

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 14 FÉVRIER 2012

**APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE
DU MARDI 10 AVRIL 2012**

SOMMAIRE

I.	Information du président et du vice-président de la CME.....	5
II.	Point sur les réorganisations des groupes hospitaliers.....	7
III.	Révision des effectifs 2012.....	13
IV.	Six sous-commissions de la CME	15
V.	Contrats de pôle : procédure.....	18
VI.	Représentation de la CME dans les commissions et groupes de travail.....	19
VII.	Projets de contrats de participation de professionnels libéraux aux activités hospitalières (décret du 28 mars 2011).....	20
VIII.	Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2012	24
IX.	Approbation des comptes-rendus des CME des 10 et 17 janvier 2012	25

ORDRE DU JOUR

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Information du président et du vice-président de la CME (*P^r Loïc Capron, D^r Georges Sebbane*)
2. Point sur les réorganisations des groupes hospitaliers (*P^r Michel Fournier*)
3. Révision des effectifs 2012 (*M. Jérôme Hubin*)
4. Six sous-commissions de la CME : (*président de chaque sous commission*)
 - Composition
 - Objectifs
5. Contrats de pôle : procédure (*M. Hubert Peurichard, P^r Gérard Chéron*)
6. Représentation de la CME dans les commissions et groupes de travail (*M. Jean Pinson*)
7. Projets de contrats de participation de professionnels libéraux aux activités hospitalières (décret du 28 mars 2011) (*M. Jérôme Hubin*)
8. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2012 (*M. Jérôme Hubin*)
9. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2012 (*M. Jérôme Hubin*)
10. Approbation des comptes-rendus des CME des 10 et 17 janvier 2012
11. Questions diverses.

SÉANCES RESTREINTES

Composition C

Avis sur la nomination d'un chef de pôle à titre provisoire

Avis sur la validation de la fin de période probatoire de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel

Avis sur des demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur deux premières demandes et quatre demandes de renouvellement de prolongation d'activité

Composition B

Avis sur les emplois de MCU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs 2012)

Composition A

Avis sur les emplois de PU-PH offerts à la mutation (révision des effectifs 2012)

- **Assistent à la séance**

• ***avec voix consultative :***

- M^{me} Corinne GUERIN, représentante des pharmaciens hospitaliers
- M. Vincent JARLIER, médecin responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- M^{me} Isabelle KERHOAS, représentante de la commission des soins infirmiers
- M. Namik TARIGHT, médecin responsable de l'information médicale
- M. Olivier YOUINOU, représentant du comité technique d'établissement central.

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

- M^{me} le P^r Martine AIACH,
- M. le P^r Jean-Luc DUMAS,
- M. le P^r Gérard LEVY,
- M. le P^r Serge UZAN.

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

- M^{me} Monique RICOMES, Secrétaire générale,
- M. Michel FOURNIER, directeur de la Politique médicale,
- M. Christian POIMBOEUF, directeur des Ressources humaines,
- M^{me} Sibyle VEIL, directrice du pilotage et de la transformation
- M^{me} Roselyne VASSEUR, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

- M. Etienne DEGUELLE, directeur de Cabinet,
- M. Jean-Michel DIEBOLT, direction de la politique médicale,
- M. Jérôme HUBIN, direction de la politique médicale.

• ***membres excusés :***

Messieurs les P^{rs} Stanislas CHAUSSADE, Marc DELPECH, François HAAB, Alain SIMON.

La séance est ouverte à 8 heures 35, sous la présidence de M. CAPRON.

I. Information du président et du vice-président de la CME

Le **président** présente les excuses de la directrice générale M^{me} Mireille FAUGÈRE, et des P^{rs} Alain SIMON, Stanislas CHAUSSADE, Marc DELPECH et François HAAB, absents à la présente réunion.

Il annonce ensuite que le vice-président et lui-même ont entamé une tournée de visite des groupes hospitaliers (GH). Les présidents et vice-présidents des CME locales, puis les directeurs de GH, ont été ou seront rencontrés successivement, afin de discuter des enjeux des GH et de l'Assistance Publique en général. Ces rencontres se révèlent très fructueuses et témoignent du souci d'organiser le travail de la CME centrale avec les CME locales, cette coopération étant indispensable. Par ailleurs, des rendez-vous seront également organisés avec les sept doyens d'Île-de-France afin d'échanger sur les enjeux universitaires. Le 8 février, une réunion des présidents des CME locales et des directeurs de GH avec la directrice générale et M. Philippe SAUVAGE, directeur financier, a notamment porté sur les investissements et la dette.

Le Directoire a été composé, et s'est déjà réuni à deux reprises (le 31 janvier et le 7 février). Il comprend :

- cinq médecins dont trois vice-présidents – un premier vice-président (président de la CME), un vice-président Enseignement (le doyen Djillali ANNANE), un vice-président Recherche (le P^f Marc HUMBERT) – et deux membres de la CME nommés par la Directrice générale sur proposition du président de la CME et du doyen ANNANE (les P^{rs} Noël GARABEDIAN et Olivier LYON-CAEN) ;
- quatre représentants de l'Administration : M^{me} Mireille FAUGÈRE, directrice générale de l'Assistance Publique, qui préside le Directoire ; M^{me} Roselyne VASSEUR, présidente de la Commission centrale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; M. le P^f Michel FOURNIER, directeur de la politique médicale, et M. Philippe SAUVAGE, directeur financier, qui ne siègent pas *ès qualités* mais ont été nommés par la Directrice générale.

La première réunion du Directoire a porté sur les réorganisations, les perspectives financières et les cessions immobilières. La deuxième réunion a porté sur le projet Hôtel-Dieu et l'organisation de la cancérologie au sein de l'AP-HP. C'est du Directoire qu'émanent les propositions de sujets traités par la composition plénière de la CME ; ces propositions sont sélectionnées et discutées par les membres du bureau. Le compte rendu de la première réunion du bureau a été communiqué aux membres de la CME, et les prochains comptes rendus seront systématiquement publiés sur le site Internet de la CME, ce qui participe à l'objectif de transparence que le président avait annoncé à l'occasion de sa déclaration d'intention.

Le président et le vice-président ont eu des contacts avec l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF). Le vice-président appartient au comité stratégique qui se réunira pour la première fois depuis le début de la nouvelle mandature de la CME dans l'après-midi du 14 février ; le président participe au Conseil de tutelle, qui s'est réuni le 30 janvier.

Le 3 février, l'ARSIF a réuni les présidents et vice-présidents des CME d'Île-de-France. M^f Claude ÉVIN, qui présidait la séance, a affiché les six chantiers prioritaires de l'ARSIF pour les hôpitaux d'Île-de-France :

- la qualité et la sécurité des soins ;
- l'accueil et la prise en charge des usagers ;
- l'efficacité et la performance ;
- l'enseignement et la recherche ;
- la mise en place de filières de santé ;
- l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens.

La discussion sur le financement des mesures nécessaires à l'atteinte de ces objectifs n'a pas permis d'obtenir des réponses claires. Cependant, le président est attaché à l'idée de faire porter les débats sur la nécessité d'investir, qui doit constituer un *leitmotiv* relayé par tous les membres de la CME.

Enfin, le président annonce que la CME a le plaisir d'accueillir M. Olivier YOUINOU, représentant du Comité technique d'établissement central désigné par ses pairs. Il dispose d'une voix consultative au sein de la CME.

M. Olivier YOUINOU remercie les membres de la CME pour leur accueil, ainsi que les 72 000 salariés qui ont été appelés à voter dans le cadre des élections professionnelles et l'ont ainsi désigné pour les représenter. Il donne ensuite lecture de la déclaration suivante :

« Je suis infirmier anesthésiste à l'hôpital Henri Mondor, pur produit de l'Institution, puisque j'y ai non seulement toujours travaillé, mais y ai également été formé (formation initiale à l'IFSI d'Emile Roux et formation de spécialité à l'école d'anesthésie de la Pitié-Salpêtrière), bénéficiant entre autres de la promotion professionnelle, mise à mal aujourd'hui mais qui était et reste encore un bon moyen de fidélisation des personnels. Mon parcours le prouve, je suis fidèle à l'Assistance Publique, attaché à ce qu'elle représente, et c'est de la voir malmenée depuis des années qui m'a conduit au combat syndical, un combat pour l'avenir de l'Institution et de ses personnels. Deux points retiennent aujourd'hui mon attention.

