

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 11 OCTOBRE 2011**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 DECEMBRE 2011**

SOMMAIRE

I. Information du président de la CME	5
II. Présentation de la fédération du polyhandicap	9
III. Rapport d'étape annuel 2010 du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux implantables de l'AP-HP	11
IV. La politique de l'emploi à l'AP-HP	13
V. Information sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2012	18
VI. Avis sur la désignation de représentants médicaux à la commission centrale de l'activité libérale	20
VII. Avis sur la désignation de représentants médicaux aux commissions locales de l'activité libérale	20
VIII. Avis sur des contrats d'activité libérale	20
IX. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2012	21
X. Approbation du compte rendu de la séance du mardi 5 juillet 2011	22
XI. Questions diverses	22

ORDRE DU JOUR

==--==--==--==--==

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Présentation de la fédération polyhandicap (*Pr Billette de Villemeur*)
- 3- Rapport d'étape annuel 2010 du contrat du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux implantables de l'AP-HP (*Dr Montagnier-Petrissans*)
- 4- La politique de l'emploi à l'AP-HP (*M. Poimboeuf*)
- 5- Information sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2012 (*M. Hubin - Pr. Coriat*)
- 6- Avis sur la désignation de représentants médicaux à la Commission Centrale de l'Activité Libérale (*M. Hubin*)
- 7- Avis sur la désignation de représentants médicaux aux Commissions Locales de l'Activité Libérale (*M. Hubin*)
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 9- Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2012 (*M. Hubin*)
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 5 Juillet 2011
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

Avis sur des demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers
Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
Avis sur 4 premières demandes et 2 demandes de renouvellement de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

Composition A

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

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central.

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

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

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

- Mme FAUGERE, directrice générale,
- Mme RICOMES, Secrétaire générale,
- Mme BEDIER, directrice des affaires juridiques,
- M. FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
- M. POIMBOEUF, directeur des Ressources humaines,
- 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 :***

Mme le Pr AIACH, Mme le Dr DESOUCHES, Mr le Pr FLEJOU, Mme le Dr LE HEUZEY, Mme le Dr MAUGOURD.

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

En préalable, le **Président** invite la CME à observer un instant de recueillement en mémoire de Françoise DARE, récemment décédée.

M. SEBBANE rappelle que Françoise DARE était une grande gériatre, qui a beaucoup œuvré pour le développement de l'hôpital et de sa spécialité. Au-delà de ses fonctions de présidente de CCM, elle a pris à cœur la défense des malades âgés à l'hôpital. Trois actions ont particulièrement marqué le développement de la gériatrie. Elle a lutté et obtenu la fin de la discrimination envers les patients âgés pris en long séjour et en cure médicale. Elle a également œuvré contre l'institution pour obtenir le droit de développer des consultations externes au niveau de l'hôpital. Enfin, elle a lutté contre une gestion inhumaine de l'institution, à savoir le placement au regard des places libres des patients devant aller en long séjour. Eminente gériatre, Françoise DARE était une grande professionnelle. La gériatrie est désormais orpheline de cette collègue et grande amie.

I. Information du Président de la CME

Le Président rappelle que la CME a pour rôle essentiel de définir et réaliser le projet médical de l'AP-HP. Dans ce cadre, elle doit porter toute son attention aux emplois soignants et promouvoir une vision à long terme de l'institution. L'objectif est que l'AP-HP en 2020 soit adaptée aux progrès de la médecine, à l'évolution des métiers soignants et à la demande de soins. Sa modernisation passe par l'obtention d'un financement plus équitable de ses activités. A cet égard, le Président de la CME et la Directrice générale continuent à lutter pour obtenir le dégel des MIGAC et des investissements dans le cadre du plan hôpital 2012. Concernant les emplois soignants, la problématique réside autant dans les difficultés de recrutement des infirmières que dans la gestion des emplois. Concernant les effectifs des postes de PH, les demandes des communautés médicales seront analysées en fonction de leur pertinence médicale et toute politique de quota de retrait de postes sera refusée.

A l'intention de la Directrice générale, le Président insiste sur la nécessité de mener à bien les restructurations, notamment supra-groupes hospitaliers (pédiatrie spécialisée, cardiologie lourde, neurosciences, cancérologie et gériatrie). Elles font partie intégrante du plan stratégique approuvé par la CME. Sur chacune de ces thématiques, une réflexion en profondeur a été engagée et la CME a été informée. L'instruction des projets est conduite par la DPM avec plusieurs membres de la CME et implique les spécialités concernées. Cette réflexion doit être menée à bien dans la transparence. Le temps qui lui est accordé s'explique par la prise en compte d'un double maillage horizontal et vertical et la nécessité d'une large concertation. A la fin de la période d'instruction, les différents scénarios retenus seront présentés à la CME qui prendra des décisions. Lorsque les choix stratégiques seront finalisés, les restructurations décidées devront impérativement être menées à bien dans une démarche volontariste. Les contraintes de l'EPRD 2011 ne pourront en aucun cas être un obstacle. Le Président en fait la demande formelle à la Directrice générale.

La Directrice générale encourage le travail de la CME sur les restructurations supra-groupes hospitaliers, particulièrement difficiles à mener à bien. Un temps d'instruction sérieux s'avère nécessaire pour envisager le sujet de manière consolidée au niveau de l'AP-HP et de ses territoires. La méthode employée repose sur la transparence vis-à-vis de la communauté médicale, ce qui risque de soulever des inquiétudes prématurées. Il n'existe cependant pas d'autre façon de procéder. La Directrice générale affirme sa volonté d'accompagner ces sujets avec les femmes et les hommes

de l'AP-HP et les investissements afférents. Elle s'engage à soutenir le rythme des restructurations. Elle précise que le plan pluriannuel d'investissement prévoit le financement des plans de restructuration sans pour autant pouvoir financer tous les projets lourds. Il conviendra donc de discuter au cas par cas de l'accompagnement raisonnable sur les restructurations décidées.

La Directrice générale s'excuse par ailleurs de devoir quitter la CME avant la fin de la réunion. Elle doit en effet rencontrer le Ministre pour défendre les intérêts de l'AP-HP et affirmer le besoin de règles du jeu stables. En 2011, ce n'est pas le cas puisqu'un gel des MIGAC a été décidé tardivement au printemps. Toutefois, les arguments existent en faveur d'un dégel dans la mesure où il s'agissait d'une décision prudentielle et où les résultats d'activité de l'AP-HP plaident dans ce sens. La région Île-de-France doit s'envisager différemment des autres régions : l'activité en province est plus dynamique qu'en Île-de-France. Actuellement, une politique de gel fondée sur des règles de trois, alors que les résultats par régions sont très disparates, n'est ni équitable ni stratégique. En tant que grand CHU, l'AP-HP doit faire entendre sa voix pour ne pas disparaître dans une vision globale. En conclusion, la Directrice générale souligne que chacun agit à son niveau pour permettre à l'AP-HP la réalisation du plan stratégique et réaffirme son soutien au Président de la CME.

Le Président remercie la Directrice générale. Il craint que l'immédiateté de l'EPRD 2011 ne freine les restructurations et prend note de l'engagement de la Directrice générale à les mener à bien.

Le Directeur de la Politique médicale, M. FOURNIER, présente ensuite l'avancement des restructurations les plus importantes. Quatre bâtiments vont ouvrir dans un délai de douze à dix-huit mois : Laennec, Buca, Corentin Celton 2 et PR1. Pour chacun d'entre eux, une opération de restructuration importante, encore inachevée, est en cours. Il reste deux mois pour finaliser le projet médical de chaque bâtiment et construire l'organisation de soins favorisant une activité plus moderne et un retour sur investissement « comestible ». Rattraper le retard pris dans l'ouverture de ces bâtiments est important et difficile.

