratiques, et être valorisées dans le cadre de la certification. Il appartient aux GH de se saisir de ces éléments, de définir leurs priorités et de les décliner. Ce travail nécessitera une coordination avec les organisations en rapport, car seule l'implication du plus grand nombre permettra d'améliorer réellement la dynamique.

Le Président signale que le processus d'auto-évaluation par les établissements a pu entraîner une sous-estimation des résultats obtenus. Ainsi, il s'étonne que l'indicateur portant sur l'occupation des blocs opératoires se soit dégradé, alors que leur gestion est désormais informatisée, et que l'activité chirurgicale est en constante augmentation. S'agissant de la douleur en milieu chirurgical, les indicateurs ne reflètent pas les importants progrès réalisés ces quatre dernières années.

M. CAPRON fait observer que la qualité a un coût, et demande s'il existe un lien entre la dégradation des indicateurs et la pression budgétaire subie par l'institution.

Mme PERIER répond que la dégradation des indicateurs est d'abord liée à la morosité régnant dans les groupements hospitaliers. Elle signale que le travail effectué sur la qualité n'a pas été à la hauteur de l'enjeu, et que les différents acteurs concernés se sont insuffisamment impliqués. Cependant, un traitement rapide de ces questions est nécessaire, l'AP-HP ne pouvant courir le risque d'obtenir des résultats médiocres.

Concernant les blocs opératoires, les résultats peuvent s'expliquer par la non-réactualisation des chartes de bloc ou l'absence de formalisation des conseils de bloc et le problème de l'évaluation de la check list. La démarche de certification nécessite que soient fournies des preuves des efforts réalisés.

Le Président déclare que la qualité est non seulement une source d'efficacité, mais qu'elle entraîne également une amélioration de l'attractivité et des conditions de travail.

M. GARABEDIAN revient sur le problème des blocs opératoires pour signaler que la politique de recrutement des panseuses et anesthésistes est dramatique, et qu'un renforcement de l'attractivité de ces métiers est nécessaire, par exemple grâce à l'octroi de primes. Il juge déplorable que des blocs opératoires soient fermés par manque de personnel et non par manque de malades.

Le Président rappelle que le précédent directeur général s'était engagé à ce que soit versée aux infirmiers de bloc opératoire (IBODE) une prime mensuelle de 100 euros, mais que ce dispositif n'a pu être mis en œuvre pour des raisons règlementaires semble-t-il. Il souligne que la question du recrutement des IBODE et infirmiers anesthésistes (IADE) est d'autant plus cruciale que l'activité chirurgicale doit tirer l'activité, et propose de mettre ce point à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la CME.

M. POIMBOEUF assure que les responsables des ressources humaines de l'AP-HP sont conscients de l'importance de cette question, le maintien de l'activité chirurgicale étant impossible en l'absence de personnel paramédical qualifié.

Le Président signale que la rémunération des IBODE est inférieure à celle des IADE.

M. POIMBOEUF ajoute que le problème d'attractivité est également lié à l'organisation des formations, qui ne donnent pas aux étudiants l'occasion de découvrir le secteur chirurgical. Un plan d'action sur ce thème sera rapidement présenté à la CME.

Le Président indique que la pénurie d'IADE est liée au trop petit nombre d'étudiants admis en formation, alors que la pénurie d'IBODE s'explique par le manque d'attrait de ce métier – la rémunération est notamment insuffisante.

Mme VASSEUR précise que l'AP-HP envisage de rendre obligatoire l'accès au bloc opératoire pour les élèves infirmiers suivant un cursus de chirurgie afin de les familiariser avec cet environnement particulier. Elle ajoute qu'outre la technicité de l'activité, l'attitude de certains chirurgiens peut stresser les étudiants et débutants. Bien que la question de la rémunération des IBODE ne relève pas de la seule AP-HP, les leviers d'actions de l'Institution seront étudiés. Des actions de communication sur l'image de ces professions seront également programmées. Enfin, Mme VASSEUR insiste sur l'importance des conditions de travail pour les IBODE.

M. FAYE rappelle que le dispositif de prime avait été mis à l'écart par le contrôleur financier de l'époque, et suggère de faire appel à son expertise.

M. LACAU SAINT GUILY estime que la résolution du problème de rémunération passe par une augmentation du salaire fixe, et non par l'octroi d'une prime. Or, le contexte budgétaire n'est pas favorable à une telle réponse.

Mme DEGOS revient sur les PEP et s'étonne de l'absence de projets sur la question de la fin de vie.

Mme PERIER indique qu'un projet visant à améliorer l'information des patients et des professionnels sur le sujet des directives anticipées est en cours de finalisation.

Mme VIDAL-TRECAN signale que la prise en charge de la douleur aiguë et de la douleur post-chirurgicale s'est bien améliorée. Par contre, dans les services médicaux, la prise en charge reste plus problématique. C'est en particulier le cas pour les patients ressortant de la gériatrie, en raison notamment d'une utilisation insuffisante des échelles de cotation pour patients non-communicants.

