

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 15 NOVEMBRE 2011

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 13 DECEMBRE 2012

SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	5
II.	Information sur les élections professionnelles	6
III.	Présentation du bilan du CLIN 2011	7
IV.	Point sur la révision des effectifs de PH pour 2012	10
V.	Avis sur deux demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers	10
VI.	Point sur les élections de la CME (entre 2 tours)	14
VII.	Information sur le décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus (contrat de clinicien)	15
VIII.	Information sur le Décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des Etablissements Publics de Santé	17
IX.	Avis sur des contrats d'activité libérale	19
X.	Approbation du compte rendu de la séance du 13 septembre 2011	20
XI.	Questions diverses	20

ORDRE DU JOUR

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Information sur les élections professionnelles (*M. Poimboeuf*)
- 3- Présentation du bilan du CLIN 2011 (*Pr Brun-Buisson – Dr S. Fournier*)
- 4- Point sur la révision des effectifs de PH pour 2012 (*Pr Coriat, M. Hubin*)
- 5- Point sur les élections de la CME (entre 2 tours) (*M. Hubin*)
- 6- Information sur le décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus (contrat de clinicien).
- 7 Information sur le Décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des Etablissements Publics de Santé (*M. Hubin*)
- 8 - Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 9- Approbation du compte rendu de la séance du 13 septembre 2011
- 10- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D

Avis sur le recrutement principal de CCA et d'AHU dans les établissements liés par convention avec l'APHP, au titre de l'année universitaire 2011-2012

Composition C

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

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

Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel

Avis sur la validation de fin de période probatoire d'un praticien hospitalier

Composition B

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

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - Mme KEKHOAS représentante de la commission des soins infirmiers.

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr AIACH,
 - M. le Pr BERCHE,
 - M. le Pr LEVY
 - M. le Pr SCHLEMMER.

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

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

- ***membres excusés :***

Mme le Dr MF. MAUGOURD, Mme R. VASSEUR.

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

I. Information du Président de la CME

Le Président rappelle que la CME aurait dû être renouvelée en mars 2011 et que son calendrier de travail avait été fixé en fonction de cette échéance. Il avait été convenu qu'il appartiendrait à la nouvelle CME d'adapter son fonctionnement à la nouvelle organisation découlant de la loi HPST, qui prévoit un directoire en lieu et place du conseil exécutif. Cette période relativement instable de prolongation prend fin dans un mois.

Le Président souhaite la bienvenue à Isabelle KERHOAS, qui vient d'être élue et représente la Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il se réjouit et estime que les échanges ne pourront être qu'enrichis par sa présence.

Le Président indique par ailleurs que la présentation complémentaire de M. POIMBOEUF sur les rééducateurs, les secrétaires médicales et les psychologues est reportée à la CME de décembre. La problématique de l'AP-HP réside dans le recrutement des infirmières. Il manque à ce jour 850 infirmières, et après la sortie d'école, il ne devrait plus en manquer que 250. Par conséquent, l'AP-HP n'aura pas pourvu tous les postes de personnel soignant à la fin de l'année. Le Président souhaite que la CME s'empare de ce problème dans le futur.

L'instruction sur le dossier neurosciences progresse dans le cadre des réflexions stratégiques menées avec la Direction de la Politique Médicale. Le Directeur de la Politique Médicale fera part de toutes les investigations qu'il a menées au cours de la CME de décembre. La difficulté consiste à mettre en perspective la neurologie, la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle avec les autres filières de soins, dont celle des polytraumatisés, afin d'apporter un projet alternatif cohérent aux hôpitaux touchés par les restructurations. La Direction a rencontré les