

**COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE  
DU MARDI 13 DÉCEMBRE 2011**

**COMPTE RENDU VALIDÉ MAIS  
NON APPROUVÉ EN SÉANCE**

**ORDRE DU JOUR**  
**de la CME du mardi 13 décembre 2011**

I.	Information du Président de la CME	3
II.	Information sur la situation des emplois des personnels de rééducation, des psychologues et des personnels socio-éducatifs	5
III.	Avis sur la convention entre l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, l'université Paris-Sud 11 et l'Institut de cancérologie Gustave Roussy constitutive de CH et U	9
IV.	Avis sur la convention entre l'AP-HP et l'université Paris-Sud 11, précisant la convention constitutive de centre hospitalier et universitaire (CH et U) en date du	10
V.	Point sur les « neurosciences »	10
VI.	Compte financier 2010	16
VII.	Exécution budgétaire à fin septembre 2011	17
VIII.	Etat de la dette	20
IX.	Avis sur la révision des effectifs de PH pour 2012	21
X.	Avis sur des contrats d'activité libérale	25
XI.	Approbation du compte rendu du mardi 11 octobre et du mardi 15 novembre 2011	25
XII.	Questions diverses	25

*La séance est ouverte à 8 heures 50, sous la présidence de M. CORIAT.*

## **I. Information du Président de la CME**

**Le Président** rappelle que la présente réunion est la dernière de la mandature. Il remercie l'ensemble des membres de la CME, et particulièrement ceux ayant participé aux commissions. Le travail réalisé a permis à la CME de garder son rôle de réflexion stratégique alors que la communauté soignante était soumise à des contraintes croissantes et que les projets élaborés étaient chahutés au gré des fluctuations financières et organisationnelles imposées par les pouvoirs publics et l'ARS. La CME a traversé un contexte économique et politique particulièrement mouvementé, mais a toujours su représenter la logique médicale.

Les mesures financières en défaveur du GHU n'ont fait que s'additionner et ont été particulièrement contraignantes :

- valorisation des activités CHU en défaveur des activités de recours et de la précarité ;
- retrait du financement de la permanence des soins au profit de l'hôpital privé ;
- gel de l'aide à la contractualisation ;
- report du plan Hôpital 2012 ;
- valorisation insuffisante des activités universitaires.

Parallèlement, la loi HPST a bouleversé le fonctionnement de la CME en cours de mandature. Grâce à la réflexion menée par la CME, le Président a pu intervenir face à l'ARS et la Direction Générale comme le représentant de la communauté médicale plutôt que comme le numéro deux du Directoire, qui a remplacé le Conseil Exécutif. A ce propos, le Président signale qu'il regrette que les travaux du Conseil Exécutif n'aient pu se poursuivre, et remercie les membres du conseil qui contribuaient à porter une véritable réflexion (MM. FOURNIER, LYON-CAEN, RYMER, DELPECH, AIGRAIN, PETIT, RICHARD).

Le Directoire imposé par la loi HPST peut avoir un rôle d'information et d'échanges, mais il ne permet pas à la communauté médicale de porter aussi intensément la réflexion et les projets médicaux qu'au sein du Conseil Exécutif. La prolongation de la CME a entraîné une longue période durant laquelle les réflexions ont manqué. Toutefois, grâce au travail des commissions, la place de la CME a été respectée dans tous les processus de décision et cycles de gestion de l'Institution.

Le Président adresse ses remerciements aux membres de la Commission des effectifs et du temps médical, animée par Patrice VALLEUR. L'analyse des candidatures aux différents postes a toujours été menée avec pertinence. Cette Commission a piloté la révision des effectifs, qui a toujours été guidée par une analyse de la pertinence médicale des postes. La Commission a également permis à la CME d'instruire les demandes de consultanat ; toutes les candidatures soumises à l'ARS ont été validées grâce à la pertinence de l'analyse menée en amont. Enfin, la Commission des effectifs a activement contribué aux décisions ayant conduit à la nomination des chefs de pôles ; le Président se félicite que les doyens aient été étroitement associés aux décisions dans ce domaine. Le Président salue également le travail effectué par la Commission d'activité libérale, présidée par Rolland PARC.

Le Président remercie ensuite Loïc CAPRON, qui a piloté le groupe des internes et a joué un rôle important pour clarifier les conditions d'accueil des médecins étrangers.

Les travaux de la COPS, pilotés par Gérard CHERON, ont conduit au recensement exhaustif de l'ensemble des lignes de garde de l'AP-HP. A partir de cette analyse des lignes de garde, la COPS a pu faire des propositions pour mieux contrôler la permanence des soins. Grâce à ce travail, la réduction des dépenses de permanence des soins peut entrer dans une phase active, ce qui indispensable compte tenu de l'annonce par l'ARS d'une baisse drastique du financement de la permanence des soins en 2012.

Le Président salue ensuite le travail réalisé par la Commission des structures, pilotée par Patrick HARDY et Noël GARABEDIAN. Cette Commission s'est positionnée comme une structure d'appui pour construire avec les CCM et les CME locales un découpage en pôles et structures qui soit pertinent du point de vue médical, tout en prenant en compte les perspectives universitaires.

Par ailleurs, le Président souligne le rôle particulièrement efficace qu'ont joué Gwenaëlle VIDAL-TRECAN et Christian RICHARD sur les sujets de la qualité des soins et de la coordination de la gestion des risques. Grâce au travail effectué, l'Institution est désormais mieux préparée à la certification.

La Commission Vie professionnelle, animée par Patrick DASSIER, a contribué à l'augmentation significative et à la parfaite lisibilité de l'octroi de bourses permettant le séjour de jeunes collègues à l'étranger.

La Commission de la stratégie, pilotée par Olivier LYON-CAEN et Marc DELPECH, a notamment rappelé à la CME la nécessité de construire une vision à dix ans et de partir des spécialités médicales pour définir le profil de l'exercice médical à l'échéance de l'an 2020. Cette Commission a également rappelé que l'offre de soin de l'AP-HP devait être déclinée dans le cadre de la redistribution de l'offre de soins en Ile-de-France, et a participé à la construction du plan stratégique réalisé en partenariat avec la DPM.

Le Président remercie également les membres de la Commission des finances, animée par Alain FAYE. Cette Commission a souligné la nécessité de mettre en perspective les dépenses plutôt que de se focaliser sur l'EPRD.

Enfin, le Président se félicite des liens étroits qui ont existé avec les DPM successives, et remercie Jean-Yves FAGON et Michel FOURNIER. La CME doit mettre en place les réorganisations prévues par le plan stratégique afin de moderniser l'offre de soins et dégager des marges de manœuvre pour améliorer le quotidien des soignants.

Grâce au travail collectif réalisé, la CME a pu réaffirmer sa volonté d'élaborer et de conduire le projet médical de l'AP-HP face aux pouvoirs publics et à l'ARS, et éviter que les restructurations de l'AP-HP ne soient qu'un plan d'économie contraire aux positions de la communauté médicale. Malgré les contraintes, la CME aura contribué à fixer les lignes directrices pour que l'AP-HP, en 2020, soit adaptée aux progrès de la médecine et à l'évolution des métiers soignants et de la demande de soins.

## **II. Information sur la situation des emplois des personnels de rééducation, des psychologues et des personnels socio-éducatifs**

**Le Président** salue le travail réalisé par M. POIMBOEUF, qui fait preuve d'une grande écoute vis-à-vis des demandes de la communauté médicale.

**M. POIMBOEUF** indique que l'information comprend et un point sur les effectifs infirmiers.

**M. LAVOUE** rappelle que la diminution du nombre de postes dans les groupes hospitaliers avait été évoquée lors de la CME du 11 octobre. Les effectifs ont diminué à hauteur de 600 postes permanents, hors services centraux et généraux ; cette diminution concerne principalement le personnel hospitalier (-280 postes). Pour chaque catégorie socioprofessionnelle, un Tableau Prévisionnel des Effectifs Rémunérés (TPER) est dressé, qui permet d'apprécier l'évolution entre 2010 et 2011. Globalement, le nombre de postes permanents a baissé à hauteur de 1 %.

Le TPER du personnel médico-technique a baissé à hauteur de 44 postes entre 2010 et 2011. La diminution touche principalement l'encadrement supérieur (-5,85 %) et les techniciens de laboratoire (-1,76 %). A la fin du mois d'octobre, il existait 27 postes vacants, dont 14 postes de manipulateurs et 12 postes de préparateurs en pharmacie. Il existe également des postes d'encadrement vacants, ce qui est commun à toutes les catégories socioprofessionnelles. En revanche, le nombre de techniciens de laboratoire est supérieur aux prévisions (+17), ce qui s'explique par le retard de mise en œuvre des opérations de biologie.

Le TPER du personnel de rééducation a baissé à hauteur de 15 postes, soit une diminution de 0,7 % de l'effectif. Proportionnellement, la diminution des postes d'encadrement est plus importante que pour le personnel médico-technique, mais les volumes sont peu importants. A la fin du mois d'octobre, il existait 58 postes vacants, ce qui constitue une amélioration par rapport à l'année précédente. Les difficultés de recrutement concernent les métiers de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute et de psychomotricien, particulièrement dans les secteurs de gériatrie.

