

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 13 SEPTEMBRE 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 15 NOVEMBRE 2011**

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Information sur les bactéries multi-résistantes	6
III.	Règles de financement des postes d'internes : modalités d'accueil des résidents étrangers (prolongation DFMS et AFS) et des stagiaires (article R 61 34-2 du code de santé publique)	8
IV.	Point sur l'activité du premier semestre 2011	13
V.	EPRD 2011 : situation à fin juin	15
VI.	Information sur le rapport d'activité 2010	21
VII.	Dépenses de permanence des soins : état des lieux et propositions à la CME	22
VIII.	Présentation des résultats de l'enquête sur les revues de morbidité mortalité	25
IX.	Approbaton du compte-rendu de la séance du 7 juin 2011	26
X.	Questions diverses	26

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (***Pr Coriat***)
- 2- Information sur les bactéries multirésistantes (***Dr S. Fournier***)
- 3- Règles de financement des postes d'internes : modalités d'accueil des résidents étrangers (prolongation DFMS et AFS) et des stagiaires associés (article R 61 34-2 du code santé publique) (***Mme Deal - Pr Capron***)
- 4- Point sur l'activité (***Dr Taright***)
- 5- EPRD 2011 : situation à fin juin (***M. Sauvage***)
- 6- Information sur le rapport d'activité 2010
- 7- Dépenses de permanence des soins : état des lieux et propositions à la CME (***Pr Blum-Boisgard - M. Maury***)
- 8- Présentation des résultats de l'enquête sur les revues de morbidité mortalité (***Dr Lienhart – Dr Pibarot***)
- 9- Approbation du compte rendu de la séance du 7 juin 2011
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

Validation de la période probatoire de deux praticiens hospitaliers plein temps : 2^{ème} examen.

Composition B

Avis sur les candidatures aux emplois de MCU-PH des disciplines pharmaceutiques au titre de l'année 2011

Composition A

Avis sur les candidatures aux emplois de PU-PH des disciplines pharmaceutiques au titre de l'année 2011

- **Assistent à la séance**

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

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

• ***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 finances, de l'investissement et du patrimoine,
- Mme VASSEUR, directrice des soins et activités paramédicales,

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

• ***membres excusés :***

M. le Pr Marc DELPECH, Mme le Dr Anne DESOUCHES, Mme le Dr Pascale GAUSSEM,
M. le Pr Benoît SCHLEMMER.

I. Information du Président de la CME

Le Président indique en préambule que toutes les demandes de consultants soumises par la CME, soit 62 au total, ont été acceptées et validées par le directeur de l'ARS.

Par ailleurs, si les listes électorales en vue des élections à la CME ont été affichées, quelques collègues ont signalé un problème pour les hôpitaux Robert Debré et Avicenne. En effet, certaines spécialités n'ont plus de candidats à présenter dans la catégorie « non chef de service ou de structure interne ». Il considère qu'il s'agit là d'une injustice qui entraîne la perte d'un représentant pour certaines spécialités. La direction des affaires juridiques lui a confirmé que l'on ne peut pas revenir sur ce point. La possibilité de modifier les règles sera étudiée pour la mandature suivante. Aujourd'hui, les listes électorales déposées ne peuvent pas être modifiées.

Il avait été convenu de réaliser un point sur la politique de recrutement du personnel non médical à l'AP-HP. Ce point n'a pas été omis mais sera présenté par M. POIMBŒUF, Directeur des Ressources Humaines de l'AP-HP, lors de la CME du mois d'octobre.

Enfin, **le Président** souhaite revenir sur les restructurations en cours au sein des groupes hospitaliers. Lorsque ces restructurations parviendront au terme de leur instruction, elles seront de nouveau présentées à la CME pour approbation. **Le Président** souhaite insister sur les restructurations supra groupe hospitalier, en particulier celles qui concernent les neurosciences. La méthodologie exemplaire qui a été présentée prend en compte l'ensemble des interfaces entre toutes les neurosciences. Il convient encore de s'interroger sur la manière dont la restructuration des neurosciences peut impacter la prise en charge des polytraumatisés et les filières de prise en charge des malades cérébro-lésés nécessitant une réanimation. S'adressant à l'assemblée et à la Directrice générale, il insiste sur le fait que les conclusions recevant l'aval de la CME, et répondant aux conditions de pertinence médicale et d'acceptabilité des contraintes financières devront être rapidement mises en œuvre malgré leur coût. Il en va de la modernisation de l'offre de soins qui est en cours.

Une réflexion a également été engagée concernant la pédiatrie spécialisée. Celle-ci a abouti à une décision qu'il convient de détailler en termes financiers. Les contraintes financières ne doivent pas constituer un frein aux restructurations. La validation des décisions des groupes de réflexion pourrait avoir lieu lors de la CME d'octobre. S'adressant particulièrement à la Directrice générale, **le Président** exprime le souhait que ces deux grandes restructurations soient menées à leur terme. La CME doit piloter le projet médical de l'établissement et être garante de la déclinaison pratique des projets qu'elle a validés.

La Directrice générale confirme l'importance du travail de fond réalisé par les groupes et rappelle l'importance de disposer d'une bonne méthode pour analyser les projets de réorganisation de l'offre de soins. Concernant les grands sujets et les activités soumises à autorisation, la Direction Générale rencontre l'ARS dans le cadre de rendez-vous réguliers. La première étape de l'évaluation porte sur la partie médicale des projets et sur ses conséquences, sur les différentes options envisageables. La méthode employée est sérieuse s'agissant à la fois des aspects médicaux et des aspects financiers. La partie médicale du projet relatif aux neurosciences est plus avancée que le volet financier, ce qui est normal. Toutes les équipes sont mobilisées sur la modernisation de l'offre de soins qui implique des projets lourds et restructurants et sont solidaires.

Le Président rapporte que plusieurs communautés médicales craignent que les contraintes financières particulièrement importantes en 2011 – dès lors que le gel des MIGAC est venu s'ajouter à la convergence intra-sectorielle – ne retardent des projets de restructuration médicalement validés. Ces reports seraient catastrophiques compte tenu de la démarche des équipes.

La Directrice générale rappelle que les projets sont pluriannuels. Il convient de travailler les projections pour chacun d'entre eux. Il est hors de question de suspendre la modernisation de l'offre de soins mais il faut mener l'instruction à son terme pour avoir une vision claire sur les conséquences. Elle entend les craintes des équipes médicales mais affirme que l'engagement politique pour la modernisation de l'offre de soins est total. La direction ne procède pas à des opérations de comptabilité ; elle met en place une véritable stratégie.

II. Information sur les bactéries multi-résistantes

Le Président rappelle que l'ARS souhaite que l'AP-HP mette en place une prise en charge exemplaire des bactéries multi-résistantes.

Mme FOURNIER restitue les conclusions d'une réunion qui s'est tenue à l'ARS le vendredi 9 septembre, et qui concernait principalement les entérobactéries productrices de carbapénèmase. Ces bactéries, localisées dans le tube digestif, ont la particularité d'avoir acquis un mécanisme de résistance qui détruit les carbapénèmes et les rend inactifs. Ces résistances antibiotiques se développent rapidement partout dans le monde, notamment en Grèce et aux Pays-Bas. La mortalité peut atteindre 40 ou 50 % aux Etats-Unis et en Israël. Les patients qui développent des infections à ces bactéries risquent de se retrouver dans une impasse thérapeutique.

L'augmentation du nombre de cas se confirme à l'AP-HP depuis 2005. Si de nombreux cas sont déclarés, peu d'épidémies se développent grâce aux mesures mises en place. Plus de 80 % des cas ont été hospitalisés dans un pays étranger. Il est donc essentiel d'appliquer une préconisation émise par le CLIN dès 2008 et reprise l'an dernier par le Ministère de la santé : identifier ces patients, les mettre en isolement dès leur arrivée et les dépister pour rechercher les bactéries. Par ailleurs, l'interrogatoire d'admission doit intégrer la question d'une éventuelle hospitalisation récente à l'étranger.

Des épidémies ont été enregistrées dans deux hôpitaux. Elles ralentissent considérablement le fonctionnement des services, puisqu'elles imposent d'appliquer des mesures draconiennes. Il convient en effet de regrouper les malades dans un secteur dédié avec un personnel affecté afin d'éviter le transfert des cas dans d'autres services et les contacts avec ces derniers. Ainsi, il est important de contrôler la situation dès l'entrée des patients afin d'éviter la paralysie d'un service.

Chaque hôpital doit élaborer un plan de lutte contre les épidémies afin d'être réactif. Les ARS vérifieront l'application de ces plans. Aujourd'hui, 60 % des hôpitaux de l'AP-HP ont envoyé leur plan à l'ARS.

Par ailleurs les entérobactéries BLSE qui sont résistantes aux céphalosporines de troisième génération sont en constante augmentation dans nos hôpitaux. L'épidémie progresse rapidement. En 2010, environ 4 000 patients hospitalisés étaient porteurs d'une entérobactérie BLSE. La progression de cette épidémie fait craindre une progression parallèle des entérobactéries productrices de carbapénèmase. Pour lutter contre les épidémies, il convient de respecter rigoureusement une hygiène des mains par les solutions hydro-alcoolique, de gérer le péril fécal lié

à l'élimination des excréta et de limiter les prescriptions d'antibiotiques, qui exercent une pression de sélection.

Le Président prend note des propos de Mme FOURNIER et se dit conscient des problématiques soulevées par ces bactéries dans le cadre des restructurations. Il convient de mettre en place des politiques de substitution en cas de fermeture d'un centre suite à une infection.

Mme FOURNIER confirme que les plans de lutte contre les épidémies visent à anticiper ces situations.