Le programme de Buca, par exemple, encore perfectible : il reste deux mois pour repenser l'existant et dégager dix lits en travaillant par exemple sur l'organisation chirurgicale avec les groupes hospitaliers. Le bâtiment PR1, quant à lui, est plus avancé mais l'organisation et le dimensionnement des activités de chirurgie ambulatoire restent à finaliser, de même que celui de la chirurgie obstétrique, en sachant que le développement d'une activité ne se gère pas comme le transfert de plusieurs activités. C'est une opération structurante pour la chirurgie ambulatoire. Concernant Corentin Celton 2, l'opération reste peu connue, alors qu'elle est importante. Elle consiste à détruire des structures vétustes et à accompagner la restructuration de la psychiatrie et des activités SSR spécialisées nécessaires à l'aval de l'HEGP. Cette opération poursuit donc un objectif précis et bi-thématique. Le problème est néanmoins bien circonscrit et la collégiale de psychiatrie apporte une aide précieuse. C'est une opération structurante pour la psychiatrie, laquelle est inscrite dans les restructurations supra-groupes hospitaliers du plan stratégique 2010-2014. Ce plan prévoit également la création de l'USIDATU à la Pitié-Salpêtrière, entièrement financée par l'ARS et unique en Île-de-France. Les trois autres dossiers importants en psychiatrie portent sur l'interface avec le secteur, l'opération Corentin Celton 2 et l'analyse du nombre de lits classiques de psychiatrie à l'AP-HP. Des réponses doivent être apportées dans les deux mois à ces questions. Sur le site de Laennec, la restructuration du bâtiment est très avancée. Parmi les questions à régler avant la fin de l'année 2011, figurent le calibrage des déplacements d'activités entre Trousseau et Necker, le dimensionnement de la plateforme de médecine et de la chirurgie ambulatoire de Trousseau, les volontés de regroupement dans le monde de la génétique et la problématique des anesthésistes.

En cardiologie, le rapport de l'IGAS est attendu : ses conclusions serviront de base pour définir les mesures à prendre. Parallèlement, la cardiologie interventionnelle se développe sur différents sites, notamment à Bichat, à la Pitié-Salpêtrière et à Henri Mondor, avec un dynamisme qui tend à rendre la problématique de la chirurgie cardiaque secondaire. Ce point a d'ailleurs été mis en avant face aux inspecteurs de l'IGAS qui doivent remettre leur rapport au Ministre le 15 octobre. En gériatrie, l'AP-HP doit arrêter sa position d'ici la fin de l'année, en lien avec l'ARS. Dans le domaine du traitement de l'obésité, le plan a été publié récemment et le délai de réponse aux appels d'offre est de quinze jours. Ceci dit, les demandes des différents centres de l'AP-HP sont prêtes depuis plusieurs mois et seront remontées à la DPM. Une analyse précise de ces centres, potentiellement multi-sites, sera requise. Il s'agit de labelliser et non d'exclure des activités. En oncologie, les groupes hospitaliers n'obtiendront pas tous le label de centre intégré, plusieurs n'étant pas à niveau. Les échanges à ce sujet se poursuivront et l'analyse finale sera menée en fin d'année. Les centres intégrés sont distingués des centres experts, nombreux à l'AP-HP. En neurosciences, la restructuration s'avère particulièrement complexe et sa définition n'est pas achevée en raison d'interférence avec des problématiques immobilières. A ce stade, il est difficile de fixer une échéance pour la présentation des conclusions.

M. LYON-CAEN rappelle que le projet USIDATU, dont l'intérêt est d'assurer la continuité des soins entre l'enfant et l'adulte, est co-porté par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et par le service de psychiatrie adulte.

M. CHERON rappelle l'attachement de la communauté médicale aux restructurations. Indispensables et complexes, elles mettent en jeu une part importante du personnel tout en requérant des moyens considérables dans un contexte difficile. L'effort de modernisation de l'institution est sensible. Au moment d'arrêter les décisions, le projet médical ne devra pas passer derrière les considérations hôtelières. La politique adoptée ne devra pas perdre de vue la qualité des soins.

Le Président souligne que les restructurations sont d'autant plus importantes que l'ARS communiquera fin novembre l'organigramme de la permanence des soins en Île-de-France. A cet égard, il fait part de grandes craintes quant à la pertinence médicale du schéma retenu. L'AP-HP sera plus crédible face à l'ARS si elle est en mouvement.

Au niveau du projet gériatrique mené par la spécialité et la DPM, **le Directeur de la Politique Médicale** indique que la première difficulté est de mobiliser l'ensemble des médecins dans le soutien à la prise en compte des problèmes gériatriques. Le monde MCO et les membres de la CME connaissent mal le monde de la gériatrie et cette asymétrie s'avère délétère face à l'ARS. Peu de personnes maîtrisent le sujet, alors qu'il fait partie des plus complexes. Des efforts sont donc engagés pour corriger progressivement cette asymétrie, notamment au niveau des groupes hospitaliers. La seconde difficulté réside dans le nombre considérable de lits SLD (3 200 environ). La troisième difficulté provient de l'hétérogénéité des sites tant en termes géographiques que de patients. Dans le Nord, par exemple, un nombre important de patients ne sont pas des personnes âgées malades mais des personnes plus jeunes en déshérence. Environ 60 % des lits SLD sont occupés par les malades de la file de l'AP-HP et 40 % proviennent des territoires alentours. Ceci pose question quant à la politique à mettre en œuvre. Ces problèmes sont à croiser avec celui des valorisations soumises à des règles particulières et instables dans le temps, dans un contexte de convergence. Parallèlement, l'AP-HP est soumise à des injonctions immobilières, dont le coût doit être intégré dans ses équations financières. En conclusion, l'Institution traite avec sérieux la

question de la gériatrie. Une amélioration de la connaissance de ce monde l'aiderait à défendre ses positions auprès de l'ARS.

Pour les neurosciences, **M. RUSZNIEWSKI** attire l'attention de la communauté médicale sur l'affirmation réitérée selon laquelle les conséquences des restructurations sur les sites feront l'objet de la plus grande attention. Il espère que ce sera bien le cas, notamment pour l'hôpital Beaujon confronté à des implications importantes. Il appelle également l'attention sur la problématique de la qualité de prise en charge de certains patients, notamment des polytraumatisés.

Evocant la première vague de blessés de guerre en provenance de Lybie accueillis par l'AP-HP, **M. FAYE** demande avec quels moyens et quelle organisation la seconde vague sera accueillie. Porteurs de germes multi-résistants, ces blessés ont pour l'instant été dispersés dans les hôpitaux.

Mme RICOMES précise que l'AP-HP accueille huit patients blessés en provenance de Lybie dans trois hôpitaux. Compte tenu des précautions à prendre, une réflexion est en cours pour les regrouper sur un site. Une deuxième vague de blessés serait annoncée mais non confirmée à raison d'une quarantaine de patients répartis sur l'ensemble du territoire français. Une organisation spécifique sera mise en place. L'AP-HP a par ailleurs été contactée pour contribuer aux soins sur le terrain.

M. FAYE soulève le sujet du recrutement d'un chirurgien plastique dans le cadre des restructurations de l'HEGP.

Le Président précise qu'il ne s'agit pas d'une restructuration mais d'une demande de recrutement d'un chirurgien plastique par le doyen avec l'appui de la communauté médicale. La révision des effectifs hospitalo-universitaire est à l'ordre du jour. Si la CME souhaite s'opposer à ce recrutement, elle peut le faire dans ce cadre. Le doyen en sera informé.

M. FAYE indique que la modification de la structure du pôle a recueilli 23 avis défavorables et un avis favorable : on ne peut parler de soutien de la communauté médicale. Les moyens dévolus à cette activité sont fléchés sur des services et des blocs opératoires incapables de l'accueillir. A l'étage où doit s'implanter l'activité de chirurgie esthétique, la salle d'urgence pour la chirurgie digestive n'est pas ouverte à H24, ce qui conduit à différer des patients dangereusement et nuit à la qualité de leur prise en charge. On voit mal comment on pourrait ouvrir à moyens constants une salle dédiée à la chirurgie plastique. **M. FAYE** demande par ailleurs si l'AP-HP prévoit d'accepter de verser, en période de pénurie, une rémunération de 50 000 euros mensuels chirurgien arguant d'un statut de praticien clinicien en chirurgie cardiaque à l'hôpital Saint-Joseph.