- *La précarité des personnels. La norme dans l'Institution est désormais l'emploi contractuel et la précarité, y compris pour une catégorie infirmière dont on déplore pourtant la pénurie. Ainsi, les dossiers de reports de titularisation sont nombreux. La précarité est également perceptible quand, depuis la dernière augmentation du SMIC de décembre 2011, des personnels ayant parfois jusqu'à dix ans de carrière sont payés en dessous de celui-ci ; elle ressort aussi de la note préparatoire du bureau de la CME qui indique, à propos de la révision des effectifs 2012 que la différence de rémunération entre un PH contractuel et un PH titulaire abondera l'effort de retour à l'équilibre budgétaire à hauteur de 3,5 millions d'euros, pour une économie visée de 5 millions d'euros sur le budget prévisionnel médical.*
- *Les restructurations ou réorganisations. L'organisation en pôle de nos établissements, le rapprochement, la fonte de ces derniers en groupes hospitaliers impose aux personnels flexibilité et mobilité. Si cette gestion permet le flux tendu quand il s'agit de mettre un nom dans une case, elle a des répercussions directes sur la qualité des soins et de la prise en charge, ce qui n'est pas tolérable. Ce qui inquiète surtout les personnels, ce sont les restructurations supra-groupes hospitaliers qui se multiplient à coups de fermetures de service, qu'elles soient effectives comme à la maternité de Saint-Antoine, ou annoncées comme dans le cadre de la restructuration de la chirurgie cardiaque et de la neurosciences. Les réorganisations pèsent sur l'état d'esprit et le climat de travail des personnels de ces services. Assurément, le contexte est aux convergences. Sachons ne pas les rater. C'est le sens de ma présence ici. »*

Le président remercie M. YOUINOU pour sa déclaration.

Le vice-président déclare qu'il est important de prendre en compte le terrain au travers des entretiens menés avec les présidents de CME, leurs vice-présidents, les directeurs de GH ou les doyens. La CME ne doit pas être coupée de la réalité.

Le P^r Jean-Philippe WOLF revient sur l'importance de l'investissement, et signale que de nombreuses initiatives bénéfiques à l'Institution ne peuvent être menées pour des raisons administratives. Il prend l'exemple de l'inauguration à l'hôpital Cochin du bâtiment Jean Dausset qui disposera d'automate haut débit pour la biologie. Dans le cadre de l'Assistance Médicale à la Procréation, les bilans hormonaux des femmes et les sérologies des patients sont envoyés dans le privé, car le recrutement d'une personne pour effectuer des prises de sang dépasserait le tableau prévisionnel des emplois rémunérés TPER. Des sommes colossales sont ainsi perdues pour l'APHP. Le P^r WOLF demande donc si, à côté de l'investissement, il serait envisageable d'offrir la possibilité de conduire des projets qui relèvent du bon sens.

Le président répond que ce point sera évoqué dans le cadre de la présentation par le D^r Anne GERVAIS des objectifs de la sous-commission des activités-ressources.

Le D^r Patrick PELLOUX demande que des précisions soient apportées sur les déclarations récentes concernant l'augmentation du prix des crèches pour les personnels. Il signale que de nombreux services souffrent d'un manque de personnel infirmier, et que l'environnement social constitue l'un des éléments attractifs de l'Institution. Par ailleurs, il demande des précisions sur l'avenir de l'Hôtel-Dieu.

Le président indique que cette dernière question sera traitée dans le cadre du point 2 de l'ordre du jour.

II. Point sur les réorganisations des groupes hospitaliers

Le président annonce que le directeur de la politique médicale ne présentera pas l'état le plus avancé des réflexions, afin de préserver la sérénité des travaux en cours et de garantir la fiabilité des informations.

1. Point sur les restructurations

Le P^r Michel FOURNIER rappelle en préambule que le flux de restructurations au sein des GH est continu, et que l'initiative de ces restructurations intra-GH ne vient pas de la direction de la politique médicale, mais des GH eux-mêmes. Certaines des opérations qu'impliquent ces restructurations sont lourdes, comme la concentration de la pneumologie de Bicêtre/Antoine Béclère ou de Saint-Antoine/Tenon.

Le P^r FOURNIER présente ensuite les restructurations supra-GH issues de la déclinaison du projet médical du plan stratégique, qui seront mises en œuvre entre 2012 et 2014. Quatre projets sont déjà en cours de mise en œuvre.

- La structuration de la cancérologie en centres intégrés et centres experts. Ce projet constitue un enjeu majeur face à la concurrence exacerbée des centres de lutte contre le cancer. L'organisation actuelle au sein de l'AP-HP est trop dispersée.

- En pédiatrie spécialisée, le déplacement d'une partie de la chirurgie spécialisée de Trousseau vers le bâtiment Laennec de Necker aura lieu à l'automne 2012. Ce déplacement s'accompagne d'une modification du projet médical de l'hôpital Trousseau. Ce projet est déjà très avancé.
- Le déploiement de NSI-gestion s'achèvera en 2012 (le NSI-patient est toujours en test à Ambroise Paré).
- Grâce à un effort considérable de mutualisation, les reconfigurations du secteur de la biologie au sein des GH permettent de passer de quelques 150 services ou unités fonctionnelles à 12 pôles de biologie. Parallèlement, au niveau supra-GH, des groupes de travail ont été constitués pour dix domaines particuliers de la biologie ; à l'avenir, il n'y aura plus un centre par GH, mais un nombre restreint pour toute l'AP-HP. Cette question est distincte de celle des plateformes de très haut débit, dont le nombre sera également limité ; dans ce domaine, l'Assistance Publique est largement en avance sur les autres CHU.

Certains domaines sont en cours d'instruction.

- Dans le domaine de la gériatrie (qui compte plus de 3 000 lits), les restructurations font l'objet d'une étroite collaboration avec l'ARS.
- La DPM a constitué des groupes de travail ad hoc pour les neurosciences, la biologie spécialisée, les SSR spécialisés, et la réanimation-surveillance continue.
- Dans le domaine des greffes, la question des greffes de cellules souches hématopoïétiques fait l'objet de discussions avec l'ARS en raison de problèmes d'autorisations et de répartition (le nombre de spécialistes étant limité).
- Des problèmes importants se posent sur les questions de la production de poches de nutrition pour les enfants et du regroupement des stérilisations.

La chirurgie cardiaque est également en cours d'instruction. Les sujets en préparation sont les suivants :

- transplantation d'organes ;
- psychiatrie ;
- handicap ;
- interface ville/hôpital.

Chaque sujet est traité par un groupe de travail spécifique. Les déplacements de structures et d'individus entraînant souvent un changement de faculté, il est indispensable que la mise en œuvre des conclusions des groupes de travail fasse l'objet d'une concertation en amont et d'un accord avec les doyens.

2. Transfert d'activités de l'Hôtel-Dieu vers l'hôpital Cochin

Le P^r Michel FOURNIER présente ensuite des données relatives aux flux des urgences et à l'organisation de la permanence des soins (PDSES) à l'Hôtel-Dieu. Toutefois, s'agissant de la PDSES, il signale que la réanimation médico-chirurgicale, l'anesthésie, la chirurgie viscérale et la chirurgie thoracique disparaîtront suite à leur transfert vers Cochin. Le transfert d'activités doit être réalisé par vagues entre 2012 et 2015, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins pendant la période transitoire.

Le schéma opérationnel définitif du site PR0 (ancien Port-Royal) sera bientôt fixé ; parallèlement à ce travail, il est nécessaire de faire évoluer le schéma opérationnel du site PR1 (nouveau Port-Royal) (sauf exception, le nombre de lits affectés à une activité au sein des nouveaux bâtiments de l'AP-HP ne sera pas fixe, car il est indispensable d'introduire une certaine plasticité au fur et à mesure de l'évolution des activités).

Simultanément, le projet médical de la configuration future de l'Hôtel-Dieu doit être préparé ; les priorités sont le service d'accueil des urgences (SAU) et la plateforme de médecine ambulatoire, qui devront disposer d'un schéma médical le plus précis possible.

Les principales activités destinées à quitter l'Hôtel-Dieu pour rejoindre Cochin sont la chirurgie ambulatoire, la chirurgie thoracique, la pneumologie, l'oncologie, la médecine interne, la diabétologie-endocrinologie, les endoscopies, l'anatomie pathologique, et l'ophtalmologie.