M. LYON-CAEN a fait l'expérience d'une réorganisation des soins et de ses conséquences financières. Il serait intéressant de connaître les préconisations officielles, sachant que les spécialistes bactériologistes et hygiénistes n'ont pas une approche convergente. Par ailleurs, une épidémie d'entérobactéries entraîne des conséquences en termes d'organisation des soins. Comment dégager des personnels et des financements lorsqu'une structure hospitalière est paralysée par l'arrivée d'un patient, sachant que les conséquences financières seront lourdes ? Il faudra en effet fermer des lits et mobiliser une équipe dédiée. Quels moyens humains et financiers déploieront l'assistance publique et l'ARS pour aider les structures confrontées à de tels problèmes ?

Le Directeur de la Politique Médicale précise qu'il convient de prévoir une adaptation des structures de l'AP-HP à une augmentation des cas importés. Certains services de l'AP-HP sont rompus à la problématique de la colonisation et de l'infection de germes multi-résistants. Ces derniers peuvent exporter leur savoir-faire pour contrôler ces situations. Ainsi, il convient de mettre en place une organisation intra groupe hospitalier. Cette organisation a un coût à deux titres : une part de consommables doit être affectée au service d'une part, l'impact du personnel soignant est très important d'autre part. Par ailleurs, les malades sont isolés et les chambres à deux lits sont transformées en chambres à un lit. La gestion de ces situations est possible dans le cadre d'une politique locale. Il convient par ailleurs de s'interroger sur la vitesse de développement des bactéries, celle-ci n'étant pas nécessairement prédictible. Une réflexion est menée sur l'option consistant à dédier des structures entières à ces cas sur certains sites de l'AP-HP. Toutefois, les malades qui seraient regroupés dans ces unités souffriraient de pathologies différentes et devraient être suivis par des spécialistes d'organes. Cette organisation est difficile à mettre en œuvre.

M. LYON-CAEN demande si les patients doivent être pris en charge dans le service de l'affection dont ils souffrent, ce qui implique que le bactériologue intervienne ponctuellement ? Faut-il au contraire introduire la notion de seuil et regrouper des patients dans des structures spécialisées en demandant aux spécialistes d'organes de s'y rendre ?

Mme FOURNIER rappelle que, malgré les divergences des spécialistes, il existe des recommandations nationales qui ont été émises par plusieurs sociétés savantes. Il lui semble en outre que, à ce jour, les patients ne sont pas assez nombreux au sein de l'AP-HP pour justifier un regroupement. La question du regroupement se posera si le nombre de cas augmente.

Mme DEGOS a fait l'expérience d'une telle épidémie. Elle estime que la principale difficulté consiste alors à mobiliser en permanence du personnel dédié.

III. Règles de financement des postes d'internes : modalités d'accueil des résidents étrangers (prolongation DFMS et AFS) et des stagiaires (article R 61 34-2 du code de santé publique)

Le **Président** signale que l'investiture du personnel médical aura lieu le 1^{er} novembre. Une place sera réservée aux médecins étrangers qui viennent bénéficier d'une formation complémentaire dans le cadre de leur spécialité. Il est donc indispensable de rappeler la réglementation qui encadre l'accueil de ces médecins et de préciser la manière dont l'AP-HP ventilera le financement des postes d'internes DES et de médecine générale, sachant que ces derniers sont en surnombre suite à l'augmentation du *numerus clausus*. Ces postes ne sont plus financés à 100 % par les MERRI. Quelle contribution financière sera demandée aux services comptant des postes d'internes supplémentaires ?

1. Règles budgétaires

M. HUBIN rappelle deux grands principes à retenir concernant les règles de financement régissant les postes d'internes.

- Le niveau d'autorisation de dépenses pour les postes d'internes et de FFI est défini en tenant compte des priorités de formation posées par l'ARS
- Par ailleurs l'AP-HP percevra désormais une recette MERRI qui compensera une partie de ses dépenses. Ainsi, dans l'hypothèse où un pôle qui accueille des internes ne se voit pas redistribuer en recette de quoi couvrir une partie du coût des postes d'internes, ces postes seront financés par les tarifs. Ce principe a toujours été appliqué pour les postes d'internes qui étaient dans le stock historique de postes. Les recettes Migac ne finançaient en effet que les postes issus de l'augmentation du *numerus clausus depuis la rentrée de novembre 2005*. Pour percevoir ces recettes MERRI, les postes doivent être réellement choisis par les internes.

La réforme fixe deux forfaits. La recette MERRI compense la charge d'enseignement mais son niveau dépendra de l'ancienneté des internes. Le principe retenu est que plus un interne est ancien, plus il est productif, moins son coût sera compensé puisque son activité génère des recettes pour le service dans lequel il est affecté. Ainsi seule la moitié de son salaire sera compensée pendant les trois premières années d'internat, le quart pour les deux dernières années.

L'AP-HAP a retenu des règles pour la répartition des recettes MERRI. Les groupes hospitaliers reçoivent l'ensemble des recettes MERRI correspondant aux internes qu'ils rémunèrent réellement. La DPM se contentera de flécher une partie de ces recettes pour garantir les priorités de formation là où par exemple, des services se sont vus imposés des postes d'internes. Le reste des recettes sera distribué aux pôles par les groupes hospitaliers eux-mêmes selon des règles que les hôpitaux décideront en interne.

Enfin et s'agissant des internes en stages inter-région, rappelons que l'AP-HP accueille plus du cinquième des internes font des demandes de stages en dehors de leur subdivision d'origine.. Etant donné que les MERRI ne compensent pas complètement le coût des internes, il était hors de question que l'AP-HP rémunère complètement ces internes sans percevoir les recettes MERRI correspondantes. La DGOS a admis alors deux grands principes : le coût des internes en stage inter-CHU sera compensé à 100 % par les recettes MERRI et c'est le CHU d'origine qui prendra en charge la rémunération.

Le Président rappelle que les CHU ont exprimé des réticences concernant l'envoi de leurs internes à l'AP-HP dès lors qu'ils devaient assumer leur rémunération.

M. BERCHE s'enquiert du financement des postes d'internes de médecine générale et de celui des postes d'internes qui réalisent leurs stages dans des cliniques commerciales. Il demande par ailleurs combien de stagiaires réalisent leurs stages dans ces cliniques.

M. HUBIN explique que les postes d'internes ouverts dans les cliniques privées sont financés par une partie des MERRI. En effet, dès lors qu'un interne choisit un poste dans une structure agréée, c'est cette structure qui perçoit directement les financements – 8 000 ou 16 000 euros – pour des raisons de traçabilité. Dans l'ancien système, l'AP-HP percevait les aides et les redistribuait. On ne recense par ailleurs pour la rentrée de novembre 2011 que 10 internes accueillis dans des structures privées en région IDF, peu de terrains de stage ayant été agréés.

M. CAPRON fait remarquer que le nombre d'internes passera de 11 500 à 27 000 suite à l'augmentation du *numerus clausus*. Lors de la dernière commission de répartition de médecine générale, il a été demandé d'ouvrir ou de rouvrir 180 postes au mois de novembre. Cependant, tous les efforts consentis n'ont permis d'en ouvrir que 134. Ainsi, il manque aujourd'hui 47 postes pour recevoir les internes de médecine générale. Le secteur public sera submergé par les demandes de formation dans les années qui viennent. Un glissement s'effectuera naturellement vers le secteur privé et soulagera le secteur public. Le secteur privé ne demande qu'à accueillir les internes, et il les accueillera. Il s'agit d'une certitude mathématique.

M. BERCHE rappelle qu'il existe un secteur privé non lucratif. Par ailleurs, le *numerus clausus* est stabilisé depuis 2007. Enfin, il fait part de ses réticences quant à la formation d'internes dans des cliniques commerciales.

Le Président affirme que les craintes de M. BERCHE sont partagées. Il croit savoir que l'ARS a incité les commissions de répartition à affecter des internes dans les cliniques commerciales.

Mme DEAL souligne que, s'agissant de la formation des internes, la décision revient aux doyens, qui agréent les services suite à des visites sur site.

M. CAPRON signale que la Générale de Santé organisera une manifestation à destination des internes à Paris, à la fin du mois d'octobre. Elle leur expliquera dans ce cadre qu'elle est disposée à les aider à se former. Le partenaire principal de la Générale de Santé pour cette opération est le syndicat des chefs de clinique.

M. BERCHE craint de voir arriver un jour des demandes de CCA et pourquoi pas de PU-PH dans les cliniques commerciales, au détriment du secteur public.

Mme DEAL rappelle cependant que le statut d'interne est très contraignant pour les hôpitaux privés.

M. LYON-CAEN pense que le débat engagé reflète un problème nécessitant une gestion politique. La Générale de Santé soutient cette politique d'installation dans le secteur privé et a porté plainte contre le secteur public et le secteur privé non lucratif pour concurrence déloyale. Les dérives auxquelles il faut prêter attention sont déjà perceptibles. L'une d'entre elles est la disparition du financement des postes de faisant fonction d'internes (FFI). L'accueil des internes étrangers conférerait un rayonnement international à la médecine française. Certains membres de la CME ont demandé que ces postes ne soient pas transformés en poste de DES. Leur financement semble remis en cause dès lors qu'il revient à la structure d'accueil de trouver des fonds.

Le Président confirme que les postes d'internes supplémentaires arrivant dans les services seront financés sur le budget anciennement réservé à l'accueil de médecins étrangers dans le cadre de la coopération internationale.