Le Président rappelle qu'il appartient à la commission des effectifs et du temps médical de rendre un avis sur les contrats de cliniciens pour toutes les dépenses imputables sur la ligne du personnel médical. Lorsque la CME sera saisie de demandes de cliniciens, elle rendra un avis médical.

S'agissant de l'appel d'offre sur les centres de référence de l'obésité, **M. FAYE** souligne qu'il semblait légitime que le service de chirurgie digestive de l'HEGP, centre de référence depuis dix ans et au rayonnement international, dépose un dossier de labellisation. Il lui a pourtant été signifié que cela lui était impossible au regard du projet médical. **Mr FAYE** s'interroge dès lors sur l'adéquation de la chirurgie plastique au projet médical de l'HEGP. Ce centre d'excellence se trouve ainsi menacé, ce qui est contre-productif.

Le Président observe que cet appel d'offre ne nécessite pas seulement une équipe chirurgicale du plus haut niveau mais aussi une prise en charge globale de la maladie.

M. FOURNIER précise qu'il reste dix à quinze jours pour présenter les réponses de l'AP-HP. La DPM n'a aucunement l'intention de prétraiter négativement ces réponses. Les dossiers sont déjà prêts puisqu'ils ont été préparés pour l'appel d'offre AP-HP prévu en octobre 2010. Depuis, il ne semble pas y avoir eu de grandes modifications. Plusieurs sites peuvent être inclus dans un même centre destiné à la prise en charge médico-chirurgicale des malades obèses. Un centre peut également englober la prise en charge des adultes et des enfants. La notion de multi-site présente une pertinence dans le cadre d'un réseau organisé, comme par exemple GHCS-Trousseau-Ambroise Paré-Berck. L'ensemble constituera probablement une réponse. Bichat-Louis Mourier propose un autre exemple médico-chirurgical. Avicenne présente également une organisation pertinente. Pour la partie Ouest et Sud, les hôpitaux Béclère et Bicêtre pourraient déposer un projet. Il n'est pas exclu d'y associer Necker et l'HEGP. Le projet n'est pas figé, même s'il faut avancer rapidement. La DPM concentrera les remarques sans se constituer en jury.

M. FAYE demande si les équipes médicales et chirurgicales ont la capacité de présenter un projet malgré la réticence de la direction de leur établissement.

M. FOURNIER répond que c'est possible mais non recommandé.

M. LACAU-ST-GUILY rappelle que le projet Buca a été conçu il y a plusieurs années lorsque l'hôpital Tenon avait pour objectif de développer une activité d'urgence, de réanimation et de traumatologie. L'orthopédie s'étant finalement regroupée à Saint-Antoine, le projet Buca a dû être revu. Il est donc indispensable de mener une réflexion sur les forces d'inertie et sur les implications du départ d'une activité.

Le Président déclare en être conscient et précise que Tenon est en train de revoir le projet.

II. Présentation de la Fédération du Polyhandicap

M. BILLETTE DE VILLEMEUR indique que la Fédération Polyhandicap constituée en 2010 à l'initiative de la DPM et de la Direction Générale, regroupe les quatre hôpitaux SSR dédiés au multi et au polyhandicap de l'enfant et de l'adulte (la Roche Guyon, San Salvador, Hendaye et Berck). La Fédération est une entité unique sur le territoire français consacrée au polyhandicap (600 lits, dont 184 dédiés à l'enfant et 416 à l'adulte). Le polyhandicap se définit comme la combinaison d'une déficience mentale profonde, d'un handicap moteur, d'une mobilité réduite et d'une restriction extrême de l'autonomie, auxquels s'ajoutent d'autres déficiences sensorielles. Pathologie extrême, il entraîne un état de dépendance majeur et des besoins sanitaires lourds et chroniques. Le parcours de santé des patients polyhandicapés est complexe du fait d'allers-et-retours SSR/MCO à l'occasion des décompensations. La prise en charge du polyhandicap s'inscrit dans la continuité de la neuropédiatrie et requiert de la même façon une prise en charge multidisciplinaire, spécialisée et complexe. Par analogie, on parle de multihandicap chez les patients dont la lourdeur de prise en charge est similaire, avec une atteinte neurologique mais un intellect conservé. En 2011, la Fédération s'est donné trois objectifs : professionnaliser le polyhandicap, l'universitariser et le faire connaître. **Professionnaliser le polyhandicap** : La Fédération poursuit un double enjeu d'efficacité et de valorisation de son activité. En termes d'efficacité, la fédération doit consacrer aux patients les plus complexes, très médicalisés, à lourde dépendance et les séjours temporaires

sont favorisés. La valorisation de l'activité passe par la mise en place d'un thésaurus commun, par une valorisation T2A et par la mise en avant de cette activité de santé publique. Une cellule d'orientation a été créée fin 2010 pour fluidifier les filières de soins pour ces patients. **Universitariser le polyhandicap** : la Fédération doit développer la recherche tant pour le dépistage que pour la prévention des surhandicaps. La base de connaissances fondée sur sa cohorte va permettre une approche synthétique (médicale, médico-sociale et médico-économique) afin de développer les aspects éthiques et stratégiques dans la prise en compte du polyhandicap. A visée de santé publique, la fédération devra aussi contribuer à la promotion d'une définition et d'une conception partageable en Europe du concept de polyhandicap. **Faire connaître le polyhandicap** : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) d'Île-de-France a discerné à la Fédération son label « 2011 : année des patients et de leurs droits » pour son projet de promotion de la bientraitance et de l'éducation thérapeutique sur la privation des libertés de la personne polyhandicapée.

M. GARABEDIAN tient à féliciter M. BILLETTE DE VILLEMEUR pour le soutien qu'il a apporté à la création de la Fédération et pour avoir su harmoniser les services de Saint-Vincent de Paul et de Trousseau. Il existe de vrais besoins et la Fédération, qui comprend des compétences uniques, doit bénéficier d'une aide maximale pour aller plus loin et envisager une mise en commun du savoir avec les autres hôpitaux de l'AP-HP actifs en pédiatrie.

M. LYON-CAEN salue le travail réalisé. L'un des enjeux consiste à porter un regard non discriminant sur une population hétérogène. Derrière le handicap, se cache une multitude de problèmes concernant le pédiatre, mais aussi le médecin d'adultes. Il est fondamental d'envisager ces questions en réfléchissant à la continuité de la prise en charge et au suivi d'enfants qui survivent désormais au-delà de l'adolescence. Rappelant qu'il existe un projet d'IHU à Garches sur la prise en charge et la thématique du handicap, M. LYON-CAEN demande à M. BILLETTE DE VILLEMEUR comment il envisage de permettre la mise en place d'un projet d'IHU tenant compte de la continuité de la prise en charge.

M. BILLETTE DE VILLEMEUR souligne que la création de la Fédération répond à la volonté de favoriser la continuité de la prise en charge enfant-adultes. L'un des éléments à prendre en compte est la moindre médicalisation de certains patients qui pourraient être transférés dans le secteur médico-social, avec lequel il faut également travailler (professionnalisation). Actuellement, les structures pédiatriques continuent à accueillir 20 % d'adultes faute de lieux d'accueil. La Fédération a par ailleurs intérêt à travailler avec l'IHU Raymond Poincaré, la difficulté étant que le polyhandicap est en cours de structuration. La dimension recherche, notamment, est encore balbutiante.

M. CAPRON souligne que le polyhandicap doit sortir de l'anonymat et du désintérêt et être reconnu et accompagné. De ce point de vue, il tient à saluer le rôle moteur de la DPM et de Jean-Yves FAGON. Il demande par ailleurs un point à M. FOURNIER sur les difficultés d'une chef de pôle placée sous la surveillance de sa direction locale.

Le Président précise que la nomination de cette chef de pôle a été validée par la CME. La situation se caractériserait par le désaccord d'une chef de pôle avec le reste de la communauté médicale de son établissement.