M. FOURNIER assure que le processus de certification n'a pas pour objet de juger les performances des professionnels, mais de s'assurer de la mise en œuvre des procédures aboutissant à une amélioration de la qualité – et dont à une réduction des risques pour les malades. Il signale cependant que l'investissement des médecins est en baisse, et que la position des référents qualités est compliquée par le processus de constitution des groupes hospitaliers, ce qui entraîne une dégradation des indicateurs.

Par ailleurs, face à l'augmentation incessante des contraintes réglementaires, la DPM tente de simplifier la présentation des procédures pour les cliniciens. Ce travail de synthèse, qui aurait dû être réalisé par les autorités de tutelle, devrait être mis à la disposition des équipes d'ici quelques mois.

La Directrice générale rappelle que la démarche de certification aura des conséquences sur la réputation des hôpitaux, et qu'il n'est donc pas imaginable que les établissements de l'AP-HP ne soient pas certifiés. Les enquêtes réalisées ont permis de préparer collectivement les acteurs à l'exigence de la procédure.

Les certifications se feront pour la première fois par groupe hospitalier, et non par hôpital. Dans le cadre de l'auto-évaluation, les GH devront prendre garde de ne pas mettre en avant les plus mauvaises pratiques en vigueur en leur sein. La méthodologie fera l'objet d'une réflexion en relation avec l'ensemble des équipes participant aux évaluations et la HAS.

IV. Information sur l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) 2011

La Directrice générale rappelle qu'à la fin de l'année 2010, la méthode de travail retenue pour élaborer le budget avait été communiquée aux directeurs de groupes hospitaliers. Un objectif de résultat avait été demandé à chacun des GH, mais ils avaient la liberté de proposer, en relation avec leur communauté médicale, les moyens d'y parvenir. Le processus d'examen des propositions s'est achevé à la fin du mois de mars.

La notification de l'ARS sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), au niveau national, n'est toujours pas arrêtée. Un gel des AC est prévu ; leur dégel sera conditionné au respect du taux d'évolution de l'ONDAM. Malgré l'incertitude sur les MIG, de premières indications budgétaires ont été adressées aux groupes hospitaliers. La présentation ne porte donc pas sur le projet définitif.

Le Président indique que les engagements d'activité constituent la base de l'EPRD, et que l'AP-HP doit veiller à leur respect.

Mme DECOOPMAN signale que la circulaire de campagne tarifaire publiée le 29 avril 2011 devait donner lieu dans les jours suivants à une notification de l'ARS, pas parvenue à ce jour. Des documents de travail ont été échangés, qui font l'objet d'une analyse poussée avant notification définitive. Une fois la notification définitive reçue, l'Institution dispose d'un délai de 30 jours pour arrêter l'EPRD.

Le contexte national se caractérise par une baisse importante des tarifs (-0,83 %), la poursuite de la péréquation interrégionale sur les missions d'intérêt général qui entraîne une baisse des recettes de 4,7 millions d'euros, un gel des MIGAC pour un montant de 35 millions d'euros, et la poursuite du processus de convergence intra-sectorielle. L'Institution plaide pour que le gel des MIGAC varie selon les régions et les catégories d'établissement.

Le calcul des Missions d'enseignements de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) a évolué afin de dynamiser leur allocation. Dans l'ensemble des CHU, les charges fixes ont donc été débasées pour être réallouées vers des critères plus dynamiques (publications, essais cliniques, etc.). Globalement, cette réforme devrait être bénéfique pour l'AP-HP. Par ailleurs, les modalités de financement des postes d'internes ont été revues : désormais, le Ministère répartira son financement en fonction du nombre d'internes accueilli.

La marge de manœuvre de l'ARS dans l'affectation de la partie MIG liée à la permanence de soins des établissements de santé a augmenté ; 80 % de l'enveloppe devraient être affectés à l'AP-HP. Les compensations liées à la MIG précarité seront stables. Des informations complémentaires sont attendues pour une MIG « médecine légale » et pour une MIG liée à des consultations dentaires en faveur de certaines populations.

Cependant, les hypothèses de travail transmises aux hôpitaux en début d'année se sont révélées trop optimistes : l'écart est actuellement de 42 millions d'euros. Cependant, d'après les propositions de recettes et les prévisions d'activité des groupes hospitaliers, l'impact des nouveaux tarifs devrait être absorbé, et l'évolution des recettes n'est pas supérieure aux préconisations de l'Assurance Maladie.