Le TPER de sages femmes enregistre une hausse de 4,4 %, ce qui s'explique par l'intégration en 2011 du TPER de la nouvelle maternité de Bicêtre. Au total, l'effectif a augmenté à hauteur de 21 postes. Fin octobre, quatre postes étaient vacants.

Le TPER du personnel hospitalier qualifié a baissé à hauteur de 277 postes. Les postes d'aide soignant et d'agent hospitalier représentent près de la moitié de la diminution du nombre d'Equivalents Temps Plein (ETP). Pour les agents hospitaliers, la diminution se concentre principalement sur quatre GH. Le nombre de postes d'aides soignants a particulièrement diminué au GH Cochin, ce qui s'explique par la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul et par l'effet en année pleine des restructurations effectuées en 2010. 118 postes étaient vacants à fin octobre, dont 46 au GH Ambroise Paré-Raymond Poincaré-Sainte Perine et 32 au GH Necker.

Le TPER du personnel socio-éducatif a diminué à hauteur de 13 postes, soit 1,4 %. Les postes d'encadrement baissent de 10,8 %. A fin octobre, 21 postes étaient vacants, soit environ 2 % des postes. Ces vacances touchaient principalement des postes d'encadrement et d'éducateurs jeunes enfants.

S'agissant du personnel infirmier, le TPER des infirmiers diplômés d'Etat est stable, le TPER des infirmiers spécialisés augmente (+12 postes), tandis que le TPER de l'encadrement diminue (-

43 postes). 639 postes étaient vacants à fin octobre, ce qui représente une forte dégradation par rapport à l'année précédente. Quatre GH ont plus de 10 % de postes vacants.

Un point a été fait suite à la sortie d'école d'infirmier du mois de novembre. Une enquête a été réalisée auprès des GH afin de savoir combien ils avaient pré-recrutés de candidats avant la publication des résultats du diplôme ; 962 recrutements étaient confirmés avant publication des résultats. Compte tenu des échecs à l'examen et des besoins non-identifiés lors de l'enquête, le nombre de recrutements devrait se situer entre 950 et 1 000 durant la période allant de décembre 2011 à février 2012. Cependant, dans certains GH, les recrutements ne permettront pas d'occuper tous les postes vacants. Il faudra certainement attendre les sorties d'école de mai et de juillet pour retrouver une situation de plein emploi sur les postes d'infirmiers. En 2011, le taux de réussite à l'examen était légèrement inférieur à celui enregistré en 2010. Toutefois, en raison de l'augmentation du nombre de candidats, le nombre de diplômés a augmenté de 3,9 %.

**M. POIMBOEUF** ajoute qu'une dissociation doit être faite entre les secteurs dans lesquels des postes ont été supprimés et des ajustements d'effectifs sont en cours, et le sujet des infirmiers, dont le recrutement ne permettra pas de couvrir les besoins. En 2012, l'Institution devra absolument se mobiliser à l'occasion des sorties d'école de mai et juin pour couvrir ses besoins au-delà du TPER et anticiper les départs. L'AP-HP n'a que les sorties d'école comme source de recrutement.

**Le Président** demande s'il est possible de dépasser le TPER en prévision des départs.

**M. POIMBOEUF** répond qu'il s'agit d'une nécessité impérieuse. La dégradation des conditions d'emploi et la désorganisation du travail conduisent un certain nombre d'infirmiers à quitter l'Institution. Une plus grande stabilité des effectifs permettra de retravailler avec les équipes sur l'organisation du travail. En termes de bonne gestion, il est mal venu de dépasser le TPER, mais cette solution est nécessaire compte tenu de la temporalité des recrutements.

**Le Président** demande si l'autorisation de dépense est laissée au GH lorsque les postes ne sont pas pourvus, et si le GH a alors la possibilité de recruter d'autres personnels grâce à cette autorisation.

**M. LAVOUE** répond que les vacances de postes peuvent permettre d'engager d'autres recrutements, sous réserve qu'une bascule de poste soit effectuée lors de la notification suivante. Le travail des directeurs des soins et des directeurs des ressources humaines doit néanmoins permettre d'anticiper les sorties d'école et d'avoir un TPER prenant en compte les pics de recrutement à ces périodes pour anticiper la décroissance de l'effectif au cours des mois suivants.

**M. LACAU SAINT GUILY** signale qu'il convient d'opérer une distinction entre la baisse manifeste de l'attractivité du métier d'infirmière et le problème spécifique de l'attractivité du métier d'infirmière à l'AP-HP. Ce problème est notamment lié à l'incitation financière ; la solution des IBODE s'est avérée payante dans un certain nombre d'hôpitaux. Cependant, la question de l'organisation du travail est fondamentale. L'instabilité de l'activité pose aussi le problème de l'encadrement de proximité, qui constitue un sujet gravissime au sein de l'AP-HP ; le manque de cadres participe à la dégradation qualitative de l'activité.

**M. LYON-CAEN** fait observer que la présentation à fait apparaître que la gériatrie était en grande difficulté, et déclare qu'il est nécessaire de travailler sur ce sujet. Par ailleurs, il estime nécessaire que les acteurs techniques hospitaliers (psychologues, orthophonistes, etc.) soient rattachés à l'activité médicale, et non à l'activité de soin. En dehors des problèmes de formation, la difficulté à

recruter ces personnels vient du fait qu'ils ne trouvent plus leur place à l'hôpital. Ces acteurs, indispensables, ne peuvent être gérés comme des agents hospitaliers ou des aides soignants.

**Mme VASSEUR** répond que le problème du rattachement ne se pose plus, compte tenu du fait que l'affection ou le recrutement ont lieu à l'échelle du pôle.

**M. LYON-CAEN** objecte que les acteurs techniques hospitaliers ont tout de même affaire à la direction du personnel, et non à la direction des affaires médicales.

**M. POIMBOEUF** explique qu'il existe deux modes d'organisation dans certains établissements hospitaliers. Dans certains établissements, cette catégorie de personnel est rattachée directement au chef de service. Dans d'autres, des pôles spécifiques ont été mis en place, et un chef de pôle s'occupe de l'ensemble des fonctions transversales sur les métiers de la rééducation, au service de l'ensemble des pôles. Par ailleurs, M. POIMBOEUF indique que, dans le cadre de son expérience professionnelle précédente, il avait rattaché les psychologues aux médecins. Le recrutement des psychologues était mené conjointement par le médecin responsable du service dans lequel allait travailler le psychologue, et une psychologue désignée par un collègue de pairs. Ce dispositif permettait d'apporter un éclairage au médecin.

**Le Président** demande si un tel dispositif pourrait être mis en place à l'AP-HP.

**M. POIMBOEUF** répond qu'il est soucieux de mettre au point la meilleure organisation possible et se déclare disposé à travailler sur ce sujet.

**Mme KERHOAS** revient sur le sujet de l'attractivité du métier d'infirmier. Elle signale que le contrat de pré-recrutement ne propose qu'une indemnité de 300 euros par mois, et évoque les questions du logement et des crèches. L'AP-HP reste très attractive, notamment en proposant aux élèves-infirmiers d'effectuer leur stage préprofessionnel en son sein.

**M. SEBBANE** indique que les services de gériatrie ne sont pas les seuls touchés par le déficit de personnel soignant : les services d'urgence sont également affectés. Par ailleurs, il fait observer que la raison majeure de la baisse d'attractivité du métier d'infirmière est la rémunération. Aujourd'hui, les infirmières préfèrent rester intérimaires de longue durée et percevoir plus de 2 000 euros par mois plutôt que d'être titularisées pour un salaire de 1 500 euros. La répartition des promotions professionnelles constitue également un point d'attention. L'Institution doit proposer des solutions de fond à ces questions, car la situation pourrait devenir très problématique, notamment pour la prise en charge de proximité.

**M. POIMBOEUF** assure qu'il partage ces préoccupations. Cependant, il fait observer que l'AP-HP doit mener un combat inégal en matière de rémunération : les jeunes professionnels trouvent dans l'intérim un moyen de se forger une expérience professionnelle diverse dans des conditions financières plus favorables compte tenu de la pénurie de personnels qualifiés. En outre, l'accès en catégorie A s'est déjà traduit pour les infirmières par une amélioration de l'évolution de la carrière que les pouvoirs publics considèrent comme « substantielle ». Certains estiment cette évolution insuffisante, mais le contexte économique ne favorise pas les discussions statutaires et les évolutions de rémunération.

L'AP-HP doit développer le recours aux bourses d'étude. Le renforcement de la partie académique des études d'infirmière conduit à une modification du recours à la promotion professionnelle, et il

est indispensable de compléter ce dispositif par des bourses d'études offertes à partir de la seconde année en contrepartie de la conclusion d'un contrat d'engagement de servir. L'investissement des GH dans l'accueil des étudiants et des stagiaires permettrait de conduire une politique de recrutement de moyen terme qui éviterait les à-coups auxquels l'Institution est confrontée.