M. HUBIN explique que les deux seules sources de financement sont les recettes MERRI pour les internes et les recettes d'activité. Tous les recrutements sur postes d'internes ou de FFI dépendent par ailleurs d'une autorisation de dépenses définie dans le TPER et d'un objectif de résultat consolidé au niveau des pôles. Dans la mesure où le niveau de dépenses doit être limité ou contraint, les dépenses engagées pour le recrutement d'un FFI doivent être conformes au plafond de dépenses du personnel médical d'une part et être couvertes, en termes de résultat, par les recettes du service. Les règles n'ont pas changé.

Le Président considère que la pérennité des postes de FFI est menacée : l'accroissement du nombre d'internes consécutif à l'augmentation du *numerus clausus* risque de restreindre le budget sur lequel les services financiaient la coopération internationale, sachant que le nombre de DFMS diminue et que le ministère du travail s'emploie à compliquer la venue des médecins étrangers. Il aurait voulu entendre que l'augmentation du nombre d'internes n'entraînera pas la baisse du nombre FFI.

M. HUBIN rappelle que, d'un point de vue historique, l'augmentation du nombre de FFI est directement liée à la baisse du nombre d'internes. L'augmentation du *numerus clausus* depuis quelques années se traduit probablement par une réduction des besoins en FFI.

Le Président affirme que le ministère de l'intérieur ferme l'accès des hôpitaux français aux médecins étrangers.

M. GARABEDIAN pense qu'il est essentiel de mettre en œuvre des programmes de fellowship au sein de l'AP-HP. Les Etats-Unis et l'Angleterre attirent d'excellents éléments par le biais de ces programmes. La mesure serait peu onéreuse et intensifierait le rayonnement de la France.

M. CAPRON rappelle que les hôpitaux de Paris peuvent accueillir 35 résidents étrangers chaque année comme FFI en surnombre dans les services. Toutefois, ils ne reçoivent pas 35 demandes. Il convient d'utiliser le système existant avant d'engager de nouvelles démarches. Les étrangers qui souhaitent étudier en France doivent constituer un dossier complet avec l'encadrant du pays d'origine et l'encadrant français.

Mme DEAL confirme que les résidents étrangers des hôpitaux de Paris s'inscrivent dans une perspective de fellowship, qui va au-delà de la logique de l'internat.

M. DASSIER indique que ses collègues s'inquiètent de l'augmentation du nombre d'internes en anesthésie à former. Ils sont en effet soucieux de leur offrir une formation de qualité sur un site précis. Par ailleurs, **M. DASSIER** est perplexe lorsqu'il entend parler du « coût » de l'interne. Les internes réalisent un travail remarquable au sein des hôpitaux. La question de leur rémunération pourrait légitimement être posée. Enfin, il invite à maintenir la qualité de la formation dans les hôpitaux publics pour éviter que les jeunes ne soient attirés par les sirènes du secteur libéral.

M. RYBOJAD n'est pas satisfait par le glissement des internes vers le secteur privé. Par ailleurs, l'éviction des étrangers qui ont fait toute la richesse des collaborations entre les hôpitaux français et étrangers nuit à l'image de l'Assistance Publique. Les calculs futiles qui ont été présentés constituent une véritable régression.

M. CHERON ne voit pas comment valoriser l'activité des plateaux médico-techniques sans constituer des comptes de résultats pour ces mêmes plateaux.

M. RYBOJAD estime qu'il n'est pas imaginable de laisser ce point en suspens. La compétition entre le secteur public et le secteur privé est un élément essentiel.

Le Président a demandé à tous les directeurs de DES de freiner au maximum les autorisations d'ouverture de stages d'internes en dehors de l'AP-HP ou des PSPH.

M. RYBOJAD estime qu'il s'agit d'un problème politique.

Le Président partage cette analyse.

M. VALLEUR confirme que le problème est politique et ne relève pas de l'autorité de cette assemblée.

Le Président pense qu'il convient de continuer d'exercer des pressions sur les coordonnateurs de DES pour limiter la validation de postes en dehors des CHU ou des PSPH.

Mme DEAL considère que la solution consiste à offrir une meilleure formation que dans le secteur privé. Si la fuite peut stimuler les enseignants du secteur public, elle n'est pas entièrement négative.

M. GARABEDIAN souhaiterait que les médecins accompagnent davantage les internes et entretiennent les pratiques de compagnonnage pour éviter la fuite des internes vers le secteur privé.

2. Modalité d'accueil des médecins étranger dans les services

Le Président signale que les éléments présentés ont fait l'objet d'un travail de la commission dirigée par Loïc CAPRON et d'une concertation avec les doyens.

a. FFI

Mme DEAL présentera tout d'abord les catégories de faisant fonction d'internes. Elle explique qu'il est possible de recruter pendant un an des personnes ayant terminé leur internat et souhaitant valider un semestre de DESC, ou des personnes étant en attente de passage de leur diplôme. Ces personnes sont rémunérées comme des internes de dernière année.

b. Praticiens étrangers en formation

Il convient ensuite de distinguer la catégorie des praticiens étrangers en formation. Les praticiens issus de l'Union européenne représentent plus de 200 personnes sur la région Ile-de-France (150 à l'AP-HP). Leur nombre est en augmentation, notamment du fait des problèmes posés par le DFMS et le DFMSA. La commission et les doyens se sont émus en constatant que les Européens, qui ont maintenant le droit de passer l'ECN, venaient se former en France lorsqu'ils ne pouvaient pas s'inscrire dans une spécialité dans leur pays. Ce système instaure un manque d'équité entre les Européens et les Français. Il a été décidé que les étudiants devaient obligatoirement s'inscrire en qualité de stagiaires internat Union Européenne. Les étudiants doivent rencontrer le coordonnateur et assister aux cours comme les étudiants français. Il leur sera demandé d'avoir suivi un enseignement de spécialité d'un an dans leur pays à partir du 1^{er} novembre 2011. Enfin, à compter de novembre 2012, les Européens seront soumis à la règle des stagiaires inter-régions et ne pourront pas accomplir plus de trois semestres en Ile-de-France.

Le Vice-président demande si les postes de FFI post internat peuvent être ouverts à des personnes venant d'autres régions que l'Ile-de-France.

Mme DEAL confirme cette possibilité, sous réserve que la région d'origine ne s'oppose pas à la venue des médecins.

S'agissant des FFI non-européens, le schéma des AFS et des AFSA était tellement simple et lisible qu'il a été perverti. Les ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et de l'intérieur ont estimé que le système ne pouvait être maintenu en l'état dès lors que les AFS et AFSA ne repartaient pas dans leur pays à l'issue de leur formation. Le DFMSA a été mis en place en novembre 2010, date qui correspond à la procédure de centralisation à Strasbourg. Cette dernière a permis de diminuer le nombre de FFI mais a aussi suscité la colère d'un certain nombre d'universitaires qui n'ont plus souhaité envoyer leurs étudiants en France, estimant la sélection nationale infamante. Toutefois, avec le système des AFS et AFSA, certains collègues se plaignaient du non-retour de leurs médecins. Les DFMS sont en cours de cursus. Les DFMSA sont des spécialistes qui ont terminé leurs études, sont recrutés par Strasbourg et remplacent les AFS et AFSA.

Qui pourra conserver sa qualité de FFI au 1^{er} novembre ? Les AFS qui ont commencé leur formation en mai 2010 pourront accomplir un quatrième semestre et finir leur formation en mai 2012. Le praticien qui, en raison d'un congé maladie ou maternité, n'a pu effectuer son stage, pourra également conserver sa qualité de FFI. Les personnes devront avoir obtenu des évaluations satisfaisantes pour les semestres effectués en France et des postes doivent être disponibles. Le praticien inscrit en novembre 2010 pour la dernière fois de manière dérogatoire parce qu'il a passé son diplôme en octobre 2010 dans son pays, et qui a suivi une formation de deux ans d'AFS en France, a pu s'inscrire de manière dérogatoire en AFSA en novembre. Cette personne a le droit de s'inscrire dans une deuxième AFSA, qui devra être cohérente avec la première.

Les DFMS ont tous été recrutés pour une année seulement. Ces candidats n'avaient pas été choisis et ont été recrutés dans un contexte d'interrogation sur les conséquences de l'augmentation du *numerus clausus*. Il existait par ailleurs une volonté de ne pas assécher le flux des étrangers. Un certain nombre de DFMS remplissent des conditions pour effectuer une deuxième année : leur évaluation est favorable, des places sont disponibles, un avenant à la convention doit être signé par l'université d'origine et l'université d'accueil. A partir de novembre 2011, il ne sera plus possible d'effectuer une deuxième DFMSA avant un délai de cinq ans. En revanche, il sera possible d'effectuer un DFMSA à la suite d'un DFMS.

c. Le stagiaire associé

Ce statut était initialement prévu pour donner une existence légale à des stagiaires observateurs. Il est accordé à des titulaires du diplôme de médecine ayant terminé leur spécialisation. La personne effectue un stage pratique et qualifiant dans un établissement public de santé ; elle n'est pas étudiante et ne peut en aucun cas s'inscrire à l'université. Ce statut s'adresse plutôt à des praticiens qui capitalisent quelques années d'exercice dans la spécialité. Un délai d'un an doit être respecté entre la formation diplômante – obtention d'un diplôme DFMS ou DFMSA – et le recrutement en qualité de stagiaire associé. L'AFS et l'AFSA sont des attestations. Cependant, l'AFS était diplômante dans le pays d'origine.