La diabétologie-endocrinologie et l'oncologie seront transférées sur le site PR0, celui-ci accueillant à terme la diabétologie-endocrinologie, la dermatologie, un centre de prise en charge du pied «vasculaire/diabétique», l'oncologie et l'hôpital de jour avec le centre Ariane. Une réflexion est en cours sur l'équipement de radiologie conventionnelle et d'échographie.

La médecine interne sera transférée vers le bâtiment Achard ; la concentration est prévue aux 3^e et 5^e étages. Ce transfert conditionne la qualité et l'organisation du département d'aval des urgences (DAU). La capacité totale est encore à l'étude.

La chirurgie thoracique sera transférée vers le bâtiment Ollier. Il s'agit du seul cas d'augmentation du nombre de lits, l'activité étant en croissance régulière depuis quatre ans. La pneumologie sera transférée vers le bâtiment Cornil Brissault, et sera regroupée avec le service de Cochin. Le nombre de lits dans le nouveau service sera inférieur à la somme des lits des deux services antérieurs ; des lits de surveillance continue seront créés. La réanimation respiratoire sera intégrée à la réanimation médicale de Cochin.

L'ophtalmologie est le seul projet supra-GH de l'opération. Il devrait placer l'AP-HP en position phare dans de nombreux secteurs. L'offre de soins sera répartie entre Cochin et Saint Louis-Lariboisière. Ce schéma doit être soutenu par les doyens concernés, mais la discussion n'est pas achevée.

3. Activité future de l'Hôtel-Dieu

Parallèlement aux transferts, des groupes de travail s'efforcent de définir les domaines d'activité médicale de l'Hôtel-Dieu, qui sera transformé en hôpital universitaire de santé publique.

- Urgences, le chef de projet est le P^f Dominique PATERON. Le dimensionnement du DAU est toujours à l'étude. La nécessité d'une organisation de télé-imagerie inter-sites sans faille est évidente.
- Médecine ambulatoire, le projet est inachevé : les aspects médicaux sur lesquels se déploiera l'activité sont assez bien dessinés, mais ni l'amplitude des flux de consultation, ni les types de pathologie, ni l'effectif nécessaire ne sont arrêtés.
- Médecine étudiante, il est question d'installer un centre universitaire de médecine préventive et un centre de santé pour compenser les défaillances de la prise en charge des étudiants en Île-de-France dans certains secteurs.

- Enseignement, de la formation et des métiers de la santé, le groupe projet est dirigé par le P^f Yann REVILLON. Il n'est pas question de dégrader les conditions de travail ou de réduire les objectifs de l'école de chirurgie de l'AP-HP, mais notamment d'utiliser ses locaux et ses compétences en matière de recherche pour les gros animaux des structures de l'UPEC, et de réfléchir à l'installation de l'enseignement assisté par ordinateur.
- Recherche et santé publique, les spécialistes sont divisés. Il a été demandé à M^{me} Yannick MOREAU, conseillère d'Etat, de diriger le groupe projet. Parmi les différentes options possibles (créer un grand centre universitaire de santé publique, concentrer les conditions de recherche en s'appuyant sur le SAU et la plateforme de médecine ambulatoire...), aucune n'a été arrêtée.
- Imagerie, le groupe de travail doit aborder l'organisation de la télé-imagerie entre les sites, la PDSES, ainsi que la définition des besoins en imagerie en fonction des projets retenus dans le schéma final de l'Hôtel-Dieu.

4. Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle

Le P^f Michel FOURNIER rappelle que l'association entre ces deux domaines est recommandée, et que ces activités sont soumises à la délivrance par l'ARSIF d'autorisations à durée déterminée. Cette délivrance se fait dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) publié en 2010, qui prévoit une réduction du nombre d'autorisations de chirurgie cardiaque en Ile-de-France, dont une à l'AP-HP – la préparation du prochain SROS est en cours.

En 2010, dans le cadre du SROS chirurgie cardiaque, le nombre d'équipes a été réduit, et dans le cadre du SROS cardiologie interventionnelle, des liens entre la rythmologie et la chirurgie cardiaque ont été établis. En 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport sur la chirurgie cardiaque à l'AP-HP après saisine du ministre de la Santé, et s'est vue confier une nouvelle mission au mois de novembre. En décembre 2011, l'ARSIF a incité l'AP-HP à faire le choix d'une réorganisation de la chirurgie cardiaque sur 3 sites d'ici la fin 2012. Une réflexion est en cours au niveau de la tutelle sur l'opportunité d'une modification réglementaire liant la pose de valves aortiques percutanées et les centres de chirurgie cardiaque : il ne serait plus possible de poser des valves percutanées en l'absence d'un service de chirurgie cardiaque sur site.

En chirurgie cardiaque, l'Assistance Publique représente 43 % de l'activité francilienne, et l'activité des centres est relativement stable. En cardiologie interventionnelle, l'évolution du nombre de poses de valves aortiques par voie percutanée entre 2008 et 2011 montre que Bichat et La Pitié Salpêtrière connaissent l'activité la plus importante dans ce domaine, tandis que Henri Mondor connaît l'activité de rythmologie lourde la plus importante.

L'Assistance Publique devra rendre ses conclusions sur la restructuration de l'activité de chirurgie cardiaque en septembre 2012. Toutefois, cette activité évoluera inéluctablement, les activités lourdes étant appelées à rejoindre celles des centres lourds ; c'est le sens des recommandations qui font appel à la notion de *heart teams* (équipes cardiaques). Une réflexion sera donc nécessaire sur la restructuration de la cardiologie à l'Assistance Publique.

5. Restructuration des neurosciences adultes.

Le P^f Michel FOURNIER indique qu'un travail complémentaire sera nécessaire pour prendre en compte les positions contradictoires apparues lors de la CME de décembre. Les débats avaient rappelé la nécessité de gérer les difficultés liées aux mouvements dans les GH concernés. Il rappelle

ensuite les éléments constitutifs d'un centre lourd de neurosciences, et insiste sur la nécessité d'une plus-value universitaire. L'existence des activités H et U permettra de compenser la fragilité actuelle des équipes, de renforcer la formation et la recherche, de mettre à niveau des équipements lourds et de réorganiser la PDSES. Les trois centres retenus sont Lariboisière, La Pitié Salpêtrière et Bicêtre. Les décisions de principe adoptées portaient sur les points suivants :

- le passage à trois centres lourds ;
- le maintien de la neurochirurgie fonctionnelle à Mondor ;
- le maintien des centres d'accueil des polytraumatisés.

La mise en œuvre requiert :

- la conclusion d'accords professionnels AP-HP/ARS sur la PDSES et la grande garde ;
- le fonctionnement des centres d'accueil des polytraumatisés sans neurochirurgie sur site ;
- le soutien de l'ARS à la prolongation de certaines autorisations ;
- une solution réglementaire à l'activité de thrombolyse de Bichat ;
- la sauvegarde de la filière grande garde et cérébrolésés ;
- l'intégration de la problématique des urgences neurovasculaires.

Depuis longtemps, des conventions existent qui soutiennent les centres d'accueil des polytraumatisés. Ainsi, le centre de Bicêtre, qui ne dispose pas de service de chirurgie vasculaire, est soutenu par les chirurgiens du centre chirurgical Marie Lannelongue.

6. Echanges

Le président indique que la présentation sera mise à disposition des membres de la CME, et les invite à réagir.

Le D^r Julie PELTIER évoque les restructurations à l'hôpital Tenon et demande comment seront gérées les urgences vitales à l'Hôtel-Dieu en l'absence de chirurgie ; est-il prévu d'augmenter le nombre de transports par SAMU ? Par ailleurs, elle demande quelle méthodologie a été utilisée pour fixer la capacité d'accueil des patients dans les services suite aux restructurations.

Le P^r Michel FOURNIER assure qu'aucune fermeture de lit n'a été décidée de manière autoritaire, mais que la cible a toujours été fixée en collaboration avec les équipes concernées. Dans le cadre de la mutualisation, le regroupement au sein d'une même surface de deux structures distinctes entraîne nécessairement une modification de l'organisation des soins. Par ailleurs, la prise en charge en hôpital de jour d'un certain nombre de malades modifie les possibilités capacitaires. Des erreurs dans l'évaluation de la capacité sont possibles, mais le nombre de lits par service n'est pas fixe.

S'agissant des urgences de l'Hôtel-Dieu, le P^r FOURNIER signale que toutes les données indiquent que le service peut fonctionner sans service de chirurgie digestive. Toutefois, un certain nombre de conditions doivent être réunies, et l'organisation doit être sans faille. Or, par exemple, l'organisation des flux d'images nécessaires au fonctionnement d'un SAU n'est pas encore parfaite.