S'agissant de la gériatrie, M. POIMBOEUF indique qu'il n'existe pas de solution miraculeuse. Beaucoup des infirmières qui n'ont pas fait le choix de ce secteur ont la sensation que leur passage en gériatrie est très long et insuffisamment valorisé. De plus, dans ce secteur, la charge physique est importante, et les infirmières ont des missions supplémentaires d'encadrement des autres personnels de santé. Ainsi, s'il est normal que l'Institution impose des parcours professionnels pour satisfaire tous les besoins, cela doit se traduire par une visibilité accrue pour les personnels n'ayant pas choisi le secteur dans lequel ils travaillent. Une réflexion doit être menée sur le sujet avec les gériatres et les cadres.

**M. CAPRON** revient sur la nécessité d'améliorer les conditions de logement pour attirer le personnel infirmier, et signale que la moitié du bâtiment accueillant l'IFSI Cochin-La Rochefoucauld est désaffectée. Or, il s'agissait d'un ancien foyer d'infirmières. M. CAPRON demande si la réhabilitation du bâtiment est envisagée.

**M. POIMBOEUF** répond qu'une étude est en cours afin de créer un foyer infirmier. Cependant, la sécurité du bâtiment est problématique.

**M. VALLEUR** déclare que la rigidité des structures (et notamment des horaires) est un obstacle à l'attractivité du métier d'infirmier et revient souvent parmi les causes de départ. Il évoque ensuite le cas d'une infirmière partie en retraite qui souhaitait travailler deux jours par semaine ; cette infirmière ne s'est vue proposer qu'un recrutement à l'échelon 0, malgré son expérience et sa compétence, et a par conséquent rejoint une agence d'intérim. Enfin, M. VALLEUR signale que l'encadrement s'éloigne de plus en plus de la fonction de soin, ce qui accroît la démotivation du personnel.

**M. CHERON** indique que les personnels socio-éducatifs ne sont pas toujours rattachés à des activités médicales ou à des chefs de pôles. Par ailleurs, il fait observer que la vacance de certains emplois ne s'explique pas seulement par l'absence de demandes d'engagement, mais aussi par des blocages. Ainsi, alors que douze emplois d'éducateurs de jeunes enfants sont vacants, certaines personnes sont en attente de recrutement depuis six mois et sont confrontées à des refus qui ne sont pas des refus médicaux.

**M. POIMBOEUF** invite les membres de la CME à le saisir lorsqu'il existe une situation de blocage, afin qu'il se mette en rapport avec les GH. Il confirme ensuite que la fonction d'encadrement de proximité doit être redéfinie. L'une des réponses possibles consiste à travailler sur les injonctions adressées aux cadres. De plus, les commandes doivent être coordonnées afin que les cadres ne reçoivent pas une multitude de demandes sans pouvoir organiser leur travail. Enfin, l'accompagnement des équipes doit conduire à ce que les cadres se préoccupent de la qualité des soins. Une réflexion doit être menée sur l'accomplissement d'un certain nombre de tâches très chronophages ; M. POIMBOEUF assure qu'il recommande régulièrement aux cadres de déléguer à leurs équipes un certain nombre de tâches, notamment la mise au point des plannings. Lorsque les équipes gèrent les plannings, les régulations qui en découlent permettent aux équipes de se recentrer sur la prise en charge et l'accompagnement des patients.



**Mme VASSEUR** indique que l'encadrement est l'un des quatre axes du projet de soin. Deux soucis subsistent. D'abord, le travail de l'encadrement est très largement médico-prescrit, et est donc tributaire de l'organisation médico-soignante qui prévaut dans les équipes. Par ailleurs, un travail collectif doit être mené sur les attentes vis-à-vis de l'encadrement et sur les demandes qui lui sont adressées. La place de l'encadrement de proximité est au chevet des malades et des équipes, et l'organisation doit être pensée pour assurer cette présence. Les outils développés au sein de l'Institution (NSI Gestion, NSI Dossiers patients) doivent prendre en compte les activités paramédicales des cadres. Par ailleurs, il existe une demande très forte de l'encadrement de voir sa place affirmée dans l'Institution à tous les niveaux et d'être associé aux évolutions de leur environnement de travail.

**M. GARABEDIAN** fait observer qu'il avait déjà attiré l'attention de la CME sur le problème que constituait la diminution drastique du nombre de cadres. Les cadres de proximité ont un rôle très important à jouer, et la situation actuelle contribue à la désorganisation de l'activité. Par ailleurs, M. GARABEDIAN souligne à quel point l'absence d'une seule infirmière dans une équipe peut être source de désorganisation, et déclare qu'il n'a jamais vu, en trente ans de carrière, une dégradation de la situation des personnels comparable à celle observable actuellement.

**M. POIMBOEUF** indique que la question du temps de travail devra faire l'objet d'une réflexion dans les années à venir. Cependant, il signale que la rigidité de l'Institution est inhérente à sa taille. Des adaptations sont envisageables, mais elles ne peuvent être que limitées.

**M. SEBBANE** revient sur la question des promotions professionnelles.

**M. LAVOUE** indique que les trois critères utilisés en 2011 pour répartir la promotion professionnelle au niveau des GH étaient la taille du TPER, le nombre de postes vacants et les ratios d'encadrement en nombre de soignants par lits. La DRH Centrale ne répartit la promotion professionnelle qu'au niveau des GH : il appartient ensuite aux DRH et aux directeurs de soins de répartir les promotions au niveau des services et des pôles. La DRH Centrale a décidé d'anticiper le recrutement du personnel infirmier sur les différents postes afin que les échecs au diplôme soient répartis sur l'ensemble des postes, et non seulement sur les postes peu attractifs.

### **III. Avis sur la convention entre l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, l'université Paris-Sud 11 et l'Institut de cancérologie Gustave Roussy constitutive de CH et U**

**M. SAUVAT** rappelle qu'il vient pour la cinquième fois présenter une convention de ce type à la CME, dont l'avis constitue une obligation légale. La convention présentée a la particularité d'être tripartite ; elle associe en effet l'Institut de cancérologie Gustave Roussy.

**Le Président** propose aux membres de la CME d'approuver cette convention.

*La convention est approuvée à l'unanimité.*

#### **IV. Avis sur la convention entre l'AP-HP et l'université Paris-Sud 11, précisant la convention constitutive de centre hospitalier et universitaire (CH et U) en date du**

##### **Dispositions applicables aux personnels et aux étudiants et dispositions applicables à la gestion du patrimoine**

**Le Président** propose aux membres de la CME d'approuver cette convention.

*La convention est approuvée à l'unanimité.*

#### **V. Point sur les « neurosciences »**

**Le Président** signale que la restructuration supra-GH des neurosciences est un sujet de la plus haute importance. Si la CME ne s'impose pas comme force de proposition dans ce dossier, l'ARS prendra la main, ce qui mettra l'Institution dans une situation difficile. Une importante réflexion est en cours, pilotée par M. FOURNIER et alimentée par la CME. L'information sur l'avancée de cette réflexion permettra de discuter de la manière dont les travaux pourraient être déclinés.

**M. FOURNIER** rappelle qu'au cours des six dernières années, l'AP-HP a déjà connu des échecs importants en matière de restructuration. L'objectif actuel est de ne pas répéter ces échecs mais de trouver la cadence nécessaire pour que le maximum de restructurations prévues dans le projet médical du plan stratégique soit réalisé. Ce projet médical a bénéficié de la participation d'environ 400 collègues. Pour chacune des restructurations contenues dans le projet, différentes options sont envisageables, et les conditions de mise en œuvre sont variables. La difficulté des restructurations ne doit cependant pas occulter le fait qu'elles sont absolument nécessaires.

Le statu quo aurait un certain nombre d'avantages : il n'entraînerait pas de perturbation de l'activité et de la trajectoire financière des GH concernés, ne nécessiterait ni investissements, ni déplacements des équipes, et de modifierait pas les projets médicaux des sites concernés. Cependant, préférer le statu quo reviendrait à ignorer le rationnel H et U de la restructuration, et invalider un domaine du projet médical du plan stratégique.

Le groupe de travail neurosciences était constitué de tous les doyens concernés, du Président de la CME, d'un représentant de l'ARS, d'un groupe neurointerventionnel, des représentants de six collégiales, de deux représentants de la DPM, et de trois collègues regardés comme légitime. Ce groupe s'est réuni huit fois et M. FOURNIER a personnellement reçu 65 collègues exerçant sur cinq sites. De nombreuses réunions formelles et informelles ont donc eu lieu pour préparer la restructuration. Par conséquent, les critiques portant sur l'insuffisance de représentation des GH et sur l'insuffisance de concertation avec les GH ne sont pas étayées.

Le principe de la restructuration est la densification par regroupement et la constitution de centres lourds. Il existe actuellement douze ETP de neuroradiologues interventionnels à l'AP-HP, répartis sur cinq centres, et l'Institution n'est pas en mesure d'assurer le renouvellement des départs. Par ailleurs, les cinq chefs de service de neurochirurgie de l'AP-HP ont, de leur propre initiative, proposé le passage de cinq à trois centres.