Les groupes hospitaliers prévoient une hausse importante de l'activité, notamment en chirurgie et en médecine. Dans le domaine chirurgical, cette hausse s'explique par la poursuite de la réduction des transferts, notamment en orthopédie, le développement de la chirurgie thoracique et de la chirurgie digestive sur le site de Cochin, et la reprise de parts de marché en chirurgie urologique. En médecine, la hausse de l'activité devrait être liée au rattrapage de l'activité post-urgences suite à des fermetures de lits et à des grèves en 2010, à l'ouverture du pôle cœur sur le site de la Pitié Salpêtrière, à la montée en charge de l'AJA sur le site de Saint-Louis, et à l'augmentation de l'activité de court séjour gériatrique. En obstétrique, 400 séjours supplémentaires sont attendus, en lien avec la montée en charge de la maternité de Bicêtre et à l'augmentation de l'activité de Beaujon, Necker et Louis Mourier. Enfin, l'augmentation prévisionnelle du nombre de journées en hospitalisation à domicile était de 5,5 %, mais les résultats à fin mars sont en retrait par rapport aux objectifs.

Les différents éléments de la campagne 2011 devraient entraîner une baisse des recettes de l'ordre de 62,7 millions d'euros. Cependant, en prenant en compte les recettes d'hospitalisation (+0,7 %), les molécules onéreuses (+2 %), les prévisions sur les forfaits (+0,3 %) et les consultations (+3,5 %), les produits versés par l'Assurance maladie devraient augmenter de 0,74 % par rapport à 2010, pour atteindre 5 041 millions d'euros. Les autres produits attendus comprennent la facturation des chambres individuelles, la poursuite de la baisse des remboursements des budgets annexes, et la facturation aux collectivités des frais engendrés par la réintégration des IDE détachées dans les collectivités locales avant leur mise à disposition – ce processus s'inscrit dans un dispositif de reclassement lié au protocole LMD. Ces divers éléments représentent une somme de 791 millions d'euros. Au total, les produits devraient atteindre 6 473 millions d'euros.

S'agissant du budget en dépenses, les efforts de maîtrise de la masse salariale du personnel non médical se poursuivent : la baisse de ce poste résultera d'une part des effets en année pleine des mesures d'efficacité menées en 2010, et d'autre part des mesures d'efficacité menées en 2011, qui devraient entraîner une réduction des coûts de l'ordre de 41,5 millions d'euros. Il s'agira essentiellement de restructurations au niveau des groupes hospitaliers et des effets de la réorganisation des services centraux et généraux.

Les dépenses du personnel médical restent sous tension. L'extension en année pleine des créations de poste 2010 et la hausse de la valeur du point entraînent une évolution à la hausse. Cependant, une économie sera réalisée grâce aux efforts réalisés sur la permanence des soins.

Les autres dépenses comprennent les dépenses à caractère médical, qui sont en augmentation de 1,3 % malgré les économies réalisées grâce au déploiement d'un logiciel de gestion économique et financière, les dépenses hôtelières et générales, qui restent stables, et les charges financières, qui sont en hausse en raison de l'augmentation de l'endettement et de la remontée prévue des taux.

Hors gel des MIGAC, le déficit de l'exercice 2011 devrait donc s'élever à 100 millions d'euros. Ce résultat est affecté par les dispositifs tels que le processus de convergence ou l'évolution des tarifs ; il ne permet donc pas d'apprécier l'importance des efforts budgétaires réalisés.

La Directrice générale rappelle que la maquette financière du plan stratégique, adoptée en septembre 2010, annonçait une stabilisation du déficit. Alors que le contexte a été plus sévère que prévu, le budget est conforme à la maquette, ce qui témoigne du très bon travail effectué en interne. Cela s'explique notamment par la modification de l'offre de soins et l'amélioration de la facturation.

Mme DECOOPMAN rappelle que la situation budgétaire, sur la période 2007-2010, s'est dégradée avant de se stabiliser. Néanmoins, en prenant en compte l'effet du coefficient de transition, qui diminue chaque année les recettes chaque année, la tendance s'inverse, et reflète mieux les efforts réalisés. L'Excédent Brut d'Exploitation (EBE) qui reflète la « productivité de l'AP-HP » dégagé est en amélioration constante, et son évolution est particulièrement marquée si l'effet de la convergence tarifaire est exclu.

La Directrice générale précise que la convergence tarifaire intrasectorielle (c'est à dire au sein des hôpitaux publics) a représenté une charge de 200 millions d'euros entre 2007 et 2011. Cependant, les effets de toutes les campagnes tarifaires ont été compensés par le dynamisme de l'activité. Si le résultat global est peu encourageant, le résultat retraité indique que l'Institution a la possibilité de financer les amortissements et les investissements.

Mme DECOOPMAN présente les budgets annexes. S'agissant des unités de soins longue durée, l'ouverture du site de Rothschild entraînera des transferts de capacités entre groupes hospitaliers ; dans le cadre de la convergence à horizon 2016, une baisse de la dotation Soins est anticipée, dont le niveau reste à négocier avec l'ARS. Une baisse de la dotation Soins est également anticipée pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La dotation non affectée, sur laquelle sont impactées les cessions immobilières, est en excédent, ce qui permet d'abonder les capacités d'investissement de l'Institution. Les budgets Ecoles et Addictologie sont équilibrés.