Selon **M. FOURNIER**, certains médecins feraient corps autour de la chef de pôle, tandis que la direction administrative et d'autres médecins adopteraient des positions contraires, l'ensemble

généralisant une tension durable. Il doit discuter en novembre avec chacun. Le blocage semble davantage provenir de positions organisationnelles antinomiques que d'un défaut de qualité médicale. M. FOURNIER s'engage à rendre compte de sa visite à la CME, sans exclure néanmoins de prendre une décision si le maintien de la chef de pôle dans ses fonctions s'avère contraire à l'intérêt de l'établissement.

M. CHERON remercie M. BILLETTE DE VILLEMEUR pour son travail et salue l'effort de la DPM pour faire reconnaître une population dont les besoins de santé sont importants et dont la file active s'allonge. On perçoit l'importance de la demande de soins somatiques, psychologiques, affectifs, éducationnels, mais également de support aux familles pendant des années. En pédiatrie, d'autres maladies chroniques existent. Les patients d'oncohématologie ou transplantés nécessitent également un accompagnement jusqu'à l'âge adulte. Cet accompagnement doit être qualitatif. L'objectif est d'amener l'enfant à être un adulte autonome et d'accompagner les parents dans leur rôle de support et de guide. C'est pourquoi il est indispensable de ne pas appauvrir l'environnement psychologique, social et éducatif des services prenant en charge ces enfants et dont les emplois précaires et fragiles constituent une proie facile dans la recherche d'efficacité. M. CHERON craint que cette voie n'ait déjà été empruntée, menaçant le bien être psychique et le développement des familles et des enfants.

M. ABDOUN indique que la Roche Guyon propose actuellement une soixantaine de lits contre un objectif de quatre-vingt, principalement en raison de difficultés de recrutement. Or les postes ouverts au recrutement sont gelés, notamment ceux de psychomotriciens et de kinésithérapeutes. La question de la qualité des soins est pourtant essentielle. Rappelons qu'un incendie a hypothéqué l'activité du site. Par ailleurs, il est indispensable d'informer honnêtement les salariés de l'hôpital. Le projet de Trousseau prévoit une nette extension de la pédiatrie, ce qui pose la question de la prise en charge de l'aval et de la rééducation. A cet égard, M. ABDOUN souhaite connaître les projets de l'Institution pour le site de la Roche Guyon. Il demande s'il est envisagé de le pérenniser ou si la mise en place d'un pôle unique médico-chirurgical à Trousseau dans un bâtiment dédié vise à l'accueillir. Le cas échéant, il attire l'attention sur la question sociale. La révision à la baisse du tableau des emplois conduit également à s'interroger sur l'éventualité d'une fermeture. Enfin, M. ABDOUN souligne la souffrance du service de neuropédiatrie depuis la venue de Saint-Vincent de Paul : cette opération n'a pas tenu ses promesses.

M. BILLETTE DE VILLEMEUR répond que les travaux liés à l'incendie réduisent effectivement le nombre de lits ouverts et l'activité, conduisant à geler des postes au recrutement. L'objectif n'en demeure pas moins de rouvrir des lits. La question du transfert de l'activité de la Roche Guyon, quant à elle, se pose de manière récurrente. Sur le plan médical et de la qualité de vie des patients, elle est également complexe. Pour l'instant, aucun projet n'est satisfaisant.

III. Rapport d'étape annuel 2010 du contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux implantables de l'AP-HP

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle que le contrat de bon usage (CBUS) est obligatoire et doit être remis à l'ARS et à l'Assurance Maladie avant le 15 octobre. Ce contrat a un double objectif, incitatif et financier. Ainsi, il permet le financement des produits de santé facturables en sus des GHS dont le budget est à l'AP HP de 300 millions d'euros par an et la sanction en cas de non respect de nos engagements peut aller jusqu'à 30 millions d'euros. Le niveau d'exigence augmente chaque année. En tant qu'entité juridique, l'AP-HP élabore un rapport d'étape

institutionnel qui permet de négocier le taux de remboursement des produits de santé hors GHS de l'année n+1. En 2011, le score de ce rapport d'étape est de 89/100. Honorable, il reflète la dynamique mise en œuvre depuis 2006 dans la majorité de nos hôpitaux. Toutefois, trois d'entre eux n'atteignent toujours pas le seuil de 80/100, seuil au dessous duquel des sanctions quant au taux de remboursement des produits facturables en sus des GHS peuvent être prononcées. Ces trois hôpitaux ont pour caractéristique commune de ne pas avoir centralisé entièrement, sous la responsabilité d'un pharmacien, la préparation des anticancéreux. De manière globale, une réelle évolution est observée quant au respect des objectifs de ce contrat, mais il subsiste une marge d'évolution importante. Cette démarche participe au développement de l'évaluation des pratiques et des risques. On constate que les résultats du CBUS sont impactés par le système d'information, les réorganisations des PUI au sein des groupes hospitaliers et les contraintes budgétaires. En conclusion, le CBUS constitue un outil parmi d'autres pour inciter les différents acteurs à améliorer le niveau de sécurisation des circuits des produits de santé. Il entre dans la dynamique de certification, de management de la qualité, d'intégration d'indicateurs obligatoires et de contrôle renforcé de l'évolution des dépenses avec des seuils d'évolution à ne pas dépasser. De plus en plus, les objectifs de tous ces dispositifs convergent.

Le Président indique que la nouvelle certification impose des obligations de résultats et non plus de moyens. Une attention particulière devra donc être accordée à cette démarche. Il espère qu'il est possible d'aider les hôpitaux Trousseau et Saint-Antoine à mieux tracer la délivrance des médicaments.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS répond que ces deux hôpitaux sont très proches du score minimum acceptable et qu'ils dépasseraient ce seuil si la centralisation de la préparation des anticancéreux était réalisée.

M. GARABEDIAN reconnaît qu'il s'agit d'une priorité et précise que le problème ne provient pas d'un manque de volonté mais des locaux.

M. PETIT indique qu'à Saint-Antoine, le retard à l'ouverture de l'Unité de Préparation des Anti Cancéreux (UPAC) ne provient ni des locaux qui sont prêts, ni des moyens qui devraient permettre un démarrage progressif, mais de l'attente de la délivrance d'une autorisation par la commission de sécurité incendie (préfecture de police).

M. SINGLAS insiste sur trois items dans lesquels les scores sont insuffisants : l'analyse pharmaceutique de la prescription, l'informatisation de la prescription et l'informatisation de l'administration. Depuis le 1^{er} septembre, il n'y a plus d'interface entre PHEDRA et SAP pour les DMI. Sans système informatique correct, il est impossible de faire mieux et la sécurité des patients est menacée. L'informatisation de la prescription et de l'administration, quant à elle, est suspendue dans l'attente du NSI patient, dont l'échéance de mise en place n'est pas connue. Concernant l'ouverture de l'unité de Saint-Antoine, il faudrait aussi résoudre les problèmes d'effectifs. Enfin, le résultat d'Avicenne s'explique par le retard pris dans les travaux de construction de l'unité de centralisation des anti-cancéreux. Ces hôpitaux devraient dépasser le seuil de 80 % dès l'achèvement des travaux. En conclusion, M. SINGLAS insiste sur la pénalisation qu'entraînent les systèmes informatiques et demande que la maintenance des systèmes actuels soit assurée.

M. SEBBANE souligne l'implication de la gériatrie dans des hôpitaux aux situations complexes.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS précise que les prescriptions dans les hôpitaux SSR SLD sont plus stables ce qui permet de sécuriser plus facilement les circuits des médicaments. Certains de ces hôpitaux atteignent des scores de 100/100. Il faut noter cependant que le rapport d'étape n'est pas adapté aux hôpitaux SSR-SLD et de nombreux objectifs doivent être neutralisés. En ce qui concerne l'hôpital Avicenne, le faible score de cet hôpital s'explique non seulement par une non centralisation des anticancéreux, mais aussi par le non-fonctionnement de sa COMEDIMS locale en 2011 alors que certains objectifs du rapport d'étape s'appuie sur ses travaux.