Le D^r Anne GERVAIS demande si une évaluation de la réorganisation de la cardiologie à Tenon et à La Pitié-Salpêtrière a été réalisée, et si les équipes non cardiologiques ont été interrogées. Elle signale ensuite que les transferts en ambulance ne concernent pas seulement les transferts entre sites, mais parfois les transferts au sein d'un même site, et demande si le nombre d'ambulance sera en augmentation.

Le P^r Michel FOURNIER répond que le calcul des flux et des ambulances est en cours, et que le nombre d'ambulances devra probablement augmenter. S'agissant de la cardiologie, il indique qu'il existe un problème de lits affectés au DAU. La réduction des flux des urgences de Tenon n'aura pas lieu, et les schémas sont en cours de révision.

Le P^r Paul LEGMANN signale que le transfert des équipements et des activités conventionnelles de l'Hôtel-Dieu vers Cochin entraînera une réduction du personnel sur place qui inquiète les radiologues. Par ailleurs, il indique qu'il ignore en quoi consiste un hôpital de santé publique universitaire, et met en garde contre le risque de leurrer les équipes sur place. Enfin, il juge imprudent de laisser un SAU au centre de Paris sans environnement de type hospitalier pouvant par exemple répondre aux demandes de réanimation en urgence.

Concernant le projet de réorganisation de l'Hôtel-Dieu, **le P^r Bernard GRANGER** fait observer que ni le projet de déménagement du siège, ni les coûts des réorganisations n'ont été évoqués. Il demande ensuite que des renseignements qualitatifs soient fournis. Enfin, il indique ne pas comprendre le terme « neurosciences », et s'étonne que la psychiatrie n'y apparaisse pas.

Le P^r Michel FOURNIER rappelle que l'opération de transfert des activités de l'Hôtel-Dieu vers Cochin est complexe. L'installation et l'accueil des équipes représenteront un coût situé entre 20 et 40 millions d'euros. S'agissant de l'Hôtel-Dieu, certains projets viennent seulement de démarrer, et les options sont multiples. Cependant, du retard a été pris dans les domaines de la médecine ambulatoire et de la prévention. Un travail d'accompagnement du GH sera mené pour améliorer la situation.

Le D^r Anny ROUVEL-TALLEC fait observer que la diapositive présentant la répartition des activités neurologiques ne mentionnait pas les explorations fonctionnelles neurologiques à Bichat. Par ailleurs, elle suggère de prendre en compte le futur déménagement du tribunal de grande instance de Paris pour l'implantation des urgences médio-judiciaires (UMJ) sachant que le tribunal sera installé à la porte de Clichy (secteur Cardinet).

Le P^r Isabelle BADELON demande ce qu'il adviendra des urgences ophtalmologiques concentrées à l'Hôtel-Dieu.

Le P^r Michel FOURNIER assure que la question des UMJ est prise en compte. S'agissant des urgences ophtalmologiques, il est prévu que la prise en charge se fasse majoritairement à Cochin, mais que des consultations sans intervention chirurgicale seront maintenues à l'Hôtel-Dieu (l'objectif étant, à terme, de ne réaliser aucune anesthésie générale à l'Hôtel-Dieu).

Le D^r Patrick PELLOUX fait observer que les UMJ nécessitent qu'un avis d'expert soit rendu immédiatement. En ce qui concerne les transferts en ambulance, il demande si le service central des ambulances sera en mesure de répondre à toutes les demandes qui seront en croissance. Enfin, il signale que toutes les études européennes s'accordent sur le fait que les fermetures de lits d'aval entraînent des problèmes au niveau des urgences. Compte tenu du fait qu'il sera nécessaire de maintenir un accueil d'urgence de proximité au niveau de l'Hôtel-Dieu, les fermetures de lits risquent de rendre difficile le maintien d'une structure de permanence de soins exigeante. **le D^r PELLOUX** déclare que la CME doit se saisir de la question de la recomposition de la permanence de soins et prévient que, beaucoup de services d'urgence en Île-de-France n'ayant plus de chirurgien après 22 heures, l'AP-HP risque de devoir accueillir un nombre croissant de patients provenant de la grande banlieue.

Le D^r Cyril DAUZAC demande si une réflexion a été menée sur la géographie des centres lourds de neurosciences et sur l'activité des filières de patients. Il signale que l'Oise et le Val-d'Oise risquent d'être dépourvues suite à la réorganisation.

Le P^r Michel FOURNIER répond que l'ensemble de ces sujets est au cœur des réflexions. Il fait ensuite remarquer que, pour chaque restructuration, les retards entraînent un phénomène de « mercato », qui est vecteur de désordre et de difficultés supplémentaires.

Le président demande pourquoi la réflexion sur les centres lourds de neurosciences ne tient pas compte du fait que Bichat et Beaujon font partie du même GH.

Le P^r Michel FOURNIER explique que la situation est liée à l'activité de neuro-radiologie interventionnelle au sein de l'hôpital Bichat. Cette activité doit être dissociée de la problématique globale et relève d'une autorisation réglementaire délivrée par l'ARSIF au niveau des sites, et non des GH.

III. Révision des effectifs 2012

M. Jérôme HUBIN expose qu'en 2011, le total des dépenses pour le personnel médical s'est élevé à 907 millions d'euros : les effectifs représentaient 810 millions d'euros, la permanence des soins 82 millions d'euros, et les dépenses diverses 14 millions. Dans le cadre de l'EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses) 2012, l'objectif est de réaliser 5 millions d'euros d'économies sur les dépenses 2011, soit un effort de 0,5 % par rapport à 2011. Les mesures d'économies proposées aujourd'hui portent principalement sur la révision des effectifs de PH pour 2012. A l'heure actuelle, cette révision se solde par un surcoût de 350 000 euros car les reprises de postes de PH n'ont pas été suffisantes pour compenser le besoin de financement lié aux demandes de créations de postes.

La proposition qui a été faite consiste donc, pour les postes de PH sur lesquels les candidats ne sont pas prêts (candidats non inscrits sur la liste d'aptitude du concours national de PH), à revoir à l'EPRD l'autorisation de dépense attachée à ces postes et à n'accorder au service qu'une autorisation de dépense, équivalent à un poste de praticien hospitalier contractuel (PHC). Le coût d'un poste de PHC étant de 75 000 euros, contre 112 000 euros pour un poste de PH, l'écart de masse salariale pourra être valorisé au titre des économies 2012. Il s'agit cependant d'économies potentielles : si le service parvenait à recruter un bon candidat en cours d'année, le complément d'autorisation de dépenses serait rendu au service. Cela signifie que cette mesure ne bloquera pas la publication des postes de PH. Cette mesure concerne 30 postes sur 107 en anesthésie-réanimation, et 33 postes dans les autres spécialités. Elle pourrait générer une économie potentielle de 1,85 million d'euros en 2012.

A cette mesure s'ajoute l'extension en année pleine des reprises de postes de PH quand les titulaires ont été promus PU-PH au 1^{er} septembre 2011, ce qui représente une économie de 1,2 million d'euros sur 2012. La valorisation sur quatre mois des reprises de postes de PH promus PU-PH au 1^{er} septembre 2012 permettra quant à elle d'économiser 0,8 million d'euros.

Les économies potentielles sur la masse salariale du personnel médical s'élèvent donc à ce stade à 3,85 millions d'euros

Cet effort doit être mis en perspective des probables mesures salariales pour 2012 : monétisation d'une partie des jours épargnés sur les comptes épargne temps (CET), modification de l'assiette

IRCANTEC pour certaines catégories de personnel médical... Enfin, il faudra tenir compte de la possible diminution de l'enveloppe MIG (missions d'intérêt général) PDSES.

Le vice-président demande comment a été décidé le niveau d'économies à réaliser.

M. Jérôme HUBIN répond que les 5 millions d'euros représentent la part d'économies demandée au personnel médical dans le cadre de l'effort de convergence que l'AP-HP doit réaliser ; au départ, le montant des économies avait été fixé à 10 millions d'euros par an pendant cinq ans, mais il est apparu qu'un tel effort n'était pas possible à court terme. La construction de la cible a été réalisée en partant du poids des dépenses médicales dans le total des dépenses de l'AP-HP. En comparaison de ce qui a été demandé au personnel non-médical, l'effort demandé au personnel médical est relativement faible.