La capacité d'autofinancement de l'Institution est stable, et atteint 300 millions d'euros. Des investissements devraient être réalisés à hauteur de 510 millions d'euros, ce qui est supérieur aux prévisions initiales. Des emprunts supplémentaires devraient être souscrits, pour un montant de 290 millions d'euros. Au regard des critères utilisés par le Ministère et l'ARS pour juger les établissements, le niveau d'endettement de l'AP-HP n'est pas inquiétant.

Les risques en recette pour l'année 2011 se divisent en plusieurs catégories. Au niveau de l'activité, l'ambition budgétaire est forte. Or, un point d'activité représente plus de 25 millions d'euros, et la situation concurrentielle ou des problèmes de recrutement pourraient empêcher de réaliser les objectifs fixés. Le niveau des MIGAC et la question de leur gel font également peser un risque sur les recettes. La réforme de l'Aide Médicale de l'Etat pourrait fortement impacter l'AP-HP, qui est le premier établissement de recours ainsi que le premier établissement pour la prise en charge des

patients au titre de ce dispositif. Enfin, le budget prévoit de réaliser des cessions immobilières pour un montant de 20 millions d'euros, hors cession exceptionnelle du site de Broussais.

Les risques en charges sont liés à la mise en œuvre de la gestion de stocks, et au contentieux avec la région Ile-de-France au sujet des écoles paramédicales : lors de la réalisation du budget des écoles il y a trois ans, l'AP-HP avait estimé que les foyers d'infirmières rentraient dans le périmètre des écoles. Or, la Région estime qu'elle n'a pas à prendre en charge cette activité, et a adressé à l'Institution un titre de recettes à hauteur de 9 millions d'euros.

Les pré-conférences et conférences stratégiques et budgétaires ont permis de rappeler ou réajuster les objectifs stratégiques des groupes hospitaliers et de fixer leur effort d'efficience, ainsi que leur objectif de résultat. Les groupes hospitaliers disposent d'une marge de manœuvre pour répartir les efforts nécessaires à l'atteinte de leur objectif de résultat.

Bien que les prévisions de recettes soient ambitieuses (+2,4 %), elles apparaissent crédible : à la fin du mois de mars, le réalisé correspondait au budget. Une grande vigilance sera néanmoins nécessaire, des décalages d'activités ayant été constatés au mois d'avril. Par ailleurs, des décalages dans le codage ont été constatés. Or, puisque l'AP-HP a fait le choix de s'appuyer sur l'activité, il est indispensable qu'elle soit en mesure d'en assurer le suivi, ce qui suppose que le codage soit correctement réalisé.

Le Président salue la qualité de l'exposé, et évoque sa crainte de voir la convergence intersectorielle avoir les mêmes effets que la convergence sectorielle.

M. LYON-CAEN signale que les réductions d'emplois réalisées dans le cadre de l'efficience prévisionnelle peuvent entraîner de grandes difficultés. Il ajoute que dans la majorité des sites hospitaliers, aucun effort supplémentaire de réduction du personnel non médical n'est envisageable à l'avenir, tant les services sont déjà exsangues. Seules des restructurations appuyées sur des investissements pourraient être mises en œuvre. Par ailleurs, M. LYON-CAEN regrette que la présentation ait mis l'accent sur le dynamisme de l'activité, sans présenter en détail les conséquences des politiques de convergences sur l'activité et l'organisation. L'objectivité voudrait que la présentation prenne en compte le contexte politique. Si la convergence intra-sectorielle arrive à son terme, la convergence intersectorielle est en cours d'application, et pose de nombreux problèmes dans les domaines des MIGAC, de l'internat, des recettes, des redistributions, etc. M. LYON-CAEN suggère à la Directrice générale de présenter à la CME les projets qui pourraient être mis en œuvre si le budget ne souffrait pas des effets des politiques de convergence.

Le Président s'associe aux propos de M. LYON-CAEN, et estime que les membres de la CME sont légitimes à s'opposer à la politique de convergence. Le processus de modernisation en cours a dégagé des marges de manœuvres au profit des malades, mais la multiplication des contraintes financières compromet la pérennité de ce résultat.

Mme DECOOPMAN assure qu'elle a conscience des difficultés à mettre en œuvre des projets. Par ailleurs, elle indique que la convergence intra-sectorielle est à la fois un sujet politique et technique. Il y a quatre ans, un rapport soulignait l'impossibilité de comparer les activités des hôpitaux publics avec les hôpitaux privés, insistant sur le fait que l'activité programmée, la précarité ou le nombre de pathologies traitées n'étaient pas pris en compte, et que les CHU avaient une activité de recherche et d'enseignement spécifique. Or, la convergence intersectorielle pourrait être l'occasion pour l'Institution de mettre en valeur ses différences avec les établissements privés. Un travail collectif pourrait être réalisé afin de démontrer les spécificités de l'hôpital public ; dans un certain nombre de domaines, l'Assistance Publique serait légitime à invoquer les différences entre ses activités et celles des autres établissements pour tempérer certains effets des politiques de convergence.