Les centres lourds de neurosciences devront élaborer et mettre en œuvre un programme de type universitaire composé d'un programme de recherche dense. Les efforts à consentir n'ont aucun sens si la logique universitaire est insuffisamment prise en compte. La coexistence des activités hospitalières et universitaires permettra de compenser la fragilité actuelle des équipes et de concentrer les dépenses d'investissements nécessaires. L'AP-HP n'aura pas les moyens, dans les années à venir, d'équiper cinq centres de neurochirurgie.

La problématique de la permanence des soins est également majeure. Le fonctionnement d'un centre de neurochirurgie nécessite de disposer d'équipes qui soient en mesure d'assurer la permanence des soins. Or, il existe actuellement des listes de garde à trous dans certains centres d'accueil en neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle. L'Institution n'est donc pas en mesure de maintenir plusieurs sites.

La cible, à terme, est de passer de cinq centres à trois centres lourds. Le groupe neurosciences estime que ces trois centres devraient être Lariboisière, La Pitié et Bicêtre.

L'opération comprendrait deux étapes :

- prise de décision fin 2011 ;
- mise en œuvre au cours des deux ou trois dernières années du plan stratégique.

Aucun calendrier précis n'a été mis au point, car un certain nombre d'éléments doivent être affinés, et des alternatives sont envisageables. Cependant, il est important de prendre une décision de principe quant à la cible qui soit compatible avec la durée et le projet médical du plan stratégique.

Parallèlement, il semble souhaitable de constituer un groupe de travail chargé de réfléchir à une réorganisation de la prise en charge des polytraumatisés à mettre en œuvre dans le cadre du prochain plan stratégique.

La mise en œuvre par étapes de la restructuration se justifie par :

- l'importance des mouvements à gérer ;
- les travaux nécessaires ;
- l'attente de la décision de l'ARS sur la permanence des soins en neurochirurgie ;
- le phasage avec la partie universitaire.

Tous ces éléments sont en effet susceptibles d'impacter les conditions de mise en œuvre après que la décision de créer trois centres ait été prise.

La décision à prendre porte sur :

- la cible ;
- le maintien de la neurochirurgie fonctionnelle à Mondor ;
- le maintien des centres d'accueil des polytraumatisés en l'état.

Les pré-requis pour ces décisions sont les apports professionnels, le fonctionnement des centres d'accueil des polytraumatisés sans neurochirurgie sur site, le soutien de l'ARS à la prolongation de certaines autorisations et l'étude de sauvegarde de la filière grande garde et cérébro-lésés.

Dans ce contexte, l'année 2012 pourrait être consacrée aux points suivants :

- autorisation NRI Beaujon et Bichat ;
- analyse des conséquences des modifications éventuelles de la grande garde ;
- analyses des flux régionaux sur l'accueil actuel des cérébro-lésés ;
- chiffrage par les GH pour préparer les mouvements et les besoins en équipement.

Un débat est en cours parmi les médecins qui dirigent les centres de polytraumatologie sur le fait de savoir si l'absence de service de neurochirurgie sur place entraînerait une perte de chance pour les malades. Or, actuellement, les centres de polytraumatologie n'ont pas un environnement d'activités disponibles sur site correct : plusieurs centres de qualité (Beaujon, Lariboisière, Bicêtre) travaillent sans chirurgien vasculaire sur place.

Le groupe de travail neurosciences est conscient de la nécessité de prendre en compte les problématiques particulières des sites et les perturbations engendrées par la restructuration. Sur tous les sites, une réflexion devra être menée sur l'inflexion des projets médicaux. Les perturbations devront être préparées en amont de la restructuration.

Le projet actuel consisterait à mener des travaux préparatoires à Bicêtre et à la Pitié-Salpêtrière en 2012. Entre la fin de l'année 2012 et l'année 2013 auraient lieu le déplacement de la NRI de Beaujon à Bicêtre, le déplacement de l'onco-ORL de Beaujon à la Pitié-Salpêtrière et le déplacement de la neurochirurgie de Beaujon à Lariboisière. Le phasage du transfert de la neurochirurgie de Mondor à Bicêtre n'a pas été arrêté. Ce plan est susceptible d'être modifié.

**Le Président** répète qu'un grand nombre de collègues a été associé à la réflexion. Le projet ne faisant pas consensus, il était nécessaire d'ouvrir un débat.

**M. RUSZINIEWSKI** assure qu'il ne conteste pas l'importance du travail réalisé, et donne lecture de la déclaration suivante :

*« La communauté médicale de Beaujon – et plus largement celle du GH HUPNVS – a depuis longtemps démontré son engagement en matière de choix stratégiques et de restructuration. Elle a même été pionnière de ce point de vue, lorsqu'elle s'est réorganisée, il y a 5 ans, autour des activités digestives et cardiothoraciques, sur BCH et Beaujon, respectivement.*

*En tant que président du CCM de Beaujon pendant ces années, ma stratégie a été constante. Elle a consisté à structurer l'activité du site Beaujon- un hôpital de 400 lits- autour de 2 axes majeurs. L'un est le pôle des MAD, dont il ne sera pas question aujourd'hui, en tous cas pas directement. L'autre est le pôle TCR, organisé initialement autour de la NC, de l'orthopédie, de l'ORL et de la CMF. C'est ce pôle qu'on se proposerait de démanteler aujourd'hui. Avant d'expliquer pourquoi cette décision serait catastrophique, pour Beaujon bien sûr, mais surtout pour la prise en charge des malades, il me paraît important de vous donner quelques informations sur le pôle TCR.*

- *Le service d'Orthopédie-Traumatologie de Pierre GUIGUI attire à Beaujon des malades porteurs d'affections rachidiennes complexes. Sa réputation n'est plus à faire et c'est l'une des activités d'excellence de l'hôpital. Son maintien à Beaujon s'avèrerait impossible en dehors du maintien du pôle.*

- *Le service de NC, dirigé jusque récemment par Aimée REDONDO, est également très actif, le plus actif même de l'APHP dans un récent palmarès presse grand public. A côté de sa mission de prise en charge des polytraumatisés sur laquelle je reviendrai, il est reconnu comme centre de référence de prise en charge des tumeurs de la base du crâne, sous l'impulsion de Michel KALAMARIDES et du service d'ORL d'Olivier STERKERS. Comme vous le savez certainement, ces 2 collègues ont décidé d'aller chercher fortune, espérée meilleure, dans un autre GH, la Pitié Salpêtrière. Loin d'affaiblir le pôle comme certains l'ont prétendu, c'est au contraire l'occasion d'une triple clarification. La première est que ces départs suppriment le doublon avec la NC de Lariboisière, très présente sur le même segment d'activité. La seconde est la redéfinition des axes stratégiques de la NC sous la conduite de Pierre GUIGUI, chef du pôle TCR. Le service de NC va en effet participer à la création d'une unité de neuro-orthopédie, unique à l'AP ; développer son activité neuro-oncologique en lien avec Sandrine FAIVRE et Eric RAYMOND, et enfin son activité de prise en charge des maladies et malformations vasculaires, en lien avec la NRI. Il va sans dire que le recrutement d'un nouveau chef de service, déjà identifié en dehors de l'institution et pleinement impliqué dans le projet, est indispensable. Il va sans dire aussi- mais cela va mieux en le disant, car la désinformation a beaucoup circulé- que tous les collègues concernés soutiennent ces choix et expriment clairement leur volonté de rester sur place au service de ce magnifique projet. La troisième clarification est que le départ d'Olivier STERKERS permet la réalisation d'un projet déjà ancien et structurant, l'arrivée de Béatrix BARRY en provenance de BCH. Son activité de cancérologie ORL s'intègre parfaitement dans les priorités de Beaujon.*
- *L'association NC, Chirurgie Orthopédique, CMF et Chirurgie Viscérale, et bien sûr du Département d'Anesthésie Réa est le socle de la prise en charge des polytraumatisés, dont 50% de cérébrolésés. Je veux insister solennellement sur le niveau d'excellence qualitatif et quantitatif de cette prise en charge. Beaujon est le 2<sup>e</sup> centre de prise en charge des polytraumatisés à l'AP, avec une moyenne de XX patients par an. Il dessert toute la région IDF Nord/Nord Ouest, et bien au-delà, c'est-à-dire une population défavorisée dont la prise en charge est difficile. Aucun, je dis bien aucun centre APHP voire en dehors n'est capable de se substituer à cette mission de Beaujon dans un avenir raisonnable. J'ajoute que sous l'égide de Jean MANTZ, spécialiste de Neuro-Anesthésie, la dimension universitaire de cette activité est aujourd'hui un point fort majeur de Beaujon.*