Le ministère stipule que « *dans le cadre d'une coopération internationale, sous réserve qu'il ait terminé sa spécialité dans son pays et puisse obtenir un visa de stagiaire professionnel, un candidat qui viendrait de terminer son AFS/AFSA, pourrait être recruté comme stagiaire associé.* » Le stagiaire professionnel se verra délivrer par l'établissement d'accueil une qualification professionnelle acquise. L'intéressé ne disposera pas d'un visa étudiant mais d'une carte de séjour temporaire nécessaire pour effectuer un stage professionnel. La convention de stage devra avoir recueilli le visa du préfet de police. Les stages durent dix mois et sont renouvelables une fois. Après

la validation par le Préfet, la convention est envoyée dans le pays d'origine et revient en France. Un non-retour du Préfet après un délai de 30 jours est synonyme de non-validation. Ce statut a fait l'objet d'un texte paru le 7 septembre au Journal Officiel. La solution la plus simple consiste à établir un accord avec le Préfet de Paris.

Le stagiaire associé sera recruté dans le cadre d'une coopération internationale. Sa convention individuelle de stage sera plus facile à établir que les conventions hospitalo-universitaires. Réalisée par le directeur de l'hôpital, elle mentionnera les droits et les obligations du FFI. Le maître de stage devra préciser les objectifs dans les annexes. Chaque maître de stage souhaitant recevoir un FFI doit être conscient de cette obligation.

Le Président remercie Mme DEAL et Loïc CAPRON pour leur travail. Il a lui-même réalisé deux demandes de stagiaires associés et un modèle de convention en se calant sur le Journal Officiel. Il enverra ces documents aux membres de la CME. Il pense également qu'une rencontre avec le Préfet serait opportune et a pour sa part saisi un conseiller au ministère de la santé sur ces sujets. L'idée est d'avoir un correspondant fléché pour l'AH-HP s'agissant de la main-d'œuvre étrangère. Il est en effet des spécialités pour lesquelles les postes de stagiaires associées seront très importants.

M. RUSZNIEWSKI demande comment les postes seront financés.

Mme DEAL indique que l'hôpital financera ces postes, de la même manière que les postes de FFI. Par ailleurs, ce statut constitue une petite porte d'entrée pour des fellows de haut niveau.

IV. Point sur l'activité du premier semestre 2011

M. TARIGHT indique que les activités d'hospitalisation complète progressent fortement mais restent inférieures à la cible fixée. La progression porte essentiellement sur les séjours entre 0 et 1 nuit. L'évolution des activités d'hospitalisation partielle est au contraire plus importante que la cible. Les urgences ont grandement participé à cette augmentation d'activités dès lors que les admissions à partir des urgences ont progressé.

Les capacités d'accueil, telles qu'elles sont déclarées dans le système d'information, ont augmenté mais s'agissant de l'hospitalisation adulte (chirurgie ou médecine) de façon moins importante que l'activité. Ces données suggèrent une diminution des durées moyennes des séjours, notamment en médecine. Sur les parties obstétrique et pédiatrique, la diminution des capacités est plus importante que celle de l'activité.

1. Séjours adultes

M. TARIGHT rend compte d'une importante augmentation de l'activité chirurgie, avec 950 venues pour des séjours de 0 à 1 nuit, et autour de 1 100 séjours de plus d'une nuit. Concernant la médecine, il observe également une augmentation importante des séjours de plus d'une nuit. Enfin, s'agissant de l'activité d'hospitalisation de jour, il évoque une diminution des dialyses et une augmentation de la chimiothérapie et de la radiothérapie. La diminution des dialyses est probablement due à la perte de générateurs à l'hôpital Mondor.

2. Séjours pédiatriques

M. TARIGHT signale une diminution du nombre de séjours pédiatriques en chirurgie et en médecine. La baisse de l'activité chirurgie s'explique en partie par les transferts effectués vers

Necker. Toutefois, cette perte profite à la chirurgie ambulatoire. Enfin, l'activité de néo natalité reflète l'activité d'obstétrique. On observe en effet une baisse du nombre d'accouchements et de séjours, qui est relativement générale dans la région. Les chiffres sont disparates selon les hôpitaux et la situation des établissements.

Pour conclure, **M. TARIGHT** insiste sur la progression de l'activité chirurgicale chez les adultes, avec une réserve importante sur les soins ambulatoires. L'activité de médecine adulte a également progressé, avec une disparité selon les spécialités. Il observe en effet une augmentation importante de l'activité de pneumologie, de médecine digestive et d'hématologie.

M. FOURNIER remarque que l'analyse secteur par secteur pose des problèmes dès lors que la situation des groupes hospitaliers n'est pas homogène. Il n'est pas envisageable de raisonner globalement, comme le prouve l'exemple de l'activité obstétrique. Il est en effet important de considérer chaque maternité individuellement, notamment pour établir des prévisions pour la fin de l'année. Par exemple, la vétusté des locaux de Beaujon a failli coûter au site un refus d'agrément par l'ARS. L'activité de Bicêtre accuse une baisse qui n'empêchera pas nécessairement d'atteindre l'objectif. Le site de Bécère a connu une suractivité majeure en 2010 et rattrape en 2011 sa trajectoire d'activité. Les travaux du site de Robert Debré sont en voie d'achèvement et le rattrapage est en cours. Le site de Cochin connaît un véritable problème d'attractivité.

Par ailleurs, la chirurgie continue de mieux se porter à l'AP-HP. Cette évolution se vérifie mois après mois. Certaines spécialités se distinguent néanmoins à l'intérieur de cette catégorie. **M. FOURNIER** cite la chirurgie digestive, l'orthopédie et l'urologie. Les séjours de 0 à 1 nuit enregistrent une augmentation importante et constituent le potentiel de la chirurgie ambulatoire, sachant qu'il existe des réserves en lits. Enfin, l'activité des deux tiers des spécialités médicales suit une évolution plutôt conforme à la cible. Quelques spécialités, dont la cardiologie, se situent en dessous des prévisions. Toutefois, la situation mérite une fois de plus d'être précisée site par site.

M. FAYE pense que les évolutions impliquent une activité anesthésique importante. Ces éléments doivent être mis en avant au moment de la révision des effectifs. Il aurait en outre aimé que la direction des finances précise ce qu'elle entend par « lit fermé ».

M. SAUVAGE indique que sont considérés comme des lits fermés ceux qui sont déclarés par les sites en tant que tels.

Le Président rend compte de deux catégories de lits fermés, la plus importante comportant les lits fermés par défaut de personnel.

M. FOURNIER confirme qu'il est indispensable de faire confiance aux hôpitaux qui communiquent leurs données. La notion de lits fermés correspond pour un chef de service à un spectre entier de situations qui ne peuvent être traduites dans une base de données en temps réel. Il est par exemple impossible de comptabiliser les fermetures de deux jours. Le cadre est fixé par la direction du groupe hospitalier qui distingue en général les travaux et, de temps à autre, les problèmes de personnel au long cours.

M. ABDOUN souhaite exprimer son étonnement et son mécontentement. Il ne comprend pas pourquoi l'intégralité de ces informations n'a pas fait l'objet d'une présentation devant le CTE qui s'est tenu hier.

La Directrice générale rappelle que la durée du CTE était très limitée pour des raisons conjoncturelles. Cette contrainte a imposé à ses membres à se concentrer sur des points précis. Elle

affirme que des présentations d'activités de cette densité peuvent être présentées au CTE sans aucune difficulté. Cette présentation pourra servir de base à une discussion lors d'un prochain CTE.

M. ABDOUN rappelle que les informations communiquées n'étaient pas aussi détaillées qu'aujourd'hui. Une telle présentation aurait pu susciter des réflexions plus à propos. Si le support est mis en ligne sur le site de la CME, il aura plaisir à le diffuser auprès de ses collègues.

V. EPRD 2011 : situation à fin juin

M. SAUVAGE explique que la présentation se déclinera en deux temps : une mise à jour sur l'EPRD 2011 et un état des lieux par rapport à la cible.

L'arrêté de l'ARS du 27 juin a apporté un point de réglementation qui ne correspond pas aux souhaits de l'AP-HP : l'impossibilité d'inscrire en recette le dégel des Migac (35,9 millions d'euros). Le déficit se monte donc à 139 millions d'euros. Cette prévision pourra être modifiée dans un sens plus favorable si les autorités décident de revenir sur le dégel des Migac.

Cette année est difficile pour l'AP-HP suite à une conjonction de phénomènes : la campagne tarifaire, l'évolution de l'échelle de classification (passage de la V11b à la V11c), l'évolution de la liste de dispositifs médicaux implantables et remboursables en sus, la convergence intra-sectorielle qui impacte l'AP-HP à hauteur de 41 millions d'euros et le gel des Migac. Le seul point positif est l'augmentation de la DAF. L'impact total de ces phénomènes est supérieur à 100 millions d'euros.

1. Prévisions

a. Produits

Les prévisions de recettes de titre I d'assurance-maladie sont globalement stables malgré une évolution significative des volumes. Les recettes d'hospitalisation enregistrent une légère hausse suite aux efforts déployés et à la légère hausse des molécules onéreuses. Toutefois, l'évolution de la liste de dispositifs médicaux implantables et remboursables en sus correspond à une augmentation des consommations par rapport aux prévisions. Les Migac seront gelées et la DAF augmentera légèrement. Ainsi, le total de prévision des recettes de titre I d'assurance-maladie se monte à environ 5 milliards d'euros. Il est quasiment stable par rapport à l'année dernière, essentiellement à cause de la convergence et du gel des Migac.

Le Président est étonné de constater que la V11c, qui était censée faciliter la prise en charge des pathologies lourdes et favoriser le secteur public s'investissant dans le recours, n'est financièrement pas favorable à l'AP-HP.