Le Président ajoute que certaines spécialités médicales ou médico-chirurgicales, dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins, ont moins besoin de recourir à l'hospitalisation conventionnelle. Des marges de manœuvre pourraient donc être dégagées pour lutter contre les baisses d'hospitalisations justifiées uniquement par la modernisation, réaffecter des lits aux services en ayant besoin, et redonner des moyens aux spécialités en manque de soignants.

M. CAPRON demande quel sera le montant de l'économie réalisée sur les salaires en 2011 ?

M. VALLEUR signale que la réduction de 40 millions d'euros de la masse salariale de personnel non médical correspond environ à 800 emplois.

La Directrice générale explique que les groupes hospitaliers ont proposé de réaliser un effort légèrement supérieur à celui réalisé en 2010 sur le personnel non médical. Cet effort correspond environ à 1 000 emplois, et comprend l'effet année pleine des mesures lancées en 2010. Il se concentre essentiellement sur du personnel administratif et de catégorie C. Les groupes hospitaliers ont eu pour consigne d'insuffler une dynamique au niveau administratif dans le cadre de leur constitution.

M. REMY demande quelle est l'importance du déficit de codage, et suggère de faire appel à des experts du codage afin d'améliorer l'efficacité du processus.

Le Président signale que certaines structures n'effectuent aucun codage, ce qui pénalise considérablement les recettes de l'Institution. L'optimisation du codage permettrait en effet d'augmenter les recettes quand les séjours s'y prêtent. Le Président insiste sur la nécessité de recruter rapidement un responsable du Département de l'Information Médicale (DIM) central, qui pourrait collaborer avec la CME en vue de réaliser ce travail.

M. FOURNIER signale que les projections de recettes additionnelles liées à un meilleur codage sont distinctes de l'exhaustivité dans ce domaine. Dans le cadre des thématiques prioritaires, un groupe de travail a été constitué afin d'identifier des pistes d'amélioration. Ainsi, un certain nombre d'éléments, dans le codage, font l'objet d'une sous-déclaration car les équipes ne sont pas entraînées à les repérer. Par ailleurs, les procédures de compilation dans les différents GH ne sont pas uniformisées ; la réponse à ce problème passe par une organisation centralisée au niveau du DIM de l'AP-HPI ; un recrutement est en cours à ce poste. Même en l'absence d'harmonisation, le test des performances comparées des différents systèmes utilisés par les GH pourrait améliorer la productivité. Le recours à l'aide externe peut également être envisagé.

La Directrice générale signale qu'il est reproché à l'AP-HP d'avoir des recettes trop faibles par rapport à son activité au titre de l'année 2010. Or, les performances des CHU ayant de meilleurs résultats n'étaient pas liées à l'activité médicale, mais au codage. En 2010, tous les CHU ont réalisé des progrès, tandis que l'AP-HP a accumulé un certain retard. Cependant, le codage est plus complexe pour l'AP-HP que pour d'autres établissements : la Générale de Santé compte 10 GHS, tandis que l'Assistance Publique en dénombre 1 300. En cas de modification des règles de codages, les cliniques peuvent donc être beaucoup plus réactives que l'Institution. Néanmoins, l'impossibilité de renseigner le taux d'exhaustivité du codage est impardonnable. Des progrès sont attendus dans ce domaine.

Le Président souligne que l'impact du codage est d'autant plus important que les V11 avancent.

M. REMY fait observer que l'activité de codage représente un temps médical considérable, et suggère de faire appel à des professionnels.

Le Président estime nécessaire de dégager des marges de manœuvre dans les dépenses de personnel médical afin d'améliorer le codage. Par ailleurs, il répète que le recrutement d'un DIM est attendu avec impatience.

V. Nomination des chefs de pôle : candidatures et méthodologie

Le Président signale qu'il souhaite évoquer toutes les nominations médicales nécessitant une implication de la CME dans les deux mois qui viennent.

1. Assistants spécialistes

Le Président rappelle que le poste d'assistant spécialiste permet aux médecins de réaliser leur post-internat lorsqu'aucun poste de chef de clinique n'est disponible. Les demandes de création de postes d'assistants spécialistes doivent être validées par la CME et la DPM, et les doyens doivent être associés au processus. Tout nouveau poste demandé doit être intégralement financé par l'Institution. Les postes devant être créés au 1^{er} novembre, les demandes doivent être recensées et examinées le plus tôt possible.

Par ailleurs, les postes d'assistants spécialistes que le Ministère a financé pendant un an ne seront plus subventionnés. La pérennité du financement de certains postes est donc remise en cause. Le Président estime nécessaire de mettre au point des règles claires afin de mieux gérer les demandes.

M. SCHLEMMER confirme que les doyens, les présidents de CCM et la DPM doivent travailler conjointement sur ce sujet. Il déplore que la pérennité du financement de 16 postes créés à l'AP-HP ne soit plus garantie, alors même que les contrats, calqués sur ceux des chefs de clinique, devaient avoir une durée de deux ans.