*Venons-en à un point de discorde, la NRI. L'arrivée d'un service de NRI à Beaujon provient d'une part de la conviction- d'ailleurs aujourd'hui devenue réglementation- que la NRI est indispensable à la prise en charge globale et coordonnée des patients aux côtés de la NC, et d'autre part de la démarche d'un de nos collègues, Jacques MORET. Je souhaite rappeler que Jacques MORET a été nommé PU-PH à Beaujon en 1994, et qu'il a été contraint, à une époque précédant la T2A où la crainte était le coût de son activité, de s'installer à la FOR. Jacques MORET a souhaité revenir à Beaujon compte tenu des liens conservés avec la NC, mais aussi pour assurer l'avenir universitaire de son équipe. Pour Beaujon, cela signifiait l'arrivée d'une des meilleures équipes de NRI, en provenance du secteur privé, avec une activité à forte valeur ajoutée, clinique et universitaire. Les équipements nécessaires étaient – et sont toujours- entièrement pris en charge par des partenaires industriels et le fonds de recherche Medicen, attirés par la grande expertise du service.*

*J'ai parfois entendu que tout cela s'était fait en catimini ou en force. C'est évidemment une plaisanterie. Beaujon a présenté à votre prédécesseur, Madame la Directrice Générale, à ton prédécesseur, Michel, et surtout à celui de Monsieur SAUVAGE tous les éléments médicaux,*

économiques et financiers relatifs à son projet. Les calculs ont été faits et refaits, vérifiés et revérifiés. Ils ont intégré toutes les hypothèses, ou presque. Il est vrai qu'il était difficile de prévoir que l'équipe de Jacques MORET n'arriverait pas à Beaujon au complet, en raison de manœuvres sordides menées par d'anciens responsables de notre institution en plein conflit d'intérêt. Rien de cela n'a empêché l'installation de la NRI à Beaujon, où elle a rapidement atteint puis dépassé ses objectifs, grâce à sa motivation et au soutien indéfectible des collègues, notamment des radiologues et des anesthésistes réanimateurs. Sur le plan universitaire, le soutien de Benoît SCHLEMMER a permis la nomination de Laurent SPELLE pour assurer l'avenir. Tout cela a permis l'inscription du service de NRI à Beaujon au plan stratégique de l'AP, plan stratégique voté par nos instances et toujours en vigueur à ma connaissance.

Venons en maintenant aux motivations de ce démantèlement, et à ses conséquences. Qui peut nier l'importance des difficultés économiques que traversent le pays et l'institution ? Cependant, le bilan financier de cette opération est inconnu, et je ne le crois pas positif pour l'AP. Quels investissements pour transférer les équipes ? Quelle perte de recettes pour Beaujon, non récupérées par l'AP ?

Par ailleurs, les préoccupations économiques ne peuvent pas prendre le pas sur les problèmes de prise en charge des patients. J'ai noté avec intérêt que le nombre de centres de prise en charge des patients souhaité par l'ARS n'est pas inférieur à l'existant, contrairement à la chirurgie cardiaque. Les problèmes de démographie médicale ont été beaucoup mis en avant. Or, nous avons la certitude, tant en NC qu'en NRI, de recruter en dehors de l'institution les collègues nécessaires. Faut-il rassembler un jour, dans un grand hôpital nord IDF, les équipes de BCH, Beaujon, voire d'autres hôpitaux AP ou non AP ? Tous à Beaujon y sont favorables, mais nous sommes sans illusions sur les délais nécessaires, surtout dans le contexte économique actuel. Démanteler les neurosciences d'ici là revient à aggraver les problèmes économiques du site, et à dégrader la prise en charge des patients, et notamment des polytraumatisés. Les Urgentistes ne s'y sont pas trompés, qui ont vigoureusement dénoncé ce projet. La disparition de la NC et son remplacement par une astreinte leur sont apparus comme une sinistre farce, contredite par toutes les données de la littérature sur la prise en charge efficiente des polytraumatisés, comme nous l'avons dit à maintes reprises. Démanteler les Neurosciences de Beaujon revient enfin à casser la volonté collective de collègues de porter un grand projet, ce qui constitue à ma connaissance l'une des seules garanties de succès.

Une dernière interrogation pour finir : que deviendrait Beaujon si ces départs avaient lieu ? Un pôle digestif unique, superbement isolé et qui souffrirait grandement du départ d'un grand nombre d'anesthésistes réanimateurs et de structures indispensables ? Irréaliste. Pressés de développer des schémas alternatifs, Jean MANTZ, notre tout nouveau président de CMEL, et moi sommes restés sans voix et sans idées, probablement parce que nous manquons cruellement de bonne volonté ou d'imagination. Plus sérieusement, nous ne voyons pas quoi proposer alors qu'on couperait l'une des 2 jambes de l'hôpital, et que dans les circonstances actuelles, aucune activité d'envergure ne pourrait nous rejoindre.

Chers Collègues, le départ des neurosciences de Beaujon serait un contresens stratégique, aboutirait à l'apoptose d'un hôpital très actif et stratégique pour l'Ile-de-France Nord, et constituerait une mauvaise opération financière. J'espère que notre CME – celle-ci et la suivante – manifesterà son opposition à ce projet, et se donnera les moyens d'une discussion approfondie et impartiale. »

**M. SCHLEMMER** fait observer que la présentation de M. FOURNIER occulte certaines difficultés, et signale qu'il n'est pas certain que toutes les conséquences des décisions envisagées aient été pesées. Il rappelle que la concordance des stratégies universitaires et hospitalières est extrêmement importante, qu'elle nécessite une coordination étroite entre les institutions, et que les thématiques de recherche assurent l'assise universitaire, l'attractivité et la visibilité des sites. A l'hôpital Beaujon, l'anesthésie a voué une part importante de son activité universitaire à la neuro-traumatologie et à la neuro-anesthésie. En outre, le service de neuro-orthopédie, qui est extrêmement lié à l'activité du service de neurochirurgie, ne pourrait se maintenir dans les conditions évoquées. Le chef de service a d'ailleurs signalé qu'il ne resterait pas en cas de départ de la neurochirurgie.

L'ARS est extrêmement attachée à ce que les décisions de politique régionale en matière d'accès aux soins soient coordonnées dans le cadre d'un périmètre allant au-delà du territoire de l'AP-HP. Or, les propositions présentées ne prennent pas suffisamment en compte le devenir des populations du Nord et de l'Ouest, compte tenu du fait que les centres de neurochirurgie les plus proches et voués à l'activité d'urgence sont Amiens et Rouen. De plus, se défaire d'un certain nombre d'activités se ferait au bénéfice d'établissements extérieurs à l'AP-HP, notamment l'hôpital Foch, ce qui se traduirait par une perte d'activité pour l'Institution.

M. SCHLEMMER indique ensuite que les avis portant sur l'importance de la neurochirurgie dans un centre de polytraumatologie ne sont pas aussi unanimes que M. FOURNIER l'a laissé entendre. Par ailleurs, il s'étonne que l'hypothèse d'un quatrième centre lourd n'ait jamais été évoquée. Enfin, il signale que l'absence de centre de polytraumatologie ayant une dimension de neurotraumatologie au-delà du périphérique pourrait s'avérer problématique, compte tenu de la situation des voies de circulation. Cependant, il reconnaît l'existence de problèmes d'infrastructures à Beaujon et à Bichat.

**M. VALLEUR** fait observer que la restructuration devra être menée suffisamment rapidement pour que les équipes concernées n'attendent pas leur départ pendant plusieurs années.

**Le Président** signale qu'un pôle lourd de neurosciences doit disposer d'un service de neurologie, ce qui n'est pas le cas de Beaujon. Toutefois, l'hôpital Beaujon doit demeurer un centre d'accueil des polytraumatisés ; il n'est pas possible de ventiler dans d'autres hôpitaux de l'AP-HP les polytraumatisés dont Beaujon à la charge.

Malgré la création de centres lourds de neurosciences, le projet médical de l'hôpital Beaujon doit être préservé. Pour cela, il est nécessaire de maintenir ses activités de neuro-traumatologie, de neuro-anesthésie et de neuro-orthopédie. Ces éléments sont indispensables, mais ne sont pas constitutifs d'un pôle lourd de neurosciences. Le Président propose qu'une réflexion soit menée sur le maintien des activités et sur ses conséquences en matière d'équipes et de structures.

**M. CARLI** signale que le problème quantitatif de la prise en charge des polytraumatisés n'est pas négligeable, d'autant plus que les centres de neurochirurgie ont une vision différente de la prise en charge des neurotraumatisés. Il risque d'y avoir un effet de concentration sur les centres existants ayant une expertise dans ce domaine, ce qui ne serait pas tenable. Or, il n'est pas simple de recevoir des blessés graves lorsque l'infrastructure et le plateau technique ne sont pas adaptés.

Par ailleurs, M. CARLI souligne que le message de l'ARS manque de clarté. Les services d'urgences de la grande couronne se sont opposés au projet, car ils ne voient pas apparaître dans le

raisonnement de l'ARS des filières claires de prise en charge des polytraumatisés. La discussion doit donc intégrer les attentes des partenaires de l'AP-HP.

**Le Président** répète que les possibilités d'accueil des polytraumatisés dans Paris sont saturées et que Beaujon est un centre indispensable.

**M. REMY** demande si une analyse a été menée sur l'impact de la réorganisation sur la prise en charge des comas dépassés et des prélèvements d'organes, et si les centres comme Beaujon et Mondor continueront leur activité dans ce domaine.