M. SAUVAGE souligne que les produits de l'assurance-maladie constituent un point important. L'augmentation des autres produits d'activités hospitalières est réelle. Enfin, l'augmentation importante des autres produits est amenée par la refacturation aux collectivités territoriales d'infirmières mises à disposition des écoles, collèges et lycées. Ce niveau de recettes est la conséquence des objectifs d'activité de l'AP-HP.

b. Charges

L'augmentation des charges de personnel est liée à ces mises à disposition. L'augmentation des charges médicales hospitalières est essentiellement tirée par la consommation de médicaments et de dispositifs médicaux. Les charges hôtelières sont pratiquement stables grâce à des efforts importants

en matière d'achats. Enfin, l'augmentation des charges de titre IV est tirée par la dynamique d'investissement. Elle a des conséquences sur l'amortissement et sur les charges financières du fait de l'endettement.

La capacité d'autofinancement baisse légèrement par rapport à 2010. Elle aurait subi une légère hausse en l'absence du gel des Migac. Les investissements prévus atteignent 510 millions d'euros, un niveau proche de celui de l'année 2010. L'objectif de levée de fonds est de 300 millions d'euros, légèrement inférieur à celui de l'année dernière.

L'AP-HP s'inscrit dans une dynamique d'investissement forte qui impose d'opérer des choix. Il a été décidé d'accentuer les réorganisations médicales sur le terrain. L'AP-HP devait également investir dans des opérations majeures. Elle a en outre essayé de consentir des efforts sur les opérations de mise en sécurité technique. La direction financière a souhaité être vigilante s'agissant des plans de travaux déconcentrés. L'investissement médical est supérieur à celui de 2010. Enfin, elle a commencé des efforts de décroissance concernant le système d'information.

Ainsi, l'AP-HP essaiera de poursuivre ses efforts sur les opérations déconcentrées, l'organisation médicale, la mise en sécurité technique et le renouvellement des équipements. Enfin, il faudra poursuivre les efforts sur les postes restants pour tenir la trajectoire d'investissement. Les engagements sur les opérations majeures concentrées sont en forte hausse. Le délai entre engagements et dépenses est plus court pour les systèmes d'information que pour d'autres postes de dépenses. La direction a donné davantage d'autorisations d'engagement aux groupes hospitaliers l'an dernier.

2. Réalisation à six mois

a. Produits

L'activité de l'AP-HP accuse un retard s'agissant des séjours d'hospitalisation complète et une avance pour ce qui est des séjours d'hospitalisation partielle. Le recul des hospitalisations à domicile constitue un point de vigilance pour la direction financière, sachant que les autres entités d'Ile-de-France sont relativement dynamiques sur cette activité. Il convient de s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'AP-HP n'est pas en mesure de répondre à une offre de soins sur laquelle ses concurrents sont performants. L'activité d'urgence qui était relativement stable en 2010 a augmenté d'environ 6,5 %.

L'activité de gynécologie obstétrique diminue et accuse un retard par rapport à l'objectif sur certains établissements. Il s'agirait d'une tendance propre à l'Ile-de-France. L'activité médecine progresse mais les objectifs ne sont pas atteints par rapport à 2010. La chirurgie est dynamique avec une activité légèrement supérieure aux prévisions, notamment en chirurgie digestive, orthopédique et urologique. Cette évolution est le résultat des efforts relatifs aux transferts aux urgences. Les activités de chirurgie ambulatoire sont en hausse avec une dynamique qui se poursuit. L'évolution de l'hospitalisation à domicile est la plus inquiétante et fera l'objet d'un travail important dans les prochains mois. Les consultations et activités externes sont conformes aux prévisions.

M. SAUVAGE distingue les molécules onéreuses et les DMI, qui sont des recettes remboursées à l'euro-l'euro. Les recettes d'hospitalisation à mi-année accusent un retard par rapport aux prévisions, celui-ci étant concentré sur la gynécologie obstétrique, sur la médecine et sur l'hospitalisation à domicile. **M. SAUVAGE** espère que ce retard pourra être rattrapé, au prix d'efforts sur les activités de codage et de recodage. Les consultations et activités externes sont légèrement meilleures que les objectifs. Enfin, **M. SAUVAGE** rend compte d'un problème de facturation transitoire pour les recettes de titre II.

M. SAUVAGE évoque un retard important sur les autres produits. Toutefois, celui-ci est principalement dû à la mise en place chaotique du dispositif de remboursement des infirmières mises à disposition auprès des collectivités territoriales. Toutefois, il s'agit d'un sujet neutre en termes de recettes et de dépenses. Des problèmes de facturation seront résorbés d'ici à la fin de l'année. Enfin, les recettes de rétrocessions sont en légère baisse. Cette dernière n'a pas d'importance dès lors que les remboursements se font à l'euro-l'euro.

La direction financière pense que l'objectif de recettes prévu dans l'EPRD initial est atteignable.

b. Charges

La mise en œuvre des projets de réorganisations locales se poursuit. L'AP-HP enregistre cependant un retard important concernant son objectif de réduction des dépenses de permanence des soins. Les dépenses de personnel non médical se distinguent avec une forte hausse des charges de personnel de remplacement, des heures supplémentaires et de l'intérim. Les dépenses de personnel médical sont en retard par rapport à la cible. Néanmoins, ces chiffres ont été générés avant les nominations des personnels hospitaliers entre juillet et septembre et doivent donc être pris avec prudence. S'agissant des autres dépenses, la direction financière éprouve quelques inquiétudes concernant des gestions de stocks excédentaires qui ont été constitués suite à la crainte que le passage sur SAP ne ralentisse la délivrance de médicaments. En outre, les dépenses d'autorisation temporaire d'utilisation ont augmenté mais devraient être compensées d'ici à la fin de l'année. Les dépenses relatives aux molécules onéreuses sont conformes aux prévisions, celles qui concernent les médicaments rétrocedés sont légèrement en deçà. Enfin, la direction financière travaillera avec les groupes hospitaliers sur les dépassements importants en matière de dépenses d'entretien de maintenance pour les champs du matériel médical et des travaux. Toutefois, le passage à SAP n'offre pas un recul suffisant sur la saisonnalité des dépenses et peut donc conduire à sur-réagir face à des engagements pris en première partie de l'année, mais non exécutés avant la fin de l'année. La direction financière travaillera également sur la gestion des stocks excédentaires.

La direction financière pense que les prévisions de dépenses pourront être respectées à condition de poursuivre les efforts engagés depuis le début de l'année. La question est de savoir si le dépassement des dépenses d'entretien et de maintenance peut être résorbé. La direction financière pense que cela est possible. Ainsi, les objectifs de charges de l'EPRD sont maintenus.

M. SAUVAGE évoque à présent les budgets annexes. Il rend compte de projets annexes, notamment de l'ouverture du site de Rothschild, du grand chantier de la gériatrie avec les perspectives de convergence, de la politique de cession immobilière, notamment de la cession de l'hôpital Broussais qui pourrait intervenir plus tard qu'annoncé dans le calendrier initial. Le sujet des écoles est en cours avec les régions. Le budget de l'addictologie est limité et ne soulève pas de questions.

M. ALVAREZ indique que son site engage systématiquement ses dépenses en début d'année et pense que tout le monde procède de la sorte.

M. SAUVAGE explique que l'ancien outil informatique ne lui permettait pas d'avoir une vision sur les stratégies locales. SAP lui permettra de prendre du recul.

M. CAPRON remercie M. SAUVAGE pour cet exposé, qui demande malgré tout de prendre un peu de recul. Le déficit de 124 millions d'euros sur l'EPRD 2011 s'accompagne d'un millier d'emplois supprimés. Ces chiffres sont angoissants car tout le monde sait que l'année 2012 sera encore plus difficile. Pour atteindre un déficit nul, il conviendra de supprimer environ

3 000 emplois supplémentaires. Il lui semble que l'AP-HP se trouve dans une impasse financière et devra consentir des sacrifices. Il aimerait entendre la directrice générale concernant l'avenir.

La Directrice générale remarque que la présentation de Philippe SAUVAGE est conforme aux prévisions budgétaires présentées au printemps. Ces dernières étaient alors présentées en tant que projet dès lors que les ARS n'avaient pas encore donné d'information précise au sujet des Migac. Or le gel des Migac a été confirmé. Le budget présenté au printemps se plaçait dans une hypothèse de dégel. La présentation de Philippe SAUVAGE correspond donc aux éléments développés au printemps, à l'exception des données relatives aux Migac.

Un effort d'efficience important avait été annoncé dès le printemps. Celui-ci visait à maintenir le niveau de déficit de 2010 et reposait sur deux piliers : la croissance de l'activité pour deux tiers et la maîtrise des charges pour un tiers. Les économies de personnel annoncées (équivalant à 1 000 emplois principalement sur le personnel administratif et de catégorie C) ont été réalisées. Le gel des aides à la contractualisation(AC) n'a pas entraîné de modification des plans d'actions de 2011. En effet, **la Directrice générale** avait annoncé au printemps qu'un éventuel gel ne provoquerait qu'un accroissement du déficit, pas une modification des plans d'actions des groupes hospitaliers. La direction générale espère que le dégel aura lieu.

Les données globales sur la consommation des recettes d'assurance-maladie de l'ensemble des hôpitaux ne sont pas favorables à l'AP-HP. Alors que la croissance d'activité de l'Assistance publique est de plus de 2 %, l'institution ne reçoit aucune recette de l'assurance-maladie à cause des effets de prix. Pourtant, les autres hôpitaux ont des recettes en augmentation de 4 % car l'objectif est national. La dynamique des recettes hospitalières publiques de la province compenserait ainsi malheureusement la sagesse des recettes d'assurance-maladie de l'AP-HP. La direction générale est réservée sur un éventuel dégel car les prévisions budgétaires sont faites. L'AP-HP consent de nombreux efforts et tient sa parole.