La problématique des emplois de chef de clinique et d'assistant hospitalier universitaire (AHU) est extrêmement délicate pour les doyens, en raison de l'accroissement des effectifs de sortie de DES. En outre, il est aujourd'hui nécessaire de procéder à des redéploiements d'emplois de chef de clinique et d'AHU afin d'assurer le remplacement des départs en retraite dans les services du plateau technique. En l'absence de création d'emplois, cette solution est la seule disponible.

M. HUBIN rappelle que les demandes de postes d'assistants spécialistes doivent être communiquées avant le 13 mai, comme cela avait été indiqué dans la note de cadrage du mois de mars adressée à tous les chefs de service et responsables de pôle. Suite à la consolidation des demandes de postes au niveau de la DPM et leur présentation à la CME, la liste des postes sera publiée dans le courant de l'été dans le cadre de l'appel à candidatures.

S'agissant des 16 postes d'assistants spécialistes financés par le Ministère dans le cadre de recettes MIGAC, le complément de financement pour 2011 a été reçu en début d'année : ils sont donc financés en totalité. Mais l'AP-HP ne dispose d'aucune information confirmant ou infirmant ce financement pour les années à venir puisque les recettes MIGAC ne sont pas pérennes ; leur reconduction est décidée année après année.

Mme DECOOPMAN précise que les recettes liées au financement de ces postes sont des recettes non reconductibles. Tous les ans, elles donneront lieu à une nouvelle négociation.

M. SCHLEMMER signale que des centaines de postes d'assistants spécialistes ont été créés dans les IUFR de province.

La Directrice générale explique que la notion de recettes non reproductibles signifie qu'il n'existe pas de vision pluriannuelle assurée. Cette situation n'est pas confortable pour l'Institution, qui doit chaque année justifier ses besoins.

2. Consultants

Le Président indique que la CME doit rendre un avis sur les demandes de consultanat. Les demandes devront être instruites au cours du mois de juin. Néanmoins, la question du financement reste à éclaircir.

Une analyse critique des candidatures de consultant devra être réalisée ; toutes les demandes ne peuvent plus être acceptées, notamment en raison des contraintes de la démographie médicale. Les doyens seront sollicités dans plusieurs cas, afin de veiller au respect d'engagements pris vis-à-vis de certains collègues auxquels des postes de consultants ont été proposés afin qu'ils libèrent des postes de PU-PH.

M. RYMER rappelle que la question des consultants avait été évoquée dans le cadre d'un protocole d'accord conclu en 2003 entre le ministre de la Santé, le ministre de l'Education nationale et les organisations syndicales représentant les personnels enseignants et PHU. Ce protocole indiquait que le surnombre hospitalier était soumis au volontariat, et qu'il devait correspondre à un apport d'expérience et de compétence pour l'établissement. Le métier de consultant peut être exercé soit dans l'établissement hospitalier d'origine, soit dans un autre établissement hospitalier, soit dans un organisme d'intérêt général. La mission doit être transversale. Le projet fait l'objet d'un contrat validé par la CME, puis par l'ARS après avis du conseil de l'UFR. Tout refus doit être motivé. Le protocole prévoit que « *le financement du dispositif (...) est assuré à partir d'une enveloppe nationale affectée à cette fin* ». La CME doit assurer un réel travail de sélection et de motivation ; elle ne peut se contenter d'un rôle d'enregistrement. Les règles d'attribution du consultanat doivent être claires, et connues de tous les rapporteurs étudiant les demandes.

Le Président demande si l'enveloppe affectée en 2010 au financement de 61 postes de consultants sera étendue.

M. RYMER répond que l'ampleur du financement n'est pas connue à l'avance, mais que son attribution est effectuée conformément aux dispositions du protocole. Normalement, les consultants sont rémunérés « à l'euro l'euro »

Le Président déclare que la CME devra procéder à une sélection avisée du point de vue médical afin d'être légitime par rapport à l'ARS. Un calendrier et une méthodologie devront être mis au point.

M. VALLEUR déplore que, par le passé, les avis réservés des rapporteurs aient systématiquement été transformés en avis favorables, et estime nécessaire de mettre au point une grille d'évaluation des dossiers. Par ailleurs, il suggère de signaler aux postulants que la sélection de leur dossier n'est pas acquise, et que la notoriété ne constitue pas une garantie d'obtenir un poste de consultant.

Le Président assure que les postulants seront informés de la stricte sélection qui sera opérée. Les rapporteurs doivent être désignés rapidement.

M. FAYE demande que soient précisés les critères d'analyse des demandes.

Le Président indique que la sélection portera sur :

- les services rendus à l'Institution par le candidat pendant sa période d'activité ;
- la pertinence du projet et sa faisabilité ;
- le bénéfice attendu pour l'Institution.

3. Chefs de pôle

Le Président signale que les critères de sélection utilisés dans le cadre de l'examen des candidatures devront être extrêmement lisibles, en raison de la notoriété de certains candidats et des nombreuses candidatures reçues.