Le D^r Martine MARCHAND signale que des praticiens attachés en passe de devenir PH se voient proposer des postes de PHC. Ces pratiques sont très discutables, car les personnes concernées passent d'un CDI à un CDD pour une même activité, ce qui est juridiquement contestable. De plus cela entraîne des pertes de droits et d'ancienneté sans compensation, ainsi que parfois des pertes de salaire ou de temps de travail. Des procédures de licenciement ont parfois été mises en œuvre. Elle demande donc que le montage financier mis au point tienne compte des droits et du montant des revenus des praticiens attachés.

M. Jérôme HUBIN répond que l'application de la mesure proposée n'est pas systématique, et que les critères utilisés pour identifier les postes et les attachés candidats sur ces postes étaient tout à fait objectifs : inscription sur liste d'aptitudes, âge, parcours, etc.

Le D^r Martine MARCHAND fait observer que, dans les établissements, le discours consiste à dire qu'un poste de PH passe d'abord par un poste de PHC. Elle demande que ce sujet fasse l'objet d'une clarification au niveau local.

Le D^r Patrick DASSIER suggère que les postes de PHC soient proposés d'emblée à un échelon 4 afin de favoriser l'attractivité des postes. Certains CHU ont mis en place cette mesure pour certaines spécialités.

Le président assure que la CME est consciente de ce problème.

Le P^r Jacques DURANTEAU signale qu'une dynamique doit être insufflée dans les services pour conserver les meilleurs éléments. S'agissant des postes de PH en anesthésie, il a été demandé à la direction financière de s'engager par écrit à ce que la différence financière entre PHC et PH soit abondée deux fois dans l'année pour le cas où le service disposerait d'un candidat prêt à occuper le poste de PH.

Le D^r Patrick PELLOUX suggère que les plans d'économies sur le personnel médical qui se succèdent depuis des années fassent l'objet d'une étude. Il évoque ensuite les problèmes démographiques qui se posent, et demande si l'AP-HP utilise ces problèmes pour justifier la poursuite des plans d'économies, ou si elle a l'ambition de mener une politique de l'emploi permettant d'assurer son développement.

Le P^r Michel FOURNIER répond que le nombre de médecins titulaires, et en particulier de PH, n'a cessé de croître. Il signale par ailleurs que les vacataires représentent une masse salariale beaucoup plus importante à l'AP-HP que dans les CHU de province ; depuis six ou sept ans, le flux de titularisation vise à corriger cette différence.

IV. Six sous-commissions de la CME

Le président rappelle que l'efficacité des sous-commissions suppose qu'elles travaillent en collaboration avec leurs homologues des GH, et que leur bon fonctionnement nécessite une assistance logistique. Le Siège doit donc mettre à leur disposition un secrétariat, ainsi que les moyens de se réunir, de rédiger et de diffuser les comptes rendus de leurs réunions ; il doit également les aider à obtenir la documentation nécessaire à leurs travaux, et participer à leur rayonnement. Le président invite ensuite les membres de la CME souhaitant rejoindre une sous-commission à se manifester.

1. Sous-commission des structures

Cette sous-commission est présidée par le P^r Gérard CHÉRON. Ses vice-présidents sont le P^r René ADAM et le D^r Jean-Claude ALVAREZ.

Le P^r Gérard CHÉRON présente la composition de la sous-commission. La sous commission travaillera en concertation avec les présidents des sous-commissions des structures locales. Trois dossiers prioritaires ont été identifiés :

- la lecture des contrats de pôle, chaque membre de la sous-commission étant responsable d'un GH ;
- les modifications de structures résultant des nouveaux contours de pôles ;
- l'analyse des projets de restructurations (ou réorganisations).

Le président signale que pour les situations intra-GH ne posant pas de difficultés manifestes, les sous-commissions et la CME ne doivent être qu'informées ; en cas de difficulté, le GH fait appel à la CME ou à une de ses sous-commissions pour médiation. Concernant les affaires supra-GH, l'intervention de la CME et de ses sous-commissions est nécessaire dans tous les cas.

Le P^r Olivier LYON-CAEN demande ce qui est envisagé quand le temps du GH ne correspond pas au temps de la CME.

Le président répond qu'une synchronisation est nécessaire entre le déclenchement des opérations et l'information de la CME. En cas de problème, une analyse de la situation sera nécessaire.

Le P^r Gérard CHÉRON fait observer que des décalages seront certainement observables, la réunion de la sous-commission des structures sous quarante-huit heures étant délicate. Toutefois, certains membres de la sous-commission pourraient être désignés pour instruire les dossiers et présenter en urgence des commentaires au bureau de la CME.

Le président se déclare favorable à ce mode d'organisation.

Le P^r Bernard GRANGER demande quelle est la procédure pour résoudre les conflits liés à la nomination des responsables de structure.

Le président répond qu'une telle situation est d'abord locale, mais que la CME ou une de ses sous-commissions pourra proposer une médiation. Toutefois, tout collègue insatisfait d'une modification de structure, d'une nomination ou de toute autre affaire le concernant personnellement pourra déposer un recours devant le président. Le recours sera instruit dans les délais les plus brefs par un groupe de travail permanent qui sera prochainement constitué. Le président indique qu'il fera

preuve d'une grande vigilance dans le fonctionnement de ces mécanismes et donnera toujours la priorité aux décisions des CME locales.

Le P^r Bernard GRANGER demande si les recours seront suspensifs.

Le président répond que cette question n'a pas été tranchée. La direction des affaires juridiques sera consultée sur ce sujet.

2. Sous-commission du temps et des effectifs médicaux

Cette sous-commission est présidée par le P^r Thierry BÉGUÉ. Sa vice-présidente est le D^r Sophie CROZIER.

Le P^r Thierry BÉGUÉ présente la composition de la sous-commission et souligne que toutes les spécialités sont représentées en son sein. La sous-commission a pour fonction l'instruction des dossiers des effectifs HU et H, avec demandes de rapport au besoin – dans la mesure du possible, ces demandes de rapport seront menées hors GH, mais dans la discipline. Afin de traiter les cas difficiles, la sous-commission cherchera à entendre les médecins concernés. La sous-commission intervient uniquement sur délégation du Président. Elle a pour ambition de travailler en harmonie avec les CME locales.

Le président signale que les compositions A, B et C de la CME discutent les questions de nominations et de transferts à la suite de la séance plénière de la CME, et invite les membres de la CME concernés à être présents.

3. Sous-commission Innovation, recherche, université

Cette sous-commission est présidée par le P^r Philippe RUSZNIEWSKI. Son vice-président est le P^r Marc DELPECH.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI rappelle que les missions de la commission sont les suivantes :

- faciliter la recherche clinique, ce qui suppose de rendre plus fructueuses les relations entre les investigateurs cliniciens et la Direction de la recherche clinique (DRC) ;
- favoriser la remontée de projets innovants vers le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CÉDIT) pour évaluation et mise en œuvre ;
- valoriser l'expertise ;
- participer à la deuxième vague de labellisation des départements hospitalo-universitaires (DHU), en concertation avec les comités de recherche ;
- s'impliquer dans la question des relations entre les médecins et l'industrie, à l'aune d'une modification législative.

Le président signale que le P^r Pierre CORIAT a été missionné par la conférence des présidents de CHU pour travailler sur la loi Bertrand qui règlement les relations entre l'industrie pharmaceutique.

Le doyen Serge UZAN indique que la conférence des doyens d'Île-de-France participera à toutes les réunions de la sous-commission de la recherche. Il souligne par ailleurs que les DHU ont

rencontré un grand succès, et ont permis à la fois des innovations dans les relations entre les différents partenaires et des avancées sur des questions restées jusque-là sans solutions. Il déclare qu'il est nécessaire d'aller dans le sens d'une plus grande visibilité de ce dispositif, mais que cela suppose de construire des filières de qualité pour la mission hospitalo-universitaire.

Le président suggère aux PH de participer aux travaux de cette sous-commission.

4. Sous-commission Développement professionnel continu médical, rebaptisée Hospitalité, qualité et sécurité des soins

Cette sous-commission est présidée par le P^r Gérard REACH. Son vice-président est le D^r Rémy COUDERC.

Le P^r Gérard REACH indique que les objectifs de développement sont définis dans la loi HPST, qui prévoit que « *la CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle propose au directeur un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi.* » Le travail de la sous-commission ne porte donc pas uniquement sur l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances. Ces missions consistent à :

- garantir la sécurité des soins ;
- optimiser la qualité des soins et l'accueil des patients.