L'AP-HP a présenté son plan pluriannuel budgétaire 2011-2014 en même temps que son budget 2011 à son autorité de tutelle. Les équipes de la direction générale avaient travaillé avec des ordres de grandeur raisonnables mais la projection reposait sur l'hypothèse d'un dégel des Migac en 2012 et au cours des années suivantes. Dans cette perspective, il était possible d'atteindre un équilibre du compte global en 2012 et du compte principal en 2013. Le gel des Migac et l'annonce de nouvelles mesures d'économies pourraient empêcher cependant l'AP-HP de tenir cette trajectoire.

L'AP-HP constitue actuellement un dossier pour rendre compte de son besoin d'accompagnement par l'autorité de tutelle pour fonctionner normalement. L'AP-HP, qui restructure énormément, devrait toucher les AC, c'est-à-dire les mesures d'accompagnement aux restructurations. L'AP-HP ne peut s'engager sur des projections pluriannuelles que si elle dispose d'une vision pluriannuelle de ses recettes.

La direction générale rappelle régulièrement aux autorités de tutelle qu'elle ne peut pas poursuivre une trajectoire de redressement des comptes avec des recettes d'assurance-maladie nulles. Cette année, l'AP-HP doit atteindre un taux de croissance d'activité de 2,4 % pour obtenir des recettes d'assurance-maladie nulles !

M. SAUVAGE fait remarquer que, jusqu'en 2010, les recettes d'assurance-maladie de l'Assistance publique évoluaient conformément aux dépenses. L'écart se crée à partir de 2011 suite aux mesures évoquées plus tôt.

Le Président est convaincu que la communauté médicale joue son rôle en maintenant et en modernisant l'offre de soins. Il constate pourtant que les pouvoirs publics ne jouent pas le leur et

ajoutent des contraintes. L'AP-HP est le seul établissement français qui cumulera en 2011 la convergence intra-sectorielle et le gel de Migac.

La Directrice générale indique que Marseille se trouve dans la même situation que l'AP-HP, avec des recettes d'assurance-maladie nulles malgré une croissance d'activité. Lyon s'en sort mieux grâce à un travail intense sur le codage, qui permet de valoriser l'activité.

Le Président rappelle que l'établissement de Lyon a restructuré et fermé plusieurs sites.

M. SAUVAGE ajoute que Lyon a subi l'ensemble de la convergence intra-sectorielle d'un seul coup. C'est une situation beaucoup plus difficile évidemment, mais qui a le seul avantage de ne pas « masquer » les efforts ultérieurs de redressement. Or cette convergence coûte chaque année 40 millions d'euros à l'AP-HP.

M. LYON-CAEN répète depuis plusieurs mois ce que la direction générale vient d'expliquer. Il est gêné de recevoir un tel discours de la part de la direction générale et de la direction des finances alors que la CME dénonce depuis des mois et des mois une politique subie en silence. Il souligne un problème de méthode. Certains chiffres et procédés doivent faire l'objet de discussions en amont. Les membres de la CME aimeraient être tenus au courant des évolutions de la situation en temps et en heure, pas six mois après les prises de décision. **M. LYON-CAEN** souhaiterait que les membres de la CME jouissent d'une place plus importante dans la réflexion. Ces derniers répètent d'ailleurs depuis un an qu'une croissance de 2,4 % conduit à des recettes d'assurance-maladie nulles.

Le Président signale que les éléments exposés ce jour sont présentés de façon constante depuis le début de l'année. Chacun peut interpeller les pouvoirs publics comme il l'a fait plusieurs fois en tant que président de la CME pour protester contre la façon inique dont est traitée l'AP-HP en matière de dotation financière. Il milite en outre contre le dégel des Migac.

M. SEBBANE souhaite formuler un commentaire sur la baisse de l'activité d'hospitalisation à domicile, une baisse qui soulève des inquiétudes. S'il convient de privilégier l'Assistance Publique dans le discours, les équipes sont contraintes de privilégier d'autres solutions dans la réalité. Elles se heurtent en effet à des refus itératifs de prises en charge de personnes âgées et font appel à des organisations telles que Santé Service qui font preuve de réactivité. Par ailleurs, il convient de retenir que l'AP-HP doit compter avec une épée de Damoclès au-dessus de sa tête concernant l'hospitalisation de longue durée. Il s'agit là d'une remise en cause majeure, avec une modification de règles qui impactera l'activité, les recettes et les modalités de prise en charge. La CME doit être à l'origine d'une réflexion très en amont.

La Directrice générale rappelle que l'hospitalisation à domicile fait partie des projets prioritaires de l'AP-HP. Cette année, les résultats ont été décevants pour trois raisons principales : l'offre d'hospitalisation à domicile ne répond pas assez aux besoins des professionnels des hôpitaux, l'AP-HP n'est pas aussi largement implantée que Santé Service sur le territoire et l'hospitalisation à domicile a souffert de l'absence d'un directeur. Ces éléments peuvent être retravaillés. Enfin, **la Directrice générale** partage l'avis de M. SEBBANE concernant l'hospitalisation longue durée. Ce point est inclus dans une réflexion globale actuelle sur la gériatrie.

M. SINGLAS précise que le document correspondant à la présentation comportait un avertissement qui n'a pas été repris en séance. Il souhaiterait relever en particulier les phrases suivantes du document « Etat infra-annuel sur la situation budgétaire à fin juin 2011 » :

- « *Le déploiement progressif du nouveau système d'information de gestion au sein de l'AP-HP rend le suivi de l'exécution budgétaire particulièrement complexe.* »

- *« Le déploiement intégral pose de réelles difficultés pour arrêter le niveau des cibles infra annuelles ainsi que pour déterminer de façon fiable le niveau de réalisation pour certains hôpitaux ».*
- *« Du fait d'un outil informatique en phase d'ajustement et en cours d'appropriation par les équipes, certaines données comptables doivent être fiabilisées et ont dû faire l'objet d'ajustements forfaitaires ».*
- *« Les données comptables relatives aux sorties de stocks ne sont cependant pas encore suffisamment fiables pour être pleinement exploitées ».*

Le déploiement de SAP a commencé en 2009 dans trois sites pilotes. Aucun des ajustements qui avaient été demandés dans le cadre de la deuxième vague de déploiement n'a été effectué. **M. SINGLAS** évoque l'absence des requêtes et estime que ce système d'information rend les équipes sourdes, muettes et aveugles. Les pharmaciens avaient lancé l'alerte dès la première vague de déploiement.

S'il concède que quelques stocks supplémentaires ont été effectués en début d'année pour les médicaments qui suscitaient des craintes, **M. SINGLAS** affirme que les excédents ont été largement résorbés. La mauvaise progression des produits de médicaments facturés en sus des GHS est due en partie à une diminution de l'activité d'hospitalisation complète. Les effets de la réintégration dans les GHS de certaines molécules onéreuses sont négligeables. En effet, seuls huit médicaments anti-cancéreux et des défibrillateurs ont été réintégrés. Par ailleurs, il est heureux que les rétrocessions soient de moins en moins importantes. Enfin, il convient de s'inquiéter des dépenses de médicaments supérieures aux prévisions. Il faut en effet s'inquiéter de l'arrivée de nouveaux médicaments, notamment d'un produit qui permet de lutter contre le mélanome malin. Celui-ci augmente la médiane de survie des patients de 1 à 2 mois pour un coût annuel de 600 000 euros par patient.

M. SAUVAGE rend compte de phénomènes saisonniers, avec par exemple une moindre activité en été et un engorgement des services pédiatriques à la fin de l'année. Il convient d'inclure cette saisonnalité dans les dépenses chaque année. Cette année, la saisonnalité a été reconstruite dans SAP en fonction des données des années précédentes. Toutefois, la direction financière a réalisé des décalages dès lors que le logiciel SAP présente quelques différences avec les autres outils. La saisonnalité est un exercice qui s'améliore chaque année. **M. SAUVAGE** est raisonnablement confiant sur la saisonnalité telle qu'elle apparaît dans les tableaux. Par ailleurs, SAP n'a pas encore été déployé dans certaines pharmacies

M. SAUVAGE est parfaitement conscient que les pharmacies peuvent manquer de visibilité sur la gestion et la consommation des stocks de médicaments pendant la période transitoire. C'est la raison pour laquelle la direction financière a mis à disposition un outil qui rend compte des livraisons de l'ensemble des médicaments, budget par budget. Certains sites ont commencé à réaliser des analyses. Cet outil avait été présenté lors d'une précédente CME.

M. SINGLAS précise que les analyses permises par cet outil sont basées sur les livraisons et non sur les sorties. Les équipes ont besoin des requêtes dans l'outil SAP. Les requêtes qui ont été mises à disposition des équipes ne sont accessibles que le matin avant 8 heures et le soir après 20 heures. Il est impossible aux PUI de préciser les sorties de médicaments par service et d'effectuer des comparaisons avec les exercices précédents.

Le Président note que le bureau de la CME peut réfléchir à la manière dont celle-ci peut intervenir en dehors des rencontres régulières du président et du vice président avec le cabinet du ministre

pour infléchir la politique du gouvernement. La Directrice générale rencontre également les pouvoirs publics de son côté.

M. FAYE pense qu'en période préélectorale, il n'est pas inutile de brandir la menace de l'exaspération de la communauté médicale.

Le Président rend compte d'une rencontre entre le Ministre, son directeur de cabinet et son conseiller, la directrice générale, le président de la CME, Yves Aigrain et sept ou huit représentants des spécialités collégiales à l'AP-HP. Les représentants ont alors clairement exprimé leur insatisfaction au nom de la CME. **Le Président** est d'accord pour discuter d'autres modalités d'expression et pour rencontrer de nouveau le cabinet ministériel.