**Le Président** répond que cette question peut se résoudre assez facilement dans le cadre de filières. Or, le projet présenté prend bien en compte la nécessité d'assurer les filières de prise en charge. Les restructurations nécessitent avant tout un accord de principe. Une fois le principe acquis, son application peut être déclinée ; des modifications seront indispensables dans les services affectés.

Par ailleurs, le Président souligne que l'argument de la communauté médicale de Beaujon porte sur la qualité globale de la prise en charge d'un centre de polytraumatisés ; un travail doit donc être effectué sur la notion de structure d'appui neurochirurgicale à un centre d'accueil des polytraumatisés.

**M. CAPRON** s'étonne que la notion de GH ne soit pas prise en compte dans le projet, et que le service de neurologie de Bichat ne soit pas intégré au raisonnement sur la pertinence d'un centre lourd de neurologie au nord de Paris au sein du GH Bichat-Beaujon-Louis Mourier-Charles Richet-Bretonneau.

**M. FAIN** fait observer que, compte tenu du tri primaire effectué par le SAMU, le nombre de polytraumatisés cérébrolésés est beaucoup plus important à Bicêtre qu'à la Pitié Salpêtrière.

**M. SEBBANE** rappelle qu'une réflexion doit être menée sur les SSR dédiés. Les services de médecine gériatrique reçoivent quotidiennement des propositions de prise en charge de patients jeunes polytraumatisés.

**M. FOURNIER** répond que plusieurs projets de SSR dédiés intégrant une dimension « traumatologie » sont à l'étude au sein de l'AP-HP : géro-traumatologie, psychiatrie-traumatologie, etc. L'Institution a conscience du besoin impérieux de décliner les SSR spécialisés. La difficulté vient de la position de la DGOS, qui a limité les possibilités d'ouverture de SSR spécialisés par rapport aux SSR de gériatrie. Cependant, tout sera fait pour ouvrir le maximum de lits.

## **VI. Compte financier 2010**

**M. SAUVAGE** explique que le compte financier est présenté tardivement en raison notamment de la gestion de la clôture sous SAP. Un autre dispositif a été mis au point pour les comptes 2011. D'importants mouvements de données ont dû être effectués à des fins de fiabilisation, notamment concernant les données d'actifs.

Le résultat 2010 consolidé est de -102,8 millions d'euros. Le compte de résultats principal présente un déficit de 114 millions d'euros (contre 93 millions d'euros en 2009). La DNA présente un



excédent d'environ 15 millions d'euros. L'excédent de la formation initiale a été résorbé par la baisse des subventions.

Les produits n'ont connu qu'une faible hausse. Les recettes de l'Assurance Maladie étaient en hausse d'environ 50 millions d'euros. Les recettes de Titre 2 étaient en hausse de 12 millions d'euros, notamment grâce aux forfaits journaliers et à la facturation des ATU. Les recettes de Titre 3 étaient en baisse, essentiellement en raison de la modification du mode de traitement des provisions CET.

Les charges ont été maîtrisées, avec une hausse de 1,1 % des dépenses de personnel. Les dépenses de Titre 2 étaient en hausse de 34 millions d'euros. Les dépenses de Titre 3 étaient également en hausse, principalement en raison du recours à des prestataires extérieurs.

La capacité d'autofinancement est en forte baisse, et retrouve son niveau de 2007. Par conséquent, une large partie des investissements continue d'être financée par l'endettement.

Les principaux objectifs budgétaires et la maîtrise des charges ont été respectés. La tarification à l'activité s'accompagne d'une hausse modérée de l'activité. Parallèlement, les résultats ont été affectés par la péréquation interrégionale des MIG et par le coefficient de transition. Le programme d'investissement est très important (11 % des fonds propres), et doit désormais se traduire par une amélioration significative de la gestion afin de pouvoir se poursuivre. Par ailleurs, l'AP-HP a des besoins très élevés en fonds de roulement ; l'Institution doit améliorer la qualité de sa facturation.

**Le Président** signale que la question des capacités d'autofinancement doit être appréciée en lien avec les fluctuations de la dotation budgétaire de l'Institution. Le gel de l'aide à la contractualisation et les effets délétères de la V11C sont des éléments nouveaux qui ont eu un impact direct sur la capacité d'autofinancement.

**M. SAUVAGE** le confirme, mais prévient que l'Institution doit désormais tenir compte de ces réalités.

## **VII. Exécution budgétaire à fin septembre 2011**

**M. SAUVAGE** indique que le retard par rapport aux objectifs de l'activité d'hospitalisation complète se confirme. L'hospitalisation partielle obtient de meilleurs résultats : l'activité est supérieure au budget. L'hospitalisation à domicile est dans une situation catastrophique ; il n'a pas été possible de retrouver le rythme des années précédentes ; l'activité diminue de 11 %, et est inférieure de 16 % à la cible. Cette diminution n'est pas seulement liée aux problèmes rencontrés pour la reconstitution des traitements de chimiothérapie, mais touche tout le champ des activités de l'hospitalisation à domicile. La baisse de cette activité est propre à l'AP-HP. En revanche, les passages aux urgences sont en forte augmentation (+5,66 %), après une réduction en 2010.

Le retard de l'hospitalisation complète s'explique notamment par une baisse sensible des activités gynéco-obstétriques, qui s'est étendue à de nouveaux établissements. Les activités de médecine progressent de 1 %, mais restent très inférieures aux objectifs. L'activité chirurgicale est dynamique (+2,1 %).

La hausse de l'hospitalisation partielle s'explique notamment par une progression des activités de chirurgie ambulatoire (+4,8 %) et de chimiothérapie (+4,9 %) ; les séances de dialyse enregistrent une baisse de 8 %.

Les consultations et actes externes sont également en baisse par rapport à l'année 2010. Cette baisse est liée à la baisse de l'activité des laboratoires. Cependant, un problème d'interfaces a été identifié, et une partie de l'activité devrait se retrouver en fin d'année lorsque les B seront sortis.

En matière de recettes de Titre 1, l'écart par rapport à la cible est de -8,4 millions d'euros. Les recettes d'hospitalisation sont légèrement supérieures aux prévisions (+2,4 millions d'euros), notamment grâce à une meilleure valorisation et à une augmentation du PMCT. Les recettes de l'hospitalisation à domicile sont inférieures de 13 % aux prévisions, soit un écart de 4,6 millions d'euros. Les consultations et activités externes enregistrent un léger retrait. Enfin, les produits des médicaments facturés en sus des GHS sont inférieurs aux prévisions à hauteur de -4,9 millions d'euros, alors que les achats de médicaments ne diminuent pas. Différentes hypothèses peuvent expliquer ce phénomène, mais la situation est préoccupante. Les produits des dispositifs médicaux facturés en sus des GHS sont légèrement inférieurs aux prévisions.

Les recettes de titre 2 sont inférieures aux prévisions, à hauteur de 8,2 millions d'euros. Les recettes de titre 3 sont également en retrait par rapport aux prévisions. Cependant, la facturation des chambres individuelles est en ligne avec les objectifs. Les rétrocessions sont en net recul partout, sauf à l'Hôtel Dieu. Les remontées de valorisation des exercices précédents devraient apporter des recettes exceptionnelles en fin d'année.

Les difficultés de recrutement ont entraîné une baisse des dépenses de personnel permanent, mais cette baisse est compensée par une hausse des dépenses de personnel non permanent, d'intérim et d'heures supplémentaires.

S'agissant du personnel médical, les dépenses sont inférieures aux prévisions en raison d'une surestimation du GVT. Les dépenses liées à la permanence des soins sont en baisse (-0,7 millions d'euros), mais cette baisse est inférieure aux objectifs fixés. Les Comptes Epargne Temps continuent à augmenter très rapidement, ce qui constitue un sujet de préoccupation.

Les dépenses de médicament sont très supérieures aux prévisions (+13 millions d'euros). Les constitutions de stocks sont supérieures aux prévisions, tant à l'Ageps que sur les sites, et les dépenses sous ATU sont supérieures aux prévisions. La bonification des recettes exceptionnelles liées à l'apparition de stock devrait pouvoir compenser la surconsommation apparente, mais cela signifie que l'équilibre est conditionné à un effet stock qui est, par nature, unique. C'est la première fois que les recettes exceptionnelles de stock seront remontées à l'échelle de l'Institution. M. SAUVAGE signale que ce point est un réel motif d'inquiétude.

Le dépassement des dépenses d'entretien-maintenance s'est résorbé depuis le mois de juin, ce qui s'explique par le fait que les GH ont pour habitude d'engager ces dépenses tôt dans l'année. Le dépassement est de 1,5 millions d'euros, alors qu'un dépassement de 16 millions d'euros était anticipé.

Les dépenses de Titre 4 sont en retrait par rapport aux prévisions. Les charges financières devraient enregistrer une hausse. Cependant, les charges exceptionnelles sont en baisse de 6,5 millions d'euros par rapport à la prévision.