La réalisation de ces missions suppose de faire intervenir un grand nombre d'instances locales et de structures de l'AP-HP, et que les moyens adéquats soient mobilisés. Afin que les missions de la sous-commission soient plus facilement lisibles, M. REACH propose qu'elle prenne le nom de sous-commission Hospitalité, qualité et sécurité des soins.

Le président signale qu'un représentant des usagers au conseil de surveillance lui a demandé de pouvoir assister aux réunions de la CME. Cela n'a pas semblé opportun au président, mais il a proposé qu'un représentant des usagers soit invité au sein de la sous-commission présidée par le P^r REACH. Un représentant des personnels paramédicaux pourrait aussi être invité.

5. Sous-commission Activité et ressources autrement nommée sous commission des Finances

Cette sous-commission est présidée par le D^r Anne GERVAIS. Ses vice-présidents sont les P^{rs} Guy SEBAG et Michel ZERAH.

Le D^r Anne GERVAIS rappelle que la sous-commission a pour mission de réaliser le suivi de l'EPRD, de la dette, du NSI (nouveau système d'information), et des investissements et équipements. Par ailleurs, la sous-commission a décidé de se saisir de trois des missions prioritaires fixées par l'AP-HP : la facturation, le codage et les économies d'achat. Enfin, elle remplira également des missions ponctuelles : valorisation du temps médical, dépenses des centres de maladies rares, contrats des praticiens libéraux, etc. Un lien fort sera nécessaire avec les sous-commissions locales. La première réunion de la sous-commission aura lieu le 6 mars.

Le président fait observer que le NSI comprend un aspect technique et un aspect financier, et annonce qu'un exposé sur le sujet sera réalisé lors de la CME du 13 mars prochain.

6. Sous-commission Vie hospitalière

Cette sous-commission est présidée par le D^r Patrick DASSIER. Son vice-président est le D^r Nicolas DANTCHEV.

Le D^r Patrick DASSIER indique que cette sous-commission traite principalement des conditions de vie et de travail des PH, ce qui constitue un sujet très important pour l'attractivité de l'AP-HP, ainsi que pour l'analyse de l'impact et l'organisation des départs en retraite. Parmi les sujets importants, le D^r DASSIER évoque :

- les gardes ;
- les crèches et le logement ;
- les possibilités de reconversion en fin de carrière ;
- l'observatoire sur les conditions de travail ;
- la médicalisation du CHSCT central ;
- l'organisation du temps médical.

Le président signale qu'il est nécessaire de conférer un certain poids à cette sous-commission, et invite les membres de la CME à la rejoindre. Il remercie ensuite les présidents de sous-commission pour le temps consacré à leurs missions, et assure qu'il sera à leur disposition pour les accompagner dans leur tâche.

V. Contrats de pôle : procédure

M. Hubert PEURICHARD indique que les contrats de pôle sont signés entre la Directrice générale, les directeurs de GH et les chefs de pôle pour une durée de quatre ans, après avis du président de la CME et du doyen membre du directoire, et information des CME locales. Les avenants annuels qui précisent les moyens et les objectifs annuels sont signés uniquement par les directeurs de GH et les chefs de pôle.

Des échanges sont en cours entre les directions locales et les chefs de pôle, afin d'examiner particulièrement les points suivants :

- la cohérence avec les orientations médicales du plan stratégique ;
- l'harmonie entre les GH ;
- le respect du socle minimum et institutionnel de délégation de gestion.

Des ajustements sont réalisés lorsque cela semble nécessaire. Un dossier comprenant des observations sur chaque GH a été transmis à la sous-commission des structures, afin que celle-ci puisse émettre un avis sur les contrats.

Le président indique qu'une information aura lieu lors de la prochaine réunion de la CME. Il explique que deux aspects des contrats de pôle peuvent faire l'objet de discussions : l'inscription du tableau des emplois dans les contrats de pôle d'une part, les contrats d'objectifs et de moyens, et la délégation de gestion, d'autre part.

M. Hubert PEURICHARD rappelle que les contrats de pôle portent sur une durée de quatre ans. Le contrat-type prévoit d'indiquer en annexe les moyens du pôle (notamment en termes d'emplois) à une date donnée, la transparence sur les moyens mis en œuvre constituant un enjeu important. S'agissant des déclinaisons annuelles du contrat, qui précisent les moyens et les objectifs associés, il sera proposé d'y intégrer :

- la nécessité de veiller à la mise à disposition effective des moyens contractualisés ;
- la conduite d'une analyse des causes en cas de non-atteinte des objectifs, afin de procéder aux ajustements nécessaires.

En ce qui concerne la délégation de gestion, il a été proposé de reprendre les dispositions constituant le socle institutionnel, ce qui n'a pas soulevé d'observations de la part des présidents des CME locales.

Le P^f Philippe RUSZNIEWSKI demande si la rédaction de l'article 9 du contrat sera modifiée..

M. Hubert PEURICHARD répond que l'article 9 ne sera pas modifié, mais répète qu'il a été proposé d'ajouter systématiquement à la déclinaison annuelle du contrat un article portant sur la nécessité d'une mise à disposition effective des moyens et d'une analyse des causes. Il fait observer qu'il est difficile de modifier les 128 contrats de pôles, et qu'il est plus pertinent de modifier les annexes.

Le P^f Paul LEGMANN suggère de faire figurer dans le contrat de pôle le tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER), et de préciser dans les avenants annuels la masse salariale et les emplois temps pleins rémunérés pour l'année en cours, ceux-ci étant en général inférieurs au tableau prévisionnel des emplois.

La secrétaire générale, M^{me} Monique RICOMES, rappelle que la notion de tableau des emplois ayant disparu avec le financement par l'activité, le tableau prévisionnel des emplois rémunérés est le document de référence appelé toutefois à connaître quelques variations. La Direction générale propose donc que la situation de départ soit inscrite en annexe du contrat, et que l'évolution du TPER relève de la contractualisation interne au GH dans le cadre de la déclinaison annuelle.

VI. Représentation de la CME dans les commissions et groupes de travail

Le président rappelle que le D^f Patrick DASSIER et le P^f Bernard GRANGER ont été élus pour représenter la CME au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail central, et que le D^f Olivier HENRY a été élu pour représenter la CME au Comité Technique Central d'Etablissement. Le Président donne ensuite la liste des membres de la CME pressentis pour être nommés par lui à la représentation de la commission dans différentes instances :

- Schéma régional d'organisation des soins (SROS) : P^f Jean-Claude PETIT ;
- Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) : P^f Béatrice CRICKX ;
- Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) : D^f Christophe TRIVALLE ;
- Comité d'audit de l'AP-HP : P^f Jean-Yves ARTIGOU ;
- Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN central) : P^f Christian RICHARD ;
- Commission centrale de concertation avec les usagers (CCCU) : D^{rs} Olivier HENRY et Nicolas DANTCHEV ;
- Comité de lutte contre la douleur (CLUD) : D^f Patrick PELLOUX ;

- Comité des vigilances et de gestion des risques (COVIGERIS) : D^{rs} Julie PELTIER et Brigitte MARCHAND ;
- Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) : D^r Guy BENOÎT.

Un représentant de la CME doit encore être nommé dans le Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) central. Tout volontaire est invité à se manifester auprès du président.

Le président annonce qu'un nouveau président doit être nommé à la tête du CLIN central, et qu'il devrait s'agir d'un clinicien (chirurgien ou réanimateur de préférence). Un nouveau président doit aussi être nommé à la tête de la COMEDIMS. Le Président invite les membres de la CME à lui faire part de leurs réflexions sur ces nominations.

VII. Projets de contrats de participation de professionnels libéraux aux activités hospitalières (décret du 28 mars 2011)

Le président précise que ce sujet a déjà été évoqué par la sous-commission des effectifs et lors de la réunion du bureau de la CME.

M. Jérôme HUBIN indique que le GH Bichat - Beaujon - Bretonneau - Louis Mourier - Charles Richet a souhaité pouvoir conclure quatre contrats permettant la participation de médecins libéraux en rythmologie. Avant la publication de la loi HPST en 2009, la collaboration public-privé passait presque obligatoirement par la constitution de structures telles que les Groupements de Coopération Sanitaire. Depuis, il est possible de demander à des médecins libéraux de participer à des activités hospitalières. Les modalités de recours à ces praticiens ont été précisées par un décret de mars 2011. Le dispositif remplace les cliniques ouvertes, et doit être distingué de l'activité libérale que peuvent exercer certains praticiens hospitaliers.