M. PETIT rappelle qu'une demande de poste de PH a été déposée concernant cette activité pour que la préparation des médicaments anticancéreux soit totalement centralisée (ce qui ne sera pas le cas à l'ouverture de l'UPAC) et regrette que la collégiale de pharmacie l'ait classée parmi les dernières.

M. SINGLAS explique qu'il s'agit d'une demande de poste de PH non financée par l'hôpital. En tant que telle, elle a été considérée comme impossible.

Le Président remercie Mme MONTAGNIER-PETRISSANS pour son travail et demande à Mme RICOMES de présenter à la prochaine CME les préconisations à suivre pour améliorer le CBUS.

IV. La politique de l'emploi à l'AP-HP

M. POIMBOEUF indique que le TPER est en diminution de 1 % représentant environ 600 postes (personnel hospitalier et administratif). Le personnel hospitalier diplômé est en revanche augmenté de 50 postes par rapport à la cible de l'année 2010. L'évolution du TPER s'avère positive pour les IBODE, IADE, puéricultrices, auxiliaires de puéricultrices et infirmiers, à l'exception des aides-soignants. M. POIMBOEUF projette ensuite les prévisions d'effectifs à l'horizon 2014. A Paris, l'AP-HP ne dispose que du marché de l'emploi de ses écoles. Il faudrait mener des campagnes pour créer un marché de l'emploi et susciter des candidatures spontanées en dehors des sorties d'écoles, d'autant plus que la situation conjoncturelle est préoccupante. D'ici 2014, un certain nombre d'effets attendus sont à prendre en compte et à corriger. Pour les infirmiers diplômés d'Etat, par exemple, les entrées et sorties prévisionnelles intègrent les départs à la retraite et les statistiques sur les demandes de mobilité et de mutation. Deux catégories requièrent une action urgente : infirmiers et infirmiers anesthésistes. Les travaux devraient démarrer rapidement pour ces derniers. La situation de l'encadrement infirmier est également préoccupante. Sur la période 2011-2014, le nombre de sorties sera important (solde négatif d'emplois de 300). L'effectif cible en 2011 est supérieur à 2010 mais depuis un an, l'écart entre les emplois prévus et les personnels présents croît. 860 vacances d'emploi sont dénombrées parmi les infirmiers et infirmiers spécialisés. La situation s'avère donc critique. L'AP-HP pourra retrouver des effectifs à l'occasion de la sortie d'école en novembre, sans pour autant atteindre sa cible. Au niveau des groupes hospitaliers, la situation de l'emploi est hétérogène et difficile pour certains.

Sur la base de ce constat, un plan d'actions a été engagé avec la Direction des soins, la DRH et les directions des groupes hospitaliers. Il est demandé aux directeurs de groupes hospitaliers de proposer directement des emplois aux IFSI en allant à leur rencontre, afin de renforcer les liens avec les écoles et d'améliorer la part du recrutement réalisé par l'AP-HP. Il est impératif que le lien s'établisse dès la première année et que les groupes hospitaliers s'impliquent dans l'organisation de l'accueil et des stages de façon à ce que les étudiants engagent naturellement leur activité

professionnelle dans le groupe qui les accompagne. La seconde action consiste à augmenter le parc de logements mis à disposition en sortie d'école à raison d'une cinquantaine de logements supplémentaires. La moitié de l'attribution des logements serait consacrée aux catégories professionnelles prioritaires, dont les infirmiers. Une troisième mesure consiste à augmenter le nombre de places en crèche à l'intention des infirmiers. Les directeurs sont engagés à aller dès à présent à la rencontre des élèves infirmiers sortant de l'école cette année. Des outils de communication ont été mis en place et seront utilisés dès cette semaine dans le cadre du salon infirmier.

La seconde démarche consiste à élargir le périmètre de recrutement, en recourant aux infirmiers étrangers et retraités. M. POIMBOEUF attire l'attention sur l'iniquité du secteur public par rapport aux autres secteurs, puisque la rémunération s'impute sur les pensions de retraite au-delà de quatre mois alors que dans le secteur privé, le cumul peut être intégral. L'attention des pouvoirs publics a été attirée sur ce point.

La troisième démarche consiste à recourir aux moyens de remplacement avec le paiement d'heures supplémentaires pour les agents revenant travailler sur leurs jours de congés et des missions d'intérim, dont l'AP-HP ne peut se dispenser. Compte tenu de la situation actuelle, le déplafonnement des heures supplémentaires a été demandé pour la période hivernale. Une réflexion est également engagée avec les doyens à moyen terme et long terme, notamment sur les places en école pour les infirmiers diplômés d'Etat. Les quotas ne sont en effet pas atteints pour des raisons de capacité d'accueil physique. A terme, l'objectif est d'accueillir 80 % des sortants d'école contre 60 % actuellement. A plus long terme, une réflexion est menée sur l'augmentation du nombre d'allocataires d'études et du nombre d'apprentis. L'enjeu est de les fidéliser. Enfin, il convient d'explorer davantage la voie de l'apprentissage.

En conclusion, la question de l'emploi soignant, préoccupante, mobilise la DRH et la Direction des soins, qui étudient la filière des cadres de santé, celle des coordonnateurs des soins et les mesures techniques qui pourraient accompagner la mobilisation des recrutements infirmiers.

Le Président déplore le fait que l'AP-HP subisse les contraintes démographiques faute de les avoir anticipées.

M. LACAU-ST-GUILY remercie M. POIMBOEUF pour son exposé ouvert et lucide. Concernant les emplois présents et non pourvus, l'analyse par groupes hospitaliers montre ses limites dans la mesure où le groupe UP est à 0 alors que sur le site de Tenon, le nombre d'emplois non pourvu est de 58. Il convient de s'interroger sur les raisons des difficultés de recrutement et des départs des infirmiers, au-delà de la géographie et des retours en province. Régulièrement, les infirmières avancent plusieurs facteurs, dont la polyvalence. Changer d'exercice en permanence s'avère en effet déstabilisant et le renoncement à une identité au sein d'une équipe, qui joue normalement un rôle intégrateur, constitue l'une des sources de la désaffection. Les autres facteurs sont un défaut d'organisation des activités et un problème d'encadrement : le retrait des cadres supérieurs infirmiers, positionnés sur des activités transversales plus ou moins pertinentes et lisibles, pose question. Enfin, l'attractivité des jeunes diplômés ne se crée pas au niveau du groupe hospitalier mais du service où il est possible de démontrer l'existence d'un compagnonnage.

M. POIMBOEUF partage ces remarques. L'un des objectifs de la DRH est de stabiliser les collectifs de travail pour le compagnonnage et le soutien qu'ils apportent. La polyvalence pose par ailleurs un véritable problème et l'AP-HP n'a pas de réponse, en termes de carrière, à la question de

la spécialisation. Seul l'accès à l'encadrement apporte une reconnaissance, ce qui conduit de nombreuses personnes à le choisir par défaut. La DRH souhaite faire travailler les pouvoirs publics et le ministère sur la reconnaissance des carrières spécialisées, afin d'offrir des parcours professionnels dans l'expertise.

Selon **Mme VASSEUR**, il faut travailler à deux niveaux, à savoir l'attractivité et la fidélisation, en offrant des parcours professionnels valorisants et diversifiés. Dans le domaine de la fidélisation, l'implication des pôles est indispensable. C'est en termes de poly-compétences et non de polyvalence que la problématique doit s'envisager. Dans une médecine de plus en plus spécialisée, on ne peut attendre des infirmiers qu'ils soient polyvalents mais il est possible d'organiser la poly-compétence. De même, le compagnonnage et l'accompagnement des carrières doit se faire au sein des pôles en collaboration avec l'équipe médicale. De ce point de vue, les cours dispensés dans les IFSI, l'accueil des stagiaires, l'encadrement des nouveaux professionnels et des plus anciens jouent un rôle essentiel. Enfin, il existe peu de moyens de valorisation des parcours. Pour autant, des protocoles de coopération entre professionnels de santé émergent et l'innovation est possible. Dans le cadre du plan cancer, par exemple, les consultations d'annonce répondent à des besoins, améliorent la prise en charge des patients et intéressent les professionnels paramédicaux impliqués. En conclusion, il est du devoir collectif de l'AP-HP, avec l'aide des chefs de pôle et de service, de développer ces possibilités pour recruter et fidéliser les paramédicaux.