M. HUBIN rappelle que les chefs de pôle sont nommés par la Direction générale pour une période de quatre ans renouvelables, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, conjointement avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Les dossiers de candidatures devront être envoyés par les GH les 2 et 13 mai en deux vagues. La demande de liste de candidats sera formalisée à la mi-mai. Les nominations pourraient avoir lieu dès le 15 juin ; en cas de désaccord, une nouvelle liste pourra être demandée par la Directrice Générale.

Lors de sa réunion du 10 mai 2011, la Commission du Temps et des Effectifs Médicaux (CTEM) procédera à l'examen des candidatures uniques et à la désignation des rapporteurs chargés d'étudier les candidatures ayant reçu un avis réservé ou défavorable ainsi que toutes les candidatures multiples. L'examen de ces candidatures aura lieu le 24 mai. Les candidatures et les avis seront présentés lors de la réunion exceptionnelle de la CME du 31 mai.

Le Président signale que les doyens partagent le pouvoir de proposition de la CME ; des concertations seront organisées afin d'échanger sur les candidatures. Serge Uzan a déclaré qu'il transmettrait les avis des doyens pour chaque IUFM concerné, et ne déciderait pas à leur place.

M. HUBIN indique que les multi-candidatures seront étudiées par deux rapporteurs dans les disciplines concernées, dont l'un membre de la CME. Les dossiers de candidatures seront intégralement transmis aux rapporteurs. 164 candidatures ont été présentées, pour 127 pôles. 73 % des pôles font l'objet d'une seule candidature ; dans 3 % des cas, trois candidatures ont été soumises. Les multi-candidatures se concentrent sur cinq groupes hospitaliers : Saint Louis - Lariboisière, Cochin – Hôtel Dieu, Saint Antoine, Pitié Salpêtrière Charles Foix, et Antoine Béchère - Bicêtre - Paul Brousse.

M. CARLI demande des détails sur les conditions de réalisation des rapports.

M. HUBIN répond qu'aucune consigne relative à la démarche ou à la forme n'a été donnée. Les rapporteurs sont libres de rencontrer les candidats, de consulter les directeurs de GH, etc.

Le Président indique que ces questions seront discutées en comité restreint. Il signale en outre que les préférences exprimées par les directeurs de GH vis-à-vis de certains candidats seront prises en compte.

M. CAPRON interroge Mme la Directrice générale sur ses critères pour le choix définitif des chefs de pôles qu'elle va nommer.

La Directrice générale déclare que son choix sera guidé par la fiche du poste de responsable de CME, et qu'elle a toute confiance dans la liste qui lui sera adressée. Elle signale qu'elle interrogera

les candidats afin de savoir s'ils ont conscience des responsabilités attachées au poste, et notamment de sa dimension managériale.

4. Internes

Le Président signale que l'augmentation du *numerus clausus* entrainera un accroissement du nombre d'internes à accueillir dans les services. Il interroge M. CAPRON sur la manière dont cette situation sera financée.

M. CAPRON indique qu'une dotation MIGAC spécifique sera affectée au financement des internes ; il ne s'agira pas d'un financement intégral. L'AP-HP ne pourra absorber seule l'afflux d'internes qu'entraîne l'élargissement du *numerus clausus*. Cependant, la question du financement des internats doit être traitée dans le contexte de l'ouverture du « marché » (sic) à la concurrence du secteur privé lucratif, qui entraînera pour l'AP-HP la perte de son quasi-monopole dans le domaine hospitalo-universitaire. Les premiers impacts de cette concurrence se feront sentir en chirurgie, en radiologie, en anesthésie et en cardiologie, mais aucune spécialité ne sera épargnée.

M. REMY demande quel nombre d'internes sera concerné par la concurrence du secteur privé, et quelles garanties ont été mises en place pour assurer la qualité de la formation qui leur sera dispensée.

Le Président répond que le secteur privé a d'ors et déjà déposé des dossiers pédagogiques, et que l'ARS a bien l'intention d'y affecter des internes.

M. CAPRON ajoute que l'ARS a créé en son sein une commission chargée des besoins en formation, qui déterminera le nombre de postes devant être créés dans chaque filière. Interviendront ensuite une commission d'agrément – dont les représentants de la CME seront absents – et des commissions de répartition.

M. SCHLEMMER signale que les praticiens du secteur public devront faire preuve d'une grande vigilance concernant l'accueil des internes, l'organisation de leur travail, de leur formation... Les commissions d'agrément commenceront à se réunir dès la semaine prochaine, et les coordonnateurs signalent déjà que certains dossiers soumis par le secteur privé sont d'une qualité bien supérieure à ce que proposent les établissements publics. En l'état actuel de la loi, les doyens pourront difficilement accorder à certains ce qu'ils refusent à d'autres sans provoquer de réaction de la part de l'ARS ou de la Fédération de l'hospitalisation privée. Le nombre d'agrément accordés au secteur privé devrait être faible pour la première année, et il n'est pas certain que des postes soient ouverts. Cependant, l'évolution du paysage forcera tous les établissements publics à améliorer l'accueil des internes, ce qui devrait tirer vers le haut l'ensemble du système. Les internes étaient d'ailleurs très favorables à cette évolution du système.