L'article L.6146-2 du Code de la santé publique dispose que « *le directeur peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la CME, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral à l'extérieur de l'hôpital, autres que les praticiens statutaires de l'établissement ayant une activité libérale, à participer aux missions de service public attribuées à cet établissement, ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement* ». Le recrutement se fait par contrat d'une durée pouvant aller jusqu'à cinq ans, renouvelable. Le contrat doit être conforme aux objectifs de l'établissement, et approuvé par le directeur général de l'ARS. La loi ne prévoyant aucune limite d'emploi, cette forme de recrutement peut être employée dans toutes les spécialités. La question de la communication des contrats à l'ordre des médecins n'a pas été tranchée.

La rémunération des praticiens libéraux se fait à l'acte – et non au forfait – aux tarifs du secteur 1. Le praticien enregistre son activité dans le système d'information et transmet les actes réalisés au cours d'un mois donné à la direction de l'hôpital, qui lui reverse son dû sous forme d'honoraires auxquels est soustraite une redevance (le praticien exerçant son activité avec les moyens matériels et humains de l'hôpital). La redevance a été fixée à 10 % pour les consultations, à 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation, et à 30 % pour les autres actes pratiqués dans l'établissement. Le praticien peut également être rémunéré lorsqu'il participe à des actions de formation ou à la permanence des soins d'un service.

Ce dispositif permet notamment de pallier aux difficultés de recrutement, de dynamiser la coopération public-privé, et de maintenir une offre en secteur public. Au départ, la loi visait plutôt

de petites structures hospitalières, où la survie de certaines activités dépendait de l'implication de médecins libéraux locaux.

Les inconvénients du dispositif sont liés à la forme de participation des médecins libéraux :

- La différence de mode de rémunération des praticiens libéraux et des médecins statutaires est susceptible de rendre leur cohabitation difficile.
- Le recours à ce dispositif revient à contourner la contrainte des TPER.
- Les praticiens attachés pourraient faire le choix de se reconvertir pour intervenir à l'hôpital exclusivement en qualité de médecins libéraux et ainsi bénéficier d'une rémunération à l'acte probablement plus intéressante dans de nombreux cas.
- Dans certains cas, ce type de recours peut masquer la nécessité d'une profonde restructuration de l'activité d'un service.
- Le dispositif pose la question de la prise en charge globale du patient.
- Le praticien libéral exerçant dans le cadre du service public hospitalier, l'assurance est celle de l'hôpital, sauf cas de faute détachable du service dans certains cas, ce type de recours peut masquer la nécessité d'une profonde restructuration de l'activité d'un service.
- Le dispositif pose la question de la prise en charge globale du patient.
- Le praticien libéral exerçant dans le cadre du service public hospitalier, l'assurance est celle de l'hôpital, sauf cas de faute détachable du service.

La procédure envisagée à l'AP-HP pour encadrer les demandes de recours aux praticiens libéraux est la suivante :

- conclusion d'un contrat-type qui a été élaboré par l'AP-HP ;
- recrutement sur avis du président de la CME locale et du président de la CME de l'AP-HP ;
- décision du directeur du GH, qui signe le contrat ;
- envoi d'une copie du contrat à la DPM.

L'avis de la CME de l'AP-HP pourrait également être sollicité. Un cadre d'emploi du dispositif serait établi a priori.

Concernant les demandes émanant de Bichat, il a été indiqué au GH qu'il était indispensable que la CME ait connaissance de ces projets de contrats. D'autres GH ont formulé des demandes dans d'autres spécialités mais ces GH n'ont pas encore transmis de projets de contrats à la DPM.

Le président signale que le cadre général de ce dispositif marque un changement profond dans la culture hospitalière publique, en particulier pour l'AP-HP. Il invite ensuite le D^r Anne GERVAIS à apporter un éclairage sur les aspects financiers.

Le D^r Anne GERVAIS fait observer que il y a quatre niveaux d'analyse : 1/ politique et elle estime que la notion de privé à l'hôpital public est oxymorique, 2/ stratégique puisque les CHU dont l'AP ont 80% de leurs activités représentées par des activités de routine, ce qu'il faut donc développer ; 3/ humain : une équipe a rejoint Bichat et il faut lui permettre de travailler ; 4/ financier et c'est ce point qu'elle va développer. Elle indique ensuite qu'aucune évaluation financière de la situation actuelle n'a été réalisée. Toutefois, il est prévu que 250 séjours soient effectués en rythmologie.

Parmi ces séjours, 150 étaient réalisés auparavant via un transfert des patients vers une clinique du secteur privé (par exemple pour la pose d'un pacemaker). Ces 150 séjours étaient déjà codés et encaissés en fonction de leur GHS. Désormais, ces séjours seront codés de manière quasiment équivalente, d'après le DIM de l'hôpital, et il faudra imputer en plus le coût d'acquisition des dispositifs (pacemakers, défibrillateurs) et soustraire des recettes la part reversée aux praticiens libéraux (70 %). Le traitement local des 150 séjours précédemment réalisés n'entraînera donc pas de recettes ; les recettes proviendraient des 100 séjours supplémentaires. D'après la projection effectuée, les 250 séjours devraient dégager 2,365 millions d'euros de recettes pour 2,097 millions euros de charges, soit un bénéfice de 300 000 euros en sus des 100 000 euros versés aux praticiens libéraux.

Le D^r Anne GERVAIS regrette que la CME ne dispose pas d'une évaluation financière de la situation actuelle. Elle indique ensuite qu'il semble nécessaire de mettre en œuvre un dispositif d'évaluation régulière des contrats, et d'intégrer à ces contrats des *business plans* dressés par les chefs de pôle et fixant des seuils de rentabilité.

Le président explique que certains pans d'activité (comme la pose de stimulateurs cardiaques) ont été abandonnés car ils étaient jugés peu intéressants du point de vue médical. Pourtant, ces actes ont un intérêt financier et pédagogique. Par ailleurs, il existe également une volonté de reconquérir les activités de chirurgie de la main et de pose de prothèses de hanche à froid. Toutefois, il semble difficile de reconquérir ces secteurs en une seule étape. Le recours aux médecins libéraux pourrait permettre de faire renaître l'intérêt du personnel titulaire pour ces activités abandonnées.

Le P^r Olivier LYON-CAEN salue la qualité de la présentation du D^r GERVAIS, mais réfute l'idée selon laquelle l'introduction de médecins libéraux à l'AP-HP pourrait donner un nouvel élan à certaines activités. Il fait observer que, si des pans d'activités ont été abandonnés, c'est parce qu'ils n'étaient pas porteurs de projets universitaires ou hospitalo-universitaires. La recherche d'un équilibre au sein des CHU entre ce qui relève de l'activité de haut niveau et ce qui relève de l'activité non innovante semble être la meilleure manière de répondre à la problématique qui se pose.

Par ailleurs, il doit exister au sein des équipes médicales une mentalité commune : l'introduction d'une manière différente de gérer les patients risque d'entraîner un déséquilibre extrêmement profond. Il semblerait donc préférable, en l'état actuel des textes, d'encourager les praticiens de l'AP-HP à exercer une activité libérale. Enfin, **le P^r Olivier LYON-CAEN** signale qu'il ne sera pas possible de revenir sur les erreurs du passé en y apportant une solution ponctuelle. La volonté de reconstruire certains pans d'activité suppose de mettre en œuvre sur plusieurs années des politiques ciblant les activités à développer.

Le D^r Michel DRU se déclare choqué par le développement de pratiques (facturation des chambres seules, activité libérale statutaire des PH et maintenant la pose de pace-makers par des cardiologues du secteur privé), qui marquent la privatisation progressive de l'hôpital public et donc de notre institution. Le sujet présenté pose également la question de l'attractivité des carrières médicales hospitalières, les praticiens réalisant la pose de ces pace-makers ayant certainement été formés à l'AP-HP.

Le D^r Patrick DASSIER demande ce qu'il adviendrait en cas de la survenue d'une infection nosocomiale ou d'une complication médicale entraînant un recours. Qui porterait la responsabilité : le praticien ou l'établissement ? Il espère le caractère transitoire de cette situation car il lui semble préférable de créer des postes de PH pour gérer les activités qui seront confiés aux praticiens libéraux.