M. LACAU-ST-GUILY souligne que cela implique des développements non séparés et une interactivité entre les hiérarchies infirmières et médicales.

M. GARABEDIAN souligne deux autres facteurs d'attractivité : la rémunération et la politique des effectifs cadres. Il est actuellement difficile de trouver des IBODE en raison de la faible différence de rémunération qu'entraîne cette spécialisation. Par rapport au secteur privé, la différence atteint 30 à 40 %. Quant aux cadres de proximité, la politique de restriction des postes a entraîné des pertes alors que la présence de référents est indispensable. Il faut donc repenser cette question.

M. POIMBOEUF répond qu'il importe en effet d'étudier la fonction de régulation des cadres de proximité et d'en réaffirmer l'intérêt. Il faut également que les chefs de pôles étudient l'organisation du management et limitent les fonctions transversales confiées à ces cadres pour les placer véritablement en encadrement d'équipes.

M. RUSZNIEWSKI demande des précisions sur les postes pourvus mais inoccupés.

Absentéisme inclus, **M. POIMBOEUF** estime le taux d'infirmiers manquant à 10 %.

M. CAPRON demande à connaître le nombre de lits fermés à ce jour par défaut d'infirmières et le coût mensuel de l'intérim pour l'AP-HP.

M. POIMBOEUF indique que la DRH travaille sur la question des lits fermés. Il est impossible, pour l'instant, de différencier les motifs de fermeture et un certain nombre de lits fermés au quotidien ne remontent pas dans les statistiques. Concernant l'intérim, son coût atteint 2 millions d'euros par mois, en sachant que le marché parisien est incomparable car plus cher.

M. RUSZNIEWSKI demande si les recrutements sont effectués sur la base d'indices de rémunération ou s'il existe des marges de manœuvre à ce niveau.

M. POIMBOEUF répond que l'Institution s'honore de respecter le statut de la fonction publique hospitalière, ce qui permet de garantir une rémunération de base et de différencier les indemnités. Elle ne dispose pas de la capacité à distribuer des primes et doit appliquer les textes. Une modification a été proposée pour les infirmiers sur la base des catégories A et B, avec des évolutions de salaire correspondantes, en sachant que la difficulté réside dans le lien entre les catégories de la fonction publique d'Etat. Dans un contexte difficile puisque marqué par la RGPP et la réduction du nombre d'emploi, la DRH établit des comparaisons permanentes avec le secteur privé pour interpeler les pouvoirs publics dès qu'apparaissent des écarts manifestes. Dans les blocs opératoires, les politiques menées pour des raisons d'attractivité et l'arrivée des fonds de pension ont fait croître les rémunérations des IBODE dans le secteur privé. Le secteur public n'a pas encore pris la mesure de cette situation. A l'AP-HP, seuls 50 % des emplois IBODE sont occupés par des IBODE, les 50 % restants étant occupés par des infirmiers diplômés d'Etat.

M. CHERON demande des précisions sur l'évolution des emplois qui participent aux soins (assistante sociale, rééducateur, psychomotricien, etc.) sur les cinq dernières années.

M. POIMBOEUF s'engage à éclairer la CME sur l'évolution de l'emploi du « personnel socio-éducatif », qui forme une catégorie distincte du « personnel administratif ».

Concernant les infirmières spécialisées en néphrologie et dialyse, **M. REMY** indique que la pénurie en personnel conduit à fermer des lits et met en cause la qualité de service. Un problème de formation se pose, sans compter que de plus en plus d'infirmières rejoignent le secteur privé lorsqu'elles sont formées tandis que d'autres travaillent parallèlement dans le privé. M. REMY souhaite donc savoir si cette spécialisation fait l'objet d'une réflexion.

M. POIMBOEUF indique que le sujet doit être revu avec les directeurs de soins. La difficulté provient de l'absence de reconnaissance spécifique de l'expertise indispensable à ces disciplines.

M. ABDOUN demande que le CTE bénéficie de l'information précise communiquée par M. POIMBOEUF. Sur l'encadrement, une double peine est ressentie dans la mesure où par manque de cadres, un infirmier peut être désigné référent, ce qui se traduit par le retrait d'une unité au tableau de service. En matière de fidélisation, il est indispensable de s'attaquer au sujet des conditions de travail autrement que par des mesures ponctuelles, en abordant les questions de charges de travail, de conciliation avec la vie privée, de respect des tableaux de services, etc. Concernant les heures supplémentaires et les RTT, plutôt que de rappeler les infirmiers sur leurs jours de congés en les rémunérant en heures supplémentaires, il serait préférable de commencer par rémunérer les heures supplémentaires effectuées sur les jours travaillés. Concernant les métiers socio-éducatifs, il est regrettable que la recherche d'efficience fasse l'économie d'une discussion sur l'organisation du travail et cible ces métiers en revoyant leurs moyens à la baisse. En matière de formation continue, l'idée consistant, en dehors d'un plan de formation local, AP-HP ou d'une action de formation ciblée, à « improviser une formation » pour contraindre un infirmier à prendre un poste d'IBODE qu'il n'a pas choisi ne sera pas acceptée. Enfin, M. ABDOUN suggère de s'adresser aux futurs bacheliers pour motiver les vocations.

M. POIMBOEUF précise que le salon infirmier est principalement fréquenté par des personnes s'informant sur la profession. Pour l'ensemble des métiers soignants, il est prévu de diffuser des informations dans les établissements secondaires et de développer l'apprentissage. L'amont doit en effet faire l'objet d'un travail important. Pour créer un marché de l'emploi, il serait souhaitable de mener une démarche régionale et d'approfondir la réflexion sur les métiers sensibles afin de passer

un contrat emploi formation avec la Région. M. POIMBOEUF prend note de la question des heures supplémentaires et des conditions de travail, en précisant que ce sujet rejoint les problématiques d'organisation du travail.

M. HARDY demande des précisions sur la non-atteinte des quotas en IFSI.

M. SEBBANE souhaite des informations sur l'entrée dans les IFSI, la problématique des aides-soignants et la politique suivie lorsque des formations sont organisées à l'intention de soignants, dont les contrats sont ensuite rachetés par des hôpitaux externes.

M. POIMBOEUF répond que l'AP-HP est en situation de satisfaire 75 % des quotas IFSI, ce qui est très insuffisant. Le développement de partenariats avec les universités pourrait aider à résoudre le problème de la capacité d'accueil physique. Ces partenariats sont également importants face à l'universitarisation des formations. Il convient aussi de s'interroger sur l'accompagnement des bacheliers afin de ne pas laisser un marché privé se structurer dans les années préparatoires et d'accompagner les professionnels en termes de savoirs et de niveau de formation initiale. M. POIMBOEUF partage par ailleurs la préoccupation de M. SEBBANE pour la problématique des aides-soignants, qui constituent un sujet à part entière. Sur les rachats de contrats, la loi sur la mobilité inter et intra fonctions publiques interdit de refuser à un établissement de racheter le contrat d'une infirmière formée à l'AP-HP et de retenir son personnel plus de trois mois.