Sur les comptes annexes, les dépenses restent maîtrisées. Toutefois, une baisse du nombre de journées sur l'USLD et un retard à la facturation sur l'USLD et les EHPAD ont été enregistrés. Sur la dotation non affectée, les produits hors cessions d'actifs sont conformes aux objectifs. S'agissant des écoles, aucune difficulté particulière n'a été enregistrée au cours de l'exercice 2011. Cependant, la gestion de l'exercice antérieur est toujours l'objet d'un conflit avec la Région.

La situation d'exécution à fin septembre montre des écarts sur les recettes et sur les charges. Cependant, ces écarts ne remettent pas en cause la prévision de résultats de l'AP-HP, et il n'y a pas lieu de prendre une décision modificative. Une décision modificative sera prise en fin de gestion pour procéder à des virements de crédits sur les chapitres à caractère limitatif, et pour intégrer les MIGAC réellement notifiées. Les prévisions de recettes sur les PHAC sont inférieures à ce qui avait été anticipé, ce qui pourrait se révéler problématique en fin d'année.

La projection à douze mois prévoit un redressement de l'écart sur les produits Assurance maladie, un résultat inférieur à la cible pour les produits hospitaliers, et un écart de -35 millions d'euros pour les autres produits qui s'explique par les mises à disposition. S'agissant des charges, les charges médicales hospitalières seront presque conformes au budget, mais uniquement grâce à l'effet stock présenté. Les charges hôtelières et générales seront proches du budget. Le total des charges devrait être inférieur de 46 millions d'euros au budget initial.

L'Institution ne sera pas en mesure de redresser sa capacité d'autofinancement, ce qui entraînera de fortes tensions sur les investissements.

**Le Président** signale qu'il est choquant que les plages additionnelles soient confondues avec la permanence des soins, car cela masque les efforts de la COPS pour réduire les dépenses liées à la permanence des soins. Il propose que les deux lignes soient distinguées par souci de lisibilité.

**M. CAPRON** demande un point sur le gel des MIGAC.

**M. SAUVAGE** indique que la présentation effectuée intègre le gel. La situation reste inchangée, mais la possibilité d'un dégel partiel est évoquée.

**M. REMY** demande des explications sur la perte d'activité de l'hospitalisation à domicile.

**M. SAUVAGE** répond que l'activité d'HAD de l'AP-HP dépend des prescriptions effectuées.

**M. LACAU SAINT GUILY** signale qu'il existe également un problème d'acceptation des prescriptions par l'HAD ; un certain nombre d'indications éventuelles des cliniciens de l'HAD sont refusées par l'HAD elle-même.

**Le Président** déclare que les PH de l'HAD doivent adopter une démarche plus volontaire.

**M. FAGLA** fait observer que les pharmaciens-gérants n'ont pas confiance en SAP, dont la fonction stock est délabrée : il n'existe aucune concordance entre les stocks physiques et les stocks inscrits sur SAP. Par ailleurs, il n'existe aucun stock de médicaments hors GHS dans les services cliniques, et les stocks de médicaments hors GHS dans les PUI sont très faibles. Enfin, M. FAGLA indique que l'augmentation des dépenses de médicaments pourrait être en partie imputable à des fins d'ATU de médicaments très onéreux.

## VIII. Etat de la dette

**M. SAUVAGE** rappelle que l'Institution a une dette à court terme, qui a vocation à couvrir les décalages entre les encaissements et les décaissements, dont le plafond de tirage s'élève à 500 millions d'euros. Les pics de tirages correspondent aux versements des salaires. La trésorerie à court terme connaît des difficultés croissantes, du fait de l'accumulation des déficits annuels successifs, de modifications techniques ayant impacté négativement la trésorerie, et de la difficulté à renouveler une partie des lignes de trésorerie, compte tenu du resserrement général du crédit bancaire. Ce dernier point constitue une inquiétude pour le mois de février, quand de nouvelles lignes devront être tirées. Une demande a été adressée au Ministère afin de pouvoir émettre des billets de trésorerie, équivalents à des titres obligataires.

Pour couvrir les besoins de financement à long terme, la levée de fonds 2011 a été inédite. Compte tenu des fortes restrictions des crédits bancaires, la quasi-totalité de l'émission a été faite en obligataire et en prêt bonifié.

L'incertitude sur la situation en 2012 est forte. La situation de la dette dépendra de la situation de la dette souveraine de la France, et sera indirectement touchée par la faillite de Dexia ; le Premier ministre a cependant annoncé la création d'une banque de financement des collectivités territoriales qui aura dans son ressort les établissements hospitaliers.

Pour faire face aux difficultés, la levée de fonds pour 2012 a déjà démarré. L'Institution doit poursuivre son effort de redressement financier afin d'améliorer sa capacité d'autofinancement et diminuer son besoin en fonds de roulement. A cette fin, il est notamment nécessaire d'accélérer les délais de facturation et de recouvrement. Les investissements seront « phasés » par rapport à la capacité à lever des fonds. En 2011, 288 millions d'euros ont été levés. Les fonds ont intégralement été levés à taux fixe.

Les obligations représentent 45 % de la dette, contre 55 % pour les actions. La dynamique de la dette ralentit, mais reste forte ; la dette a augmenté de 180 millions d'euros entre 2011 et 2010, soit près de 10 % d'augmentation.

La situation sur les marchés est telle qu'il n'a pas été possible de négocier des reports d'échéance. Par conséquent, il n'a pas été possible de lisser la dette autant qu'espéré. De nouvelles tentatives seront effectuées dans ce sens dans les mois qui viennent. Des pics de remboursement sont attendus en 2014 et 2027.

Les frais financiers sont en hausse, ce qui est normal dans un contexte d'augmentation de la dette. La durée de vie moyenne de la dette augmente également.

**Le Président** indique que cette présentation doit être mise en perspective avec la discussion ayant porté sur l'importance de réaliser des restructurations. Si l'Institution n'est pas en mesure de dégager des marges de manœuvre, elle ne pourra maintenir l'offre de soins actuelle.

**M. FAYE** signale que la présentation ne permet pas de mesurer la gravité de la situation. Au début du mandat de la CME, le taux d'endettement était de 17 %, alors qu'il atteint aujourd'hui 34 %. Il convient donc de s'interroger sur la pertinence des investissements réalisés et des retours qui peuvent en être tirés. C'est dans cette perspective que doivent être menées les restructurations, qui

représentent un coût avant de représenter des économies. Les chirurgiens sont très inquiets vis-à-vis de la capacité d'investissements portant sur les équipements.

M. FAYE évoque ensuite le coût du projet informatique de l'AP-HP et les inquiétudes qu'il suscite. Il signale que le CHU de Montpellier a dénoncé le contrat qu'il avait conclu avec le prestataire choisi par l'Institution, et suggère qu'une réflexion soit menée sur la poursuite du projet NSI, qui représente un coût de 550 millions d'euros.

**Le Président** signale qu'il a pu observer le bon fonctionnement du système et la qualité du déploiement à l'Hôpital Ambroise Paré. Cependant, il a été surpris de constater qu'un certain nombre de développements avaient dû être réalisés en interne.

**M. FOURNIER** indique que de nombreuses réunions ont lieu pour évaluer la pertinence des choix économiques et l'intérêt pour les sites du déploiement d'un système informatique intégré. Une vision plus précise des risques associés à certains choix est nécessaire. Actuellement, les données recueillies à Ambroise Paré montrent que le déploiement de NSI Patient sur six services donne toute satisfaction. Le déploiement sur l'ensemble du site en 2012 permettra d'apprécier la qualité du fonctionnement de NSI. Le déploiement sur les autres sites pourrait soit être effectué par un déploiement complet sur chacun des sites successivement, soit par le déploiement simultané de certaines fonctionnalités dans plusieurs hôpitaux. Un éclairage extérieur sera nécessaire afin de se prononcer.

## **IX. Avis sur la révision des effectifs de PH pour 2012**

**Le Président** indique que le document a fait l'objet d'un long travail. L'objectif comptable avancé au départ a été refusé par le groupe de travail réunissant la Commission des effectifs et le bureau de la CME, qui a choisi d'étudier la pertinence médicale des postes. Les dépenses médicales seront néanmoins diminuées à deux niveaux :

- les postes de PH nommés « PUPH » seront repris dans le cadre des reprises de dépenses de personnel médical et valorisés sur l'année ;
- la masse salariale correspondant aux postes vacants dans la spécialité d'anesthésie-réanimation sera « bloquée » afin de diminuer les dépenses de personnel médical sur l'année ; la somme bloquée restera activable à tout moment si un candidat se présente.

A l'avenir, l'Institution n'aura plus à « rendre » les postes de PUPH. Dans le cadre d'une discussion portant sur les contrats de pôles, les doyens ont signalé qu'il n'était plus possible que l'ouverture d'un poste de PUPH pour renforcer une structure entraîne la suppression du poste de PH, car cela rend vain l'effort de renforcement. Par ailleurs, les doyens demandent à être plus impliqués, afin que la vision hospitalière soit conjuguée avec la vision universitaire.

Le Président remercie Jérôme HUBIN et Françoise FOURNIER, grâce à qui la révision des effectifs a été possible.