M. VALLEUR s'étonne que la formation des chirurgiens soit confiée au secteur privé, alors que dans ces conditions les internes ne pourront jouer qu'un rôle mineur en raison des contraintes juridiques pesant sur l'activité médicale (responsabilité, assurance). Par ailleurs, il signale que les flux d'internes, particulièrement sensibles en médecine générale, ne sont pas uniformes, et que des tendances se sont inversées. Dans certaines spécialités, de nombreux postes d'internes n'ont pas été pourvus ; l'augmentation du *numerus clausus* ne touchera donc pas tous les domaines dans la même mesure.

M. CARLI rappelle que le mouvement vers le privé est inéluctable, puisque des engagements très forts ont été pris en ce sens au sommet de l'Etat. Dans ce contexte, l'accueil des internes par les établissements publics doit être revu, et l'AP-HP doit être en mesure de proposer plus de postes

dans les services ayant des capacités de formation supplémentaires. Les internes représentent un enjeu stratégique, car le service public hospitalier universitaire dépend dans une grande mesure de l'équilibre entre la formation et les départs. Néanmoins, le service public possède un avantage par rapport au secteur privé en matière de responsabilité juridique et d'autonomisation des actes pouvant être pratiqués par les internes, la loi HPST n'ayant pas pris la peine de définir un cadre clair pour les internes formés par les établissements privés.

Mme DEAL précise que le nombre d'internes au niveau national passera de 11 500 en 2005 à 27 000 en 2015 et plus de 30 000 en 2018. Toutes les disciplines seront donc plus ou moins impactées par cette évolution. Par ailleurs, bien que le représentant de la CME ne siège plus dans les commissions d'agrément, il participera à l'évaluation des besoins. Or, cette évaluation aura un impact déterminant sur l'agrément des structures et la répartition des internes. La présence des doyens dans les commissions d'agrément permettra d'assurer l'unicité de traitement des dossiers. La commission de psychiatrie a déjà eu lieu ; sur les huit établissements privés ayant présenté un dossier, quatre ont été agréés. Au regard des éléments pris en compte, et notamment des projets pédagogiques, la commission a été amenée à refuser l'agrément à certaines structures publiques.

M. SCHLEMMER estime que la CME aura un rôle déterminant à jouer pour inciter les praticiens à faire évoluer leurs pratiques. Le secteur public devra s'aligner sur les exigences demandées au secteur privé. L'octroi d'agrément d'une durée d'un an suivis d'une évaluation paraît être un bon moyen de contrôler l'offre de formation des établissements privés. Cependant, une telle procédure devrait également être appliquée aux nouvelles structures publiques.

M. GARABEDIAN invite les membres de la CME à faire preuve d'une plus grande méfiance vis-à-vis de la réforme en cours. Par ailleurs, il signale que certains professeurs de médecine ne remplissent pas leur rôle d'enseignement de manière appropriée.

M. HUBIN indique que le nouveau système de financement des internes est relativement clair. Son fonctionnement est arithmétique : l'AP-HP recevra un forfait de 16 000 euros par an et par interne inscrit en première, deuxième et troisième année de DES ; pour les internes en quatrième et cinquième année, le forfait s'élèvera à 8 000 euros par an. Dans les deux cas, la somme ne couvre pas la charge totale que constitue le salaire d'un interne ; il s'agit d'une compensation et non d'un financement complet. L'AP-HP recevra donc un financement global calculé en fonction du nombre d'internes accueillis dans les services. La DPM et la DEF ont fait le choix de redistribuer ce financement au niveau des groupes hospitaliers – à charge pour eux de ventiler ce financement entre les pôles, en tenant compte des priorités de formation que la DPM pourra indiquer en lien avec les Doyens et les coordonnateurs.

VI. Enquête de satisfaction des patients SAPHORA 2011

Ce point sera traité lors d'une prochaine réunion de la CME.

VII. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME deux nouveaux contrats d'activité libérale, ainsi qu'une demande de renouvellement.

Les demandes sont approuvées à la majorité, moins une voix contre et 3 abstentions.

VIII. Avis sur des demandes de versement de l'indemnité multi-établissement

M. HUBIN explique que la réglementation offre la possibilité d'attribuer aux médecins une indemnité quand ils ont une activité partagée sur plusieurs établissements ; cette indemnité s'élève à 416 euros par mois. Quatre demandes ont été enregistrées au titre de l'année 2011. Elles émanent d'un praticien attaché et de trois praticiens hospitaliers. La décision finale d'attribution relève du directeur de l'ARS Ile-de-France.

Les demandes sont approuvées à la majorité.

IX. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 45.

*

*

*

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

Mardi 31 juin 2011 à 8 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.