M. LYON-CAEN souligne que la richesse des questions posées témoigne de l'importance qu'a pris le sujet de l'emploi soignant dans la pensée médicale. Pour la première fois en quatre ans, la CME aborde le sujet au-delà de l'angle comptable. Il remercie M. POIMBOEUF du constat dont il fait état, à savoir des suppressions et des vacances d'emploi, en soulignant la part de responsabilité de la CME qui a accepté pendant longtemps de collaborer à cette politique. Il est impossible de faire abstraction du vécu au quotidien. M. LYON-CAEN souligne par ailleurs qu'une des spécificités de l'AP-HP par rapport au secteur privé est d'employer des acteurs de soins tels que des psychologues, des orthophonistes et des neuropsychologues. Le problème est qu'elle les traite comme du personnel soignant alors que leurs compétences se sont développées et constituent des spécialités à part entière. Il importe donc de réfléchir à la reconnaissance et à la promotion de ces professions. Leur interlocuteur ne devrait plus être le directeur des soins infirmiers NI le directeur des ressources humaines MAIS LE RESPONSABLE MEDICAL DU POLE ET LA DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES DU GH. Enfin, la fidélisation des jeunes infirmier(E)s peut reposer sur la démonstration que leur métier évolue à l'AP-HP, contrairement au secteur privé. Dans ce domaine, la DRH n'est pas suffisamment en contact avec les acteurs du développement médical et soignant. ENFIN Le logement constituant le problème majeur dans la région parisienne, M. LYON-CAEN souhaite connaître la politique de l'AP-HP à long terme, en lien avec la Région et la Ville.

M. POIMBOEUF rappelle qu'il a commencé sa carrière comme psychomotricien et suivi des études de psychologie. Il accorde donc une attention particulière à ces professions, dont il considère qu'elles doivent être placées sous la direction des médecins. Un travail doit être mené sur la reconnaissance de ces métiers. Le sujet du logement, quant à lui, fait débat. La priorité fixée par la Direction générale est d'orienter la politique d'attribution de logement sur des critères professionnels. Le parc immobilier doit servir l'intérêt de l'AP-HP en matière d'attractivité et non se substituer aux bailleurs sociaux. Pour autant, l'AP-HP possède une responsabilité sociale et ne peut se désengager de la question. Des discussions vont être engagées avec la ville et la Région à ce sujet. Les partenaires sociaux souhaitent par ailleurs ouvrir une discussion sur les produits des

cessions immobilières et la réorientation des crédits qui en sont issus vers la politique sociale. La DRH souhaite que la moitié des 200 logements attribués chaque année le soit à des infirmiers.

M. CAPRON insiste sur le fait que les enseignements de médecine dans les IFSI sont désormais prodigués par des professeurs d'université. Si les médecins de l'AP-HP enseignent avec ardeur et conviction aux futurs infirmiers, il sera plus facile de les attirer dans les hôpitaux. C'est un levier d'action à ne pas négliger. Il espère que M. POIMBOEUF pourra mettre au point des stratégies avec les doyens.

M. POIMBOEUF considère qu'il est indispensable que les universitaires s'investissent dans les IFSI. Il précise que l'universitarisation est l'application du processus de Bologne (grades correspondant à des diplômes d'Etat qui ouvrent sur un exercice professionnel) et implique que l'AP-HP entretienne une relation forte avec les universités. M. POIMBOEUF souhaite également que la communauté médicale s'investisse le plus possible dans les formations paramédicales.

M. PETIT demande si les IDE de blocs opératoires sont rémunérées comme les IBODE.

M. POIMBOEUF répond que les IBODE ne sont pas rémunérés en fonction du poste mais du grade et de la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiennent. Il est donc impossible de payer une IDE faisant fonction d'IBODE avec un salaire d'IBODE.

M. FAYE souligne que le cadre de proximité est la garantie d'une organisation fondée sur les soins. Sur le terrain, les infirmières sans référent sont adressées aux chefs de clinique qui deviennent les encadrants des soignants en chirurgie. Il suggère par ailleurs de réinvestir l'argent issu des cessions immobilières dans la construction de logements moins chers. Enfin, il note la perte de 600 infirmiers et en déduit qu'il s'agit d'un plan social, dont la contrepartie réglementaire doit être la mise en place d'un plan prévisionnel pluriannuel des emplois et compétences. Dans un contexte de restructuration et d'évolution des pratiques, la communauté médicale doit être incluse dans la définition des besoins à l'horizon 2015 voire 2020.

M. POIMBOEUF met en garde contre l'emploi d'une terminologie fortement connotée et en l'occurrence inappropriée. Un « plan social » résulte de la décision d'une entreprise ou d'une institution, au regard de ses résultats, de se séparer volontairement d'un certain nombre de salariés en place et d'engager à leur égard des mesures collectives et individuelles pour les accompagner à l'extérieur. L'AP-HP n'est pas dans cette situation et il importe d'avoir une communication correspondant aux objectifs poursuivis collectivement. M. POIMBOEUF affirme sa volonté de mettre en adéquation le nombre d'emplois et le nombre de personnes les occupant, de faire en sorte de les attirer, de les accompagner et de les fidéliser. Il s'engage à rechercher la meilleure adéquation entre les ressources humaines et les besoins exprimés par la communauté médicale.

V. Information sur la révision des effectifs de praticiens hospitaliers pour 2012

M. HUBIN rappelle que toutes les demandes de postes seront analysées en une phase et selon les mêmes critères. Les postes vacants de PH sont considérés comme repris dans un premier temps, puis redistribués en fonction des demandes. En conséquence, il n'existe aucune garantie au maintien d'un poste. Les critères d'analyse des demandes tiennent compte du contexte général, de la demande et de l'avis des doyens. Deux autres critères sont également introduits, à savoir l'évolution

des effectifs rémunérés du service demandeur depuis les trois dernières années et l'évolution de son activité. En termes de méthode, il est convenu de reconduire un groupe restreint de la CME qui sera associé à la DPM et à un représentant de la Direction des Finances pour balayer l'ensemble des demandes et les classer en trois catégories : A (demandes soutenues), B (demandes à revoir), C (demandes non soutenues). Dans un second temps, les demandes de la catégorie B seront réparties entre les catégories A et C.

Le Président précise que le groupe de travail restreint sera composé du Président et du Vice-Président de la CME, des Présidents de la commission des effectifs et des structures, M. CAPRON et M. PETIT, et de M. SEBBANE. L'analyse sera menée par un groupe élargi à la commission des effectifs et la décision sera prise en réunion plénière de la CME.

M. HUBIN précise que les demandes classées doivent être présentées à la CME du 13 décembre. Le classement des collégiales doit être rendu avant le 15 octobre, l'examen des demandes doit se dérouler fin octobre/début novembre et le bureau élargi doit se tenir avant la CME de décembre. M. HUBIN rappelle que l'acceptation de la demande de poste de PH vaut autorisation de publier le poste et peut s'accompagner d'une allocation de masse salariale ou d'une demande de participation du groupe hospitalier au financement. Le refus d'une demande peut entraîner une reprise de la masse salariale correspondante t ou s'accompagner, à la demande de la CME, de l'allocation d'une masse salariale correspondant au financement d'un poste de PHC ou de praticien attaché.

A ce jour, 370 demandes de postes de PH temps plein et temps partiel ont été déposées. Les maintiens de postes représentent une masse salariale d'environ 24 millions d'euros, à partir de laquelle vont être ré-alloués les financements nécessaires aux demandes de postes partiellement ou non financés. 13 demandes de retours d'emprunt ont été présentées par les groupes hospitaliers mais toutes n'en sont pas. Enfin ont été identifiés des postes assurément vacants dont le maintien n'a pas été demandé. Il est proposé de les considérer dans la révision comme s'ils avaient fait l'objet de demandes afin d'assurer leur publication et d'éviter un délitement de la masse salariale.

Le Président indique que l'analyse de la révision des effectifs tiendra compte de la pertinence des demandes par rapport au projet des groupes hospitaliers. En tant que Président de la CME, il demande le rejet de toute politique de retrait chiffré des emplois. Les contraintes démographiques et l'attractivité des structures environnantes légitiment cette demande. Enfin, il demande à la Direction des finances de valoriser plus objectivement les postes repris.

M. CARLI recommande de préserver les ressources de l'anesthésie réanimation face aux tendances démographiques et à l'attrait du secteur privé. Dans un marché défavorable à l'hospitalisation publique, il ne faudrait pas que de fausses rumeurs se répandent dans cette spécialité. Toute demande de recrutement de qualité doit être envisagée favorablement, y compris en cours d'année. L'atteinte des objectifs d'activité en dépend.

M. VALLEUR confirme le caractère préoccupant d'une situation qui n'est pas spécifique à cette activité. Le nombre de postes vacants ne devrait pas s'améliorer dans les années à venir, en raison d'un nombre de départs en retraite élevé et de l'attrait du privé.