M. CAPRON demande comment ont été choisis les représentants de l'AP-HP.

Le Président indique que ces personnes représentaient des spécialités médicales. Il ne voit aucun inconvénient à rencontrer de nouveau le cabinet du ministre avec le bureau de la CME et affirme en outre que son discours est univoque : il consiste à montrer que la communauté médicale s'est employée à moderniser l'offre de soins et à dénoncer un financement inéquitable et inique.

M. CAPRON revient sur le problème de méthode soulevé par M. LYON-CAEN. Pourquoi cette assemblée est-elle constamment court-circuitée alors que ses membres ont des compétences ? Le plus choquant est de constater que ceux qui s'expriment sont des collègues bien choisis de l'Assistance Publique alors que les membres de la CME, eux, sont élus. Il souhaite que les représentants de la CME soient conviés à ces rencontres d'importance vitale, avec leur légitimité d'élus.

Le Président a essayé d'élargir la représentativité du corps médical dans le cadre de la rencontre évoquée. Il est prêt à retourner voir le Ministre avec une représentation plus élargie.

M. RYBOJAD remarque que des sujets d'importance tels que la jeunesse et l'image de marque de l'AP-HP ne recueillent pas l'attention qu'ils méritent. Il semble que l'AP-HP soit parvenue à un point de non-retour sur ces sujets, sachant que le problème est éminemment politique. En période préélectorale, les seuls moyens de lutter sont des moyens politiques. Par ailleurs, il faut savoir si les propos des représentants seront suivis par les représentés.

M. GARABEDIAN estime que ces réunions sont très politiques et qu'il convient de changer de méthode. Au problème de démocratie de la CME s'ajoute celui du manque politique. Le cabinet doit donner des indications claires pour que l'AP-HP puisse adapter sa stratégie médicale. La nouvelle CME doit savoir dans quelle direction elle avance, être capable de solliciter des informations précises.

M. FAYE estime indispensable d'affecter un budget aux opérations de restructuration. Il salue par conséquent la présence des lignes budgétaires dans la présentation de M. SAUVAGE. Par ailleurs, la Directrice générale délèguera bientôt des compétences aux responsables de pôle. L'ensemble de la communauté médicale est sensible au renouvellement des équipements. Il forme le vœu que la direction générale permette aux chefs de pôle de bâtir un plan pluriannuel de renouvellement de ces équipements.

VI. Information sur le rapport d'activité 2010

Le Président rappelle que les membres de la CME ont été destinataires du rapport d'activité, dont le contenu, qui a été largement discuté, est parfaitement connu.

VII. Dépenses de permanence des soins : état des lieux et propositions à la CME

Mme BLUM-BOISGARD s'est vue confier en décembre dernier la mission d'analyser les dépenses de permanence des soins avec Pascal MAURY. Ce travail a été présenté à la COPS en juin dernier. Il a fait l'objet d'un rapport qui est accessible sur le site de la CME. L'objectif était d'analyser la pertinence et la modalité des dépenses et de formuler des propositions dans le cadre du plan d'économies programmé depuis fin 2008. Il s'agissait par conséquent d'analyser la faisabilité du plan. Parmi les éléments de contexte ayant amené à cette démarche figuraient les changements des modalités de financement de la PDSSES. Depuis deux ans, seule la PDSSES est financée par des Migac régionaux. La continuité médicale des soins est quant à elle financée à partir de la DEDESA.

1. Plan d'économies

M. MAURY rappelle l'évolution des notifications de la permanence des soins. Entre 2009 et 2011, le budget notifié est passé de 80,6 à 77,7 millions d'euros. Les dépenses constatées entre 2009 et 2011 accusent une diminution réelle, qui se situe toutefois en deçà des engagements pris lors de la notification des budgets. **M. MAURY** a analysé l'évolution des dépenses sur les grandes lignes de la permanence des soins entre 2009 et 2010. Les dépenses liées aux indemnités de gardes prises par des praticiens hospitaliers diminuent d'1,4 million d'euros. Cette somme correspond à la suppression des gardes. Cependant, des hausses de dépenses sont observables sur d'autres lignes, notamment celles des astreintes transformées en gardes ou des gardes d'internes. Ainsi, les suppressions nettes de gardes génèrent des coûts et l'économie globale n'est pas à la hauteur de la ligne dédiée aux gardes.

Mme BLUM-BOISGARD indique que la démarche a consisté à analyser avec chaque groupe hospitalier le coût de la permanence des soins. Il s'est agi, dans un premier temps, de médicaliser les informations relatives aux dépenses. Toutes les UG d'affectation des dépenses ont donc été recodées afin d'obtenir une nomenclature homogène. **Mme BLUM-BOISGARD** et **M. MAURY** ont ensuite rencontré les directeurs des groupes hospitaliers, leurs présidents de CCM et les présidents de COPS. Quelques-uns des problèmes identifiés concernent l'ensemble des groupes hospitaliers, d'autres sont spécifiques à certains sites. **Mme BLUM-BOISGARD** présentera aujourd'hui les problématiques transversales.

M. MAURY a identifié le poids des dépenses dites réglementaires dans l'ensemble des dépenses liées la permanence des soins. Cette part représente 35 millions euros dans l'organisation des soins actuelle. Le nombre de gardes mutualisées est par ailleurs déjà relativement important et représente un montant de 2,4 millions d'euros par an. Le poids de l'ensemble de ces dépenses représente environ 38 millions d'euros sur un montant de 75 millions d'euros, hors plages additionnelles. Ainsi, la moitié des dépenses sont justifiées sur le plan réglementaire, ce qui réduit le champ de la réflexion. **M. MAURY** a également observé dans les groupes hospitaliers de grandes difficultés dans l'évaluation des besoins en matière de continuité de service et dans la définition des règles de rémunération au cours de ces continuités de service. Certains sites n'ouvrent pas autant de continuités de service que ce que réclament les COPS, faute de financement. Enfin, les règles de rémunération sont relativement variables. La COPS centrale souhaite définir un certain nombre de principes. Le coût évalué de la continuité de service telle qu'elle a été appréhendée au travers des déclaratifs se situe à 4,5 millions d'euros.

Mme BLUM-BOISGARD souhaite insister sur le fait que la permanence des soins est une obligation. Il est essentiel de travailler sur ce dispositif, qui est garant de la sécurité des soins.

M. MAURY explique que le recours aux plages additionnelles est très hétérogène selon les groupes hospitaliers et les services. Ce recours est parfois justifié par des vacances de postes ou par une mauvaise définition des continuités de service le samedi. Parfois, les groupes hospitaliers sont embarrassés pour justifier le recours aux plages additionnelles.

Mme BLUM-BOISGARD souligne le problème des dépenses importantes liées aux gardes d'étudiants. Ces dernières, qui dépendent du *numerus clausus*, sont très hétérogènes dans les sites et les spécialités. Une réflexion semble nécessaire sur la formation des étudiants et sur les besoins en termes de fonctionnement hospitalier.

S'agissant de l'urologie, les dépenses sont importantes et disparates selon les groupes hospitaliers. L'activité de garde d'urologie recouvre l'urologie générale, les prélèvements et les transplantations. Il faut aller vers une mutualisation de la garde d'urologie générale. Pour ce qui est de la néphrologie, les dépenses sont également importantes et hétérogènes selon les sites. En gériatrie et soins de longue durée, les dépenses sont importantes et disparates. Toutefois, ces spécialités demandent plutôt un dispositif de continuité de service que de permanence des soins. La continuité de service permet de fluidifier des filières. S'agissant de la chirurgie, le rapport Champault rend compte de restructurations en cours qui n'ont pas encore donné les résultats escomptés. La garde mutualisée est de moins en moins utilisée pour les activités d'endoscopie digestive, faute de répondre aux besoins des gastro-entérologues. En effet, cette garde assure principalement des endoscopies diagnostiques. Le dispositif doit donc être revu. Enfin, certains sites ont mis en place leur propre dispositif pour ce qui est des hémorragies de la délivrance. Les propositions formulées pour chaque groupe hospitalier figurent dans le rapport. Ces recommandations ont fait l'objet d'une lettre aux directeurs de GH par le président de la CME, le directeur de la DPM et le président de la COPS. Un suivi sera instauré.

Pour conclure, **Mme BLUM-BOISGARD** rappelle qu'une base médicalisée permet désormais de discuter avec les groupes hospitaliers. De manière générale, les marges de manœuvre sont limitées mais existantes. Enfin, les astreintes transformées en gardes semblent faire l'objet de quelques abus. La COPS a été saisie sur les sujets transversaux. La question des continuités de service et des plages additionnelles doit être prise en charge rapidement.

Le Président remercie les intervenants de cette présentation analytique et rappelle que ce travail avait pour objectif d'aider la COPS. Il remercie également Gérard CHERON. Les recommandations formulées sont importantes mais les décisions ne pourront être prises que par la COPS et par la CME.

M. CHERON s'associe aux remerciements formulés par le président et constate que la directrice générale, le directeur de la politique médicale et le directeur des finances ont été appelés par d'autres occupations. Il souhaite souligner que plus de la moitié des dépenses de permanence des soins relèvent de dépenses obligatoires et que la réflexion ne peut porter que sur 37 millions d'euros. 1,3 million d'euros peuvent déjà en être retirés du total pour les étudiants, sachant que ces derniers devraient dépendre de l'Education nationale et ne participent pas à la production de soins. Enfin, **M. CHERON** souligne l'importance de définir des règles concernant la continuité des soins le week-end. Cette étape est incontournable pour obtenir une moralisation des activités mises sur le compte de la permanence des soins. Tout travail mérite salaire et, dans les sites où la continuité des soins n'est pas planifiée, les personnes se rémunèrent sur la permanence des soins. Ainsi, il convient de chiffrer le coût de la continuité de service et de savoir investir. Enfin, des rapporteurs ont présenté à la COPS un état des lieux dans certaines spécialités. Les progrès ne seront pas possibles sans restructuration. Les pistes d'amélioration sont néanmoins peu nombreuses. Elles imposent d'effectuer un tri entre continuité des soins et permanence des soins, d'aller plus avant dans les réorganisations et dans les réunions d'activités et de services. Ce travail ne sera pas réalisé

avant la fin de cette mandature. Enfin, il est indispensable que la CME et les directions du siège prennent leurs responsabilités concernant les déviations identifiées.