**Mme FOURNIER** présente une demande de maintien de poste dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Paul Brousse. Il a été demandé au GH de confirmer le remboursement de la part de l'IGR, car le poste sera mis en activité partagée.

**Le Président** indique que la DPM et la Direction des finances doivent s'assurer que le poste est autofinancé. Si l'IGR paye sa part, le maintien sera accordé.

**Mme FOURNIER** présente une demande de maintien de poste dans le service d'immunologie clinique de l'HEGP. Le poste serait confié à Juliette PAVIE.

**Le Président** signale qu'à l'HEGP, la prise en charge des malades atteints de pathologie VIH est assurée dans des lits de cardiologie. Il semble plus logique de concentrer l'ensemble des moyens VIH à l'Hôtel Dieu, conformément au plan stratégique de l'AP-HP, et de libérer des lits de cardiologie. Cependant, les associations de malades atteints du VIH sont très attachées au poste faisant l'objet d'une demande de maintien et au maintien de l'activité, et pourraient se manifester. Il existe donc un problème politique.

**M. FAYE** signale que le service d'immunologie clinique de l'HEGP travaille également sur l'immunologie des transplantations.

**Le Président** répond que le nombre de transplantations ne justifie pas un poste de PH.

*La demande recueille un avis défavorable.*

**Le Président** signale que Sébastien BEAUNE ne peut être recruté comme PH à l'HEGP, le poste n'ayant pas été libéré par Alain DAVIDO. La priorité pour l'HEGP est le remboursement à Ambroise Paré d'un poste en gastro-entérologie.

**M. REMY** demande si le poste de PH dans le service de rééducation cardiaque de l'hôpital Albert Chenevier donnera lieu à un retour d'emprunt.

**Le Président** indique qu'un engagement a été pris vis-à-vis de tous les retours d'emprunts.

**M. JULIARD** conteste, au nom de la collégiale de cardiologie, l'avis défavorable prononcé vis-à-vis de la candidature de Richard DORENT, et indique que le directeur du GH Paris Nord a assuré que le poste serait autofinancé.

**Le Président** répond que la pertinence du poste est connue.

**Mme FOURNIER** indique que des garanties doivent être fournies en termes de financement.

*La demande recueille un avis favorable sous réserve d'un financement pérenne.*

**M. RUSZNIEWSKI** déclare que la communauté médicale de l'hôpital Louis Mourier s'est émue de la décision prise concernant le poste de PH dans le service de santé publique. Le docteur SALOMON ne reviendra pas dans le service, et le candidat est très bon.

**Le Président** assure que ce poste donnera lieu à un retour d'emprunt.

Par ailleurs, s'agissant du poste dans le service de radiologie de l'hôpital Bicêtre, il explique que le principe de la CME est d'accepter les candidats PH en radiologie sous réserve que le poste soit financé. Compte tenu de la réintégration du docteur LOTT, le GH a proposé que le support de poste en cardiologie soit mis en radiologie.

**M. GILET** s'étonne que la candidature de Valérie MEYER au poste de PH dans le service de biochimie générale de l'hôpital Necker recueille un avis défavorable, alors que ce poste est financé.

**Mme FOURNIER** explique que le poste de Valérie MEYER s'inscrit dans le cadre de la reprise de l'activité de l'IPP, et qu'il fait partie des postes pour lesquels la CME a demandé un financement complémentaire par l'ARS. Le financement initialement proposé pour le poste de PH pourrait être utilisé pour satisfaire d'autres demandes non financées.

**M. REMY** signale que le poste de gynécologue dans le service de chirurgie plastique de l'hôpital Henri Mondor est intégralement financé.

**Le Président** indique que ce poste a finalement reçu un avis favorable, compte tenu du fait qu'il était autofinancé.

**Mme DURAND** demande si la réserve concernant le poste dans le service de réanimation médico-chirurgicale de l'hôpital Raymond Poincaré a été levée.

**Le Président** répond positivement. Il était important que l'emprunt du poste n'entraîne pas une fermeture de blocs par le département d'anesthésie.

**Mme FOURNIER** présente les retours d'emprunts. Parmi les postes à revoir, elle présente une demande concernant un poste de chirurgie urologique à Bicêtre. Le syndicat des chirurgiens soutient la demande.

**Le Vice-Président** indique qu'il y a une réelle légitimité au retour de cet emprunt si le nouveau chef de service d'urologie y est favorable.

**M. FAYE** assure que le chef de service soutient ce retour, et indique que le candidat est de grande qualité.

*La demande recueille un avis favorable.*

**M. FAYE** signale que le chef de service devra avoir les moyens de faire fonctionner l'activité.

**M. FLEJOU** indique que la demande de création de poste dans le service d'hématologie clinique de l'hôpital Saint Antoine est soutenue par le chef de service et par le chef de pôle, et est intégralement autofinancée par des crédits en PNM. La candidate a un niveau de publication extrêmement élevé, et a toutes les capacités pour devenir la responsable de la recherche clinique au sein du pôle. La Direction des finances doit accepter le transfert des crédits PNM qui financent son poste actuel d'ingénieur contractuel en PM.

**Le Président** répond que le refus ne pénalise pas la candidate en termes de rémunération. Il n'est pas souhaitable de transférer des recettes de PNM pour créer un poste de PH.

**M. FAYE** objecte qu'elle est pénalisée tant en matière de salaire que de retraite.

**M. FOURNIER** ajoute que la candidate mène un travail reconnu, et que la CME est libre de prendre la décision qu'elle souhaite.

*La demande recueille un avis favorable, sous réserve de l'accord de la Direction des finances.*

**M. GARABEDIAN** signale que le service d'urgences de Trousseau est en sous-effectif, et que la collégiale des urgentistes devait accepter la demande de création d'un poste de PH et le maintien du poste de PHC.

**M. GILET** indique que la collégiale des urgences valide le dispositif proposé par la commission des effectifs.

**Mme FOURNIER** présente une demande de création de poste au sein du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) de l'hôpital Trousseau. Elle indique que le poste est autofinancé.

**Le Président** suggère qu'un regroupement soit organisé entre le CRAT et l'hôpital Robert Debré afin que l'hôpital Trousseau dégage la masse salariale nécessaire à la création d'un poste d'urgentiste.

**M. GARABEDIAN** signale que le CRAT connaît une forte activité à Trousseau, et s'inquiète du sens que prendrait le regroupement. Cependant, il indique qu'il se rapprochera de l'hôpital Robert Debré.

*La demande recueille un avis favorable.*

**M. FAYE** fait observer qu'il existe déjà deux centres d'accueil téléphonique pour les produits tératogènes à l'AP-HP, et suggère que la réalité des besoins dans ce domaine fasse l'objet d'une évaluation.

**M<sup>me</sup> FOURNIER** présente une demande de création d'un poste de PH à temps partiel par redéploiement institutionnel au sein du service de pédiatrie de l'hôpital Robert Debré. Le poste est autofinancé.

*La demande recueille un avis favorable.*

**M<sup>me</sup> FOURNIER** présente une demande de création de poste au sein du service de cytogénétique de l'hôpital Robert Debré. Le poste est autofinancé.

*La demande recueille un avis favorable.*

**M<sup>me</sup> FOURNIER** présente une demande de création de poste au sein du service de néphrologie de la Pitié Salpêtrière. Le GH considère ce poste comme une priorité. Un financement est demandé à hauteur de 51 000 euros.

*La demande recueille un avis favorable sous réserve d'être autofinancée par le GH.*

**M. ALVAREZ** signale qu'il a été demandé que le poste de Fouad CHIADMI soit rattaché au pôle de biologie, et non au service d'urgences médico-judiciaires.

**Le Président** indique que ce point ne pose pas de difficulté.

**M. RONDEAU** fait observer que la néphrologie est une activité indispensable qui est confrontée à une importante fuite vers le secteur privé. L'AP-HP accueille plus de 80 % des malades mais ne réalise pas les dialyses. En outre, le départ d'un des médecins du service est prévu. La dialyse est un secteur menacé, alors qu'il existe un réel besoin et un fort potentiel de développement.



**M. FOURNIER** confirme qu'il existe un potentiel important, et se déclare confiant dans la capacité du GH à trouver les ressources nécessaires pour financer ce poste.

**M. SEBBANE** indique que la création d'un poste de chirurgien au sein du service de chirurgie général et digestive de l'hôpital Avicenne permettrait de répondre à la demande d'une activité chirurgicale d'urgence.

**M. FAYE** déclare que le syndicat des chirurgiens ne soutient pas cette demande.

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

**M. HUBIN** soumet à l'avis de la CME les contrats d'activité libérale préalablement analysés par la commission président par **M. VALLEUR** :

- 3 nouveaux contrats
- 4 renouvellements
- 1 avenant

*Les contrats d'activité libérale, sont approuvés à la majorité des présents, moins voix contre et ne se prononcent pas.*

## **XI. Approbation du compte rendu du mardi 11 octobre et du mardi 15 novembre 2011**

*Les comptes-rendus des séances du 11 octobre et du 15 novembre sont approuvés.*

## **XII. Questions diverses**

*En l'absence de question diverse, la séance est levée à 13 heures 10.*