VI. Avis sur la désignation de représentants médicaux à la commission centrale de l'activité libérale

Après discussion avec le Président de la commission centrale de l'activité libérale, **le Président CORIAT** propose la candidature de Loïc GUILLEVIN, Fabrice BENIGNAUD et Alain FAYE.

La CME approuve à l'unanimité la désignation de ces trois représentants médicaux à la commission centrale de l'activité libérale.

VII. Avis sur la désignation de représentants médicaux aux commissions locales de l'activité libérale

M. HUBIN rappelle que les mandats de trois ans sont arrivés à échéance fin juillet 2011. Dans la mesure où il est impossible de les proroger jusqu'à la mise en place des nouvelles instances de groupes hospitaliers, il s'avère obligatoire de renouveler les CLAL et la CCAL. Il faut donc se mettre immédiatement en configuration cible : 1 CLAL par groupe hospitalier, soit un total de 12, et 1 CCAL. L'AP-HP propose les représentants médicaux, lesquels seront désignés officiellement par l'ARS. **M. HUBIN** donne lecture des trois noms remontés par chaque hôpital.

*La désignation aux commissions locales de l'activité libérale des représentants médicaux présentés par **M. HUBIN** est approuvée à la majorité.*

VIII. Avis sur des contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME les contrats d'activité libérale suivants, préalablement analysés par la commission dédiée :

- Ambroise Paré : Thomas BAUER et Dominique LAMARQUE ;
- Antoine Béclère : Jelena MARTINOVIC ;
- Beaujon : Jacques MORET ;
- Lariboisière : Sébastien FROELICH et Pascal RICHETTE ;
- Pitié-Salpêtrière : Rémi CHOUSSAT, Richard ISNARD et Rafaël TOLEDO ARENAS ;
- Saint-Antoine : Thierry ANDRE ;
- Saint-Louis : Pierre CATTAN ;
- Tenon : Bertrand BAUJAT, Laurence PEYRAT et Philippe SEBE.

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME les renouvellements de contrats suivants, préalablement analysés par la commission dédiée :

- Armand Trousseau : Jean-Louis BENIFLA ;
- HEGP : Joseph EMMERICH ;
- Lariboisière : Mickaël ORABI, Mourad BOUDIAF et Emmanuel HOUDART ;
- Cochin : Bertrand DOUSSET, Daniel DUSSER, Bernard GRANGER et Paul LEGMANN ;
- Pitié-Salpêtrière : Gérard HELFT, Jean-Philippe METZGER et Hugues PASCAL MOUSSELARD ;
- Tenon : Selim ARACTINGI et Jean LACAU-SAINT-GUILY ;

- Pitié-Salpêtrière : Stéphane CLEMENCEAU (avenant).

M. VALLEUR soulève un problème pour M. MORET à Beaujon, affecté en neurochirurgie.

Le Président estime qu'il est préférable de ne pas attendre les résultats de la réflexion sur la restructuration de la neuroscience, afin de ne pas pénaliser M. MORET.

Les contrats d'activité libérale, renouvellements et avenant sont approuvés à la majorité.

IX. Avis sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2012

Le Président indique que les postes seront publiés au Journal officiel en décembre. Il est difficile de caler les avis des universités et des hôpitaux, d'autant plus que la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et ses conseillers ont changé. Les réunions de concertation n'ont pu avoir lieu qu'en septembre et les universités ont validé tardivement leur demande. La plupart émettent des demandes convergentes avec les hôpitaux, à l'exception de Paris V et à un moindre degré, de Paris VII. A Paris V, le doyen a classé une demande en septième position que le groupe hospitalier n'a pas encore eu le temps d'examiner. Le Président propose à la CME de soutenir la position qu'adoptera le groupe hospitalier.

Le Vice-Président indique que le classement du conseil de gestion de l'UFR a surpris. Il ne respecte pas les engagements pris en 2010 pour certains postes et ne retient pas des candidats de qualité pourtant exceptionnelle. Dans ces conditions, il est sage que la CME respecte les propositions des groupes hospitaliers.

M. CARLI demande au Président de la CME d'insister auprès du doyen sur la nécessité que cette situation ne se reproduise pas et qu'une méthodologie soit mise en place pour des demandes cohérentes. Deux problèmes techniques doivent être surmontés pour cela : d'une part, le calendrier, d'autre part, la représentativité des groupes hospitaliers à l'intérieur des universités.

Le Président avoue sa surprise face à ces divergences. Lorsque l'Université Paris V a présenté son classement aux conseillers des ministres, peu de divergences sont apparues. Le conseil de l'UFR n'aurait pas suivi les positions du doyen.

M. CHERON souligne que la commission des effectifs a émis un avis unanimement favorable sur la valeur des candidats, le projet médical, leur capacité démontrée à organiser, développer et innover. Le classement remonté par le groupe hospitalier a été soutenu auprès du doyen.

A l'unanimité moins une abstention, la CME décide de soutenir le classement proposé par le groupe hospitalier.

Concernant l'Université de Paris-Ouest, **M. HUBIN** indique qu'une demande est formulée avec l'hôpital de Pontoise, en sachant qu'il n'existe pas de convention hospitalo-universitaire.

A l'unanimité, la CME rend un avis défavorable sur cette demande.

M. FAYE demande des précisions sur le poste demandé au service de la direction médicale de l'IGR.

Selon **le Président**, ce poste s'inscrit dans le cadre d'une convention entre l'Université et l'IGR.

Pour l'université Paris XII, **M. HUBIN** fait part de 8 postes vacants et d'une distorsion sur un poste à l'hôpital Henri Mondor en psychiatrie.

M. REMY répond qu'*a priori*, il n'y a pas de discordance. Une solution est recherchée pour retenir ce poste et donner suite à la mutation.

Pour les MCU, **M. HUBIN** fait part d'une distorsion sur le poste d'un PH classé en quatrième position par l'HEGP et non retenue par l'UFR de l'université Paris Descartes. A l'hôpital Cochin, en orthopédie, la demande est classée par l'UFR mais a été ajoutée au dernier moment par le groupe hospitalier qui ne l'a pas classée. Le dossier a été reçu tardivement.

M. VALLEUR signale qu'une demande de poste de psychiatre a été redéfinie. Le directeur du groupe hospitalier et le directeur du CCM ont demandé une enquête.

Le Président suggère de suspendre cette demande sous réserve des conclusions de M. VALLEUR.

Pour l'université Paris VII, **M. HUBIN** signale une distorsion pour des candidats classés 2^{ème} par Robert Debré et Saint-Louis et non retenus par l'UFR. En odontologie, une distorsion est également constatée sur un poste de MCU-PH temps plein, destiné dans un premier temps à être vacant faute de candidat, qui a finalement donné lieu à une candidature. Le groupe hospitalier n'a pas eu le temps de se prononcer.

M. LEVY souligne la qualité du candidat. S'agissant d'un poste hospitalo-universitaire, il ne peut accepter la position de l'hôpital qui refuse de valider la demande de recrutement car il souhaite faire un point complet sur les besoins en odontologie, alors que le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a rouvert ce poste. Monsieur Lévy insiste sur le fait que la valence hospitalière n'a pas à être récupérée au nom de la sanctuarisation des valences des postes HU, ce qui a été confirmé par les conseillers des deux ministères au moment où la proposition a été faite. Monsieur Hubin ne remet pas en cause cet argument. Il note que le dossier est arrivé tardivement et qu'il est indispensable que la CME examine le dossier, celui-ci étant excellent, tant pour l'aspect hospitalier qu'universitaire. Le président a accepté de consulter ce dossier pour qu'il puisse être immédiatement être envoyé au ministère après décision de la CME.

X. Approbation du compte rendu de la séance du mardi 5 juillet 2011

Le compte rendu de la séance du mardi 5 juillet 2011 est approuvé.

XI. Questions diverses

La séance est levée à 13 heures.

*

*

*

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

Mardi 15 novembre 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 octobre 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.