Le Président estime que le discours de Gérard CHERON est important pour l'ARS. Il faut montrer à la Directrice générale, à la direction des finances et à l'ARS que le budget est essentiel et n'a pas vocation à compléter des salaires de professeurs. Ainsi, les conclusions de Gérard CHERON étayées par le rapport présenté sont d'une importance considérable pour toute l'institution.

M. RUSZNIEWSKI s'interroge sur la méthode consistant à diviser le budget en deux avec les dépenses réglementaires d'une part et les autres dépenses d'autre part. En effet, les restructurations pourraient modifier ces données initiales.

Le Président considère que la comptabilité analytique est fondamentale.

M. VALLEUR remarque que les économies escomptées ne seront pas atteignables sans restructurations importantes, c'est-à-dire sans fermetures de services. Les mutualisations de gardes ont compliqué la tâche des personnels et l'ambiance dans certains groupes hospitaliers. Les mutualisations sont appréhendées par certains comme une contrainte réglementaire, pour d'autres comme une corvée obligatoire. La garde mutualisée d'endoscopie nécessite la présence de personnels soignants et de matériels de stérilisation 24 heures sur 24. Or ces éléments sont difficiles à organiser. La diffusion du matériel sur plusieurs centres ne constituera pas une source d'économies. Enfin, **M. VALLEUR** est interpellé par les événements survenus cet été à Lariboisière, où il manquait des anesthésistes pour prendre des gardes. En dépit des demandes adressées au site conjoint, il n'a pas été possible d'obtenir un transfert de personnels. La direction a donc proposé d'avoir recours aux services de « mercenaires » venus des pays de l'Est ou de Grande-Bretagne. Certains ont gagné en un mois le double d'un personnel hospitalier normal. Ces faits ont dégradé l'ambiance dans les services où ces personnes ne pouvaient prendre en charge une urgence grave, ne se considérant pas comme suffisamment compétents.

Le Président condamne le recours à de telles pratiques et encourage les collaborations entre les hôpitaux de l'AP-HP. Le directeur de la politique médicale sera destinataire du procès-verbal et pourra donc prendre connaissance de ces faits. Il est pour sa part outré d'apprendre ces pratiques, dont il ignorait l'existence.

M. DASSIER insiste sur le fait que la garde et l'astreinte ne sont pas des compléments de salaires. Il remarque par ailleurs qu'il n'est pas rare que des praticiens hospitaliers temps plein demandent un temps partiel, pour pouvoir effectuer un mercenariat rentable financièrement. Surtout, il faut comprendre que la nouvelle dissociation par l'ARS entre la permanence des soins (PDS) et la continuité des soins (CDS), va bouleverser l'organisation hospitalière, d'autant que l'enveloppe PDS ne concernera plus que les patients hospitalisés et traités en urgence la nuit. Les gardes de réanimations médicales ou chirurgicales pour la surveillance nocturne des patients déjà hospitalisés correspondent à de la continuité des soins. Les patients programmés opérés la nuit ou repris la nuit correspondent à une activité de continuité des soins. Ces activités ne seront plus rémunérées par l'enveloppe PDS mais par la cotation usuelle de l'activité chirurgicale !

Le Président indique que l'hôpital perçoit le coût du séjour et le ventilé. Il ignorait que des mercenaires étaient recrutés pour assurer des gardes dans la spécialité anesthésie réanimation. Il demande à la Secrétaire générale d'effectuer un recensement des contractuels engagés par les hôpitaux en plus des effectifs intérimaires, site par site et spécialité par spécialité. Les spécialités seront saisies et devront présenter des plans pour lutter contre ces dérives catastrophiques.

M. FAYE remarque que si les gardes ont un coût, elles rapportent aussi de l'argent. Il conviendra d'avoir une vision claire sur ces éléments. Enfin, pendant combien de temps encore les équipes ne disposeront-elles pas d'une salle d'opération 24 heures sur 24 ? Pendant combien de temps cette organisation des soins sera-t-elle encore acceptée ?

Le Président assure qu'il revient à chaque site de s'organiser.

VIII. Présentation des résultats de l'enquête sur les revues de morbidité mortalité

M. LIENHART rappelle que l'objectif fixé par la CME en 2006 était d'obtenir 100 % de revues de morbidité mortalité (RMM) dans les services considérés à risque par les assureurs, à savoir la chirurgie, la gynécologie obstétrique, l'anesthésie réanimation et la réanimation médicale.

Un état des lieux de la situation avait été dressé en 2009, lorsque la HAS avait fait de ces RMM une obligation. La CME avait alors décidé d'adresser un courrier de rappel aux retardataires et d'étendre la cible à d'autres services autour de la cancérologie et des urgences. L'enquête présentée ce jour concerne la cible définie en 2009.

63 % des 241 structures (services ou UF) ciblées pratiquent des RMM. Certaines n'ont pas répondu à l'enquête, d'autres ont indiqué qu'elles ne pratiquaient pas de RMM. Trois critères HAS ont été retenus : l'organisation (57 %), la réalisation d'un bilan annuel d'activité (43 %), la mention dans ces bilans des évaluations des actions (38 %).

La CME avait formulé des recommandations de formation des personnels. Les actions de l'AP-HP ont été réalisées par 30 % des répondants, sachant que la moitié de ces derniers ignore si ces actions ont eu lieu dans le cadre du contrat de pôle. Une structure sur deux a assisté à une formation.

60 % des services de gynécologie obstétrique réalisent des RMM. Ce taux est de 64 % pour les services de chirurgie, de 69 % pour les services de réanimation et de 83 % pour les services d'anesthésie et de réanimation. Ces données doivent néanmoins être nuancées compte tenu du nombre de services recensés pour chaque spécialité. Les services doivent être contactés, notamment par les collégiales. La cancérologie-radiologie-oncologie affiche des résultats similaires à ceux de la chirurgie. Enfin, seuls 18 % des services d'hématologie pratiquent des RMM tandis que 56 % des services d'urgences en réalisent.

Des éléments qualitatifs sont par ailleurs perfectibles dans les services qui effectuent des RMM. Malgré un taux de réponse inférieur à celui de 2009, la situation s'est considérablement améliorée. La participation à l'enquête a été satisfaisante grâce à des relances régulières. Tandis que 55 % des services à risque pratiquaient des RMM en 2009, 67 % en pratiquent aujourd'hui. En prenant en considération les autres services ciblés, ce taux atteint 63 %. L'amélioration est également qualitative dès lors que les indicateurs choisis en termes d'organisation et de bilan ont été multipliés par deux. Une action spécifique doit sans doute être menée à destination des services d'hématologie. Enfin, l'institution s'est peu manifestée et les contrats de pôle n'ont pas inclus de RMM en dépit des recommandations formulées par la CME en 2009.

La commission propose de diffuser les résultats de l'enquête sur l'intranet et sur internet, avec une mise en exergue des groupes hospitaliers qui ne font pas de RMM. Elle suggère également de solliciter les collégiales afin que le message soit porté de l'intérieur. Il convient en outre d'établir un suivi quantitatif six mois après l'envoi des résultats. La commission recommande une meilleure diffusion des modes d'emploi qui existent déjà et la mise en place des formations. Il faut également

indiquer aux collégiales les cas susceptibles de faire l'objet d'une évaluation. Enfin, la commission préconise d'inclure la réalisation des RMM dans les contrats de pôle et d'exprimer ainsi l'intérêt de l'institution.

Le Président évoque un problème de traçabilité des RMM et de modalité de déclaration.

M. LIENHART affirme que certains chefs de services reconnus à risque refusent de pratiquer des RMM. Ces esprits forts, convaincus de leurs grandes compétences, estiment qu'ils n'ont pas besoin de réaliser des RMM. Ceux qui en font doivent quant à eux respecter le mode d'emploi évoqué plus tôt compte tenu des attentes de la HAS.

IX. Approbation du compte-rendu de la séance du 7 juin 2011

Le procès-verbal du 7 juin 2011 est approuvé à l'unanimité.

X. Questions diverses

1. Echanges plasmatiques pour des patients drépanocytaires et site d'hémo-biothérapie de la Pitié Salpêtrière

M. DASSIER rend compte de 1 300 séances d'échange sur ce site, dont 157 pour des sujets drépanocytaires. Il semblerait que le service de la Pitié Salpêtrière n'accueille plus ces patients.

M. DASSIER s'enquiert par conséquent de l'existence d'une stratégie de prise en charge des patients drépanocytaires au sein de l'AP-HP et plus particulièrement à la Pitié Salpêtrière.

Le Président indique que la question doit être posée à chaque centre.

M. DASSIER rappelle que ces prises en charge nécessitent du personnel. Que devient le personnel hospitalier (praticien hospitalier) face à ces restructurations d'activités ?

2. Anesthésie

M. GAILLARD souhaite connaître le pourcentage de chefs de clinique terminant leur clinicat en octobre dans la spécialité anesthésie qui pensent rester dans l'Assistance Publique.

Le Président interrogera les chefs de service à ce sujet, recensera les cas et enverra une réponse écrite.

La séance est levée à 13 heures 15.

*

*

*

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

Mardi 11 octobre 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 septembre 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.