M. Jérôme HUBIN répète que, lorsqu'il n'existe pas de faute détachable du service, le médecin libéral sera couvert par l'établissement au niveau assurantielle. En cas de conflit, la compétence sera celle du tribunal administratif.

Le D^f Patrick PELLOUX fait observer qu'il appartiendra à l'Assistance Publique d'indemniser les patients, et ajoute que le développement du recours à l'activité libérale va toujours dans un sens défavorable au service public, donnant l'exemple des gardes réalisées par les praticiens libéraux. Il se déclare donc totalement opposé aux contrats de participation des professionnels libéraux aux activités hospitalières.

Le P^f Rémy NIZARD signale que 85 % de la chirurgie des ligaments croisés antérieurs et 60 % de la chirurgie des prothèses sont réalisés en ville. Or, à l'époque du budget global, les praticiens hospitaliers ont été dissuadés de mener ce type d'activité, alors qu'il permet de faire fonctionner un service. Par ailleurs, il fait observer que les internes se forment sur les activités banales, en particulier en chirurgie orthopédique, et que les praticiens libéraux exercent une pression pour faire venir les internes dans leurs structures, ce qui constitue un motif légitime d'émotion. Il est donc important de ne pas abandonner les activités de routine, qui d'ailleurs donnent lieu à des recherches cliniques visant à optimiser les circuits afin de réduire la durée des séjours. Le P^f NIZARD déclare qu'il comprend les réserves que font naître les contrats discutés, mais suggère qu'ils soient mis en œuvre et soumis à évaluation.

Le D^f Anne GERVAIS répète que l'évaluation financière table sur une rémunération des praticiens libéraux à hauteur de 100 000 euros dans le cadre des contrats demandés par l'hôpital Bichat, soit le coût d'un poste de PH.

Le P^f Bernard GRANGER fait observer que la rémunération des médecins libéraux sera quatre fois supérieure à celle des praticiens attachés, ce qui pose un risque réel de reconversion des praticiens attachés. Il regrette que l'AP-HP en vienne à recommander cette solution, en particulier dans une discipline comptant énormément de PU-PH et de PH.

Le P^f Jean-Yves ARTIGOU signale que certaines activités cardiologiques sont menacées de disparition à l'AP-HP : c'est notamment le cas pour l'implantation des stimulateurs cardiaques qui se fait massivement dans le secteur privé. Il est devenu actuellement impossible de garder à l'AP-HP, alors qu'il y a été formé, un cardiologue qui accepte d'implanter des stimulateurs tant le secteur privé est concurrentiel. Il souligne les conséquences néfastes de la disparition de cette activité en termes de ressources pour notre institution mais également l'impact négatif sur la formation et la recherche.

Le président demande quelles seront les conséquences des contrats demandés sur l'activité de Bichat.

Le P^f Jean-Yves ARTIGOU répond que la demande d'implantations de stimulateurs cardiaques est appelée à augmenter rapidement avec le transfert fin 2011 du Pr. Leenhardt, rythmologue reconnu au niveau international, et de son équipe venant de Lariboisière pour développer la rythmologie à Bichat. Ces contrats permettraient à ces quatre cardiologues de développer l'activité du service et de maintenir une rythmologie équilibrée dans toutes ses composantes pour ce centre d'excellence.

Le P^f Béatrice CRICKX rappelle que l'activité de pacemaker à Bichat a disparu brutalement suite au départ d'un PH, et que le circuit passe désormais par la collaboration avec le privé. Le chef de pôle, en accord avec le chef de service venu de Lariboisière, propose de reprendre cette activité. Par

ailleurs, l'équipe mène une activité de pointe en rythmologie, et n'est pas en mesure de montrer aux internes attachés les actes les plus simples nécessaires à leur enseignement.

Le D^r Jalal ASSOUD s'étonne que le coût du recrutement d'un praticien hospitalier dédié n'ait pas été évalué.

Le P^r Thierry BÉGUÉ signale que dans sa spécialité deux secteurs d'activités sont complètement partis vers le privé. Par conséquent, pour relancer l'activité, il est indispensable de faire appel aux médecins disposant du recrutement, des circuits et des réseaux compétents. Actuellement, la pression que font peser les établissements privés sur l'AP-HP tient aux volumes générés qui leur permettent de réclamer des internes à l'ARS. Le P^r BEGUE fait par ailleurs observer qu'en cas d'hospitalisation classique, les contrats évoqués posent le problème de la surveillance des malades suivis par les médecins libéraux, qui ne seront pas présents quotidiennement ; le recours aux médecins libéraux sera plus facile à mettre en œuvre dans les secteurs ambulatoires.

Le P^r Béatrice CRICKX indique que les activités qui seraient exercées dans le cadre de la demande de Bichat ne sont pas ambulatoires. Certains actes requièrent un passage au bloc chirurgical et la durée moyenne de séjour est évaluée à 4,6 jours. Toutefois, dans l'esprit du pôle lourd de cardiologie de Bichat, les praticiens libéraux ne seraient en aucun cas des électrons libres, mais seraient rattachés à l'équipe de rythmologie, les indications étant prises collégialement.

Le D^r Martine MARCHAND rappelle que le recrutement des médecins libéraux dans les CHU a conduit à l'élaboration du statut de 1974, et suggère de mener une évaluation de ce dispositif. Elle rappelle que la principale critique adressée aux attachés était qu'ils intervenaient à l'hôpital pour recruter au profit de leur activité libérale.

Le P^r Olivier LYON-CAEN signale que l'introduction du praticien libéral à l'hôpital sera irréversible, et qu'il convient de bien mesurer les conséquences de la décision qui sera prise.

Le D^r Patrick PELLOUX ajoute que le service public est en train de mettre la main dans un engrenage qui le conduira dans une situation très paradoxale.

Le P^r Bernard GRANGER propose que la CME rende un vote sur ce sujet.

Le président rappelle qu'il doit rendre un avis sur les contrats demandés par Bichat, et propose de consulter les membres de la CME par un vote à bulletins secrets. La question posée est la suivante : « Êtes-vous pour ou contre l'adoption des quatre contrats d'activité libérale à l'hôpital Bichat, en cardiologie, qui nous sont soumis aujourd'hui ? » Le Président annonce qu'il suivra l'avis de la CME sur cette demande précise, sans que ce vote puisse établir une jurisprudence pour les autres contrats qui seront soumis à son avis.

Le P^r Noël GARABÉDIAN suggère que chaque collégiale réfléchisse aux activités qui sont en concurrence avec le secteur privé, afin de pouvoir prévenir les problèmes plutôt que les subir.

Le vote se déroule à bulletin secret. Le président décompte 44 voix contre, 17 voix pour, et 1 vote blanc, et prend acte du fait que la CME lui suggère de donner un avis défavorable aux quatre contrats d'activité libérale proposés pour le site de Bichat.

VIII. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires au titre de l'année 2012

Le président déclare que ce sujet sera traité par les compositions B et A.

IX. Information sur les résultats de la révision des effectifs hospitalo-universitaires d'odontologie au titre de l'année 2012

Le président déclare que ce sujet sera traité par les compositions B et A.

X. Approbation des comptes rendus des CME des 10 et 17 janvier 2012

Les comptes rendus sont approuvés à l'unanimité.

XI. Questions diverses

1. Règlement des crèches

Le Président annonce que M^{me} RICOMES fera une présentation sur ce sujet.

La Secrétaire générale, M^{me} RICOMES, signale que l'Assistance Publique dispose d'une capacité d'accueil en crèche de 5000 places environ. Bien qu'elles ne bénéficient d'aucun financement externe, la Direction Générale souhaite maintenir voire, dans la mesure du possible, augmenter leur capacité d'accueil. Toutefois, afin de bénéficier de financements de la Caisse d'Allocations Familiales, les crèches doivent respecter un certain nombre de critères, notamment en matière de tarifs. Une discussion sera menée sur ce sujet avec les organisations syndicales dans le cadre de l'agenda social.

M. Fabien LE BRAS signale que les internes ont de grandes difficultés à obtenir des places en crèche, notamment en raison de leurs transferts fréquents, qui les font passer en dernière position.

La Secrétaire générale, M^{me} RICOMES, assure qu'elle a connaissance de ce problème, et suggère que la sous-commission Vie hospitalière s'en saisisse.

En l'absence de questions diverses supplémentaires, la séance est levée à 12 heures 35.

*

*

*

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

Mardi 13 mars 2012 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 29 février 2012 à 16 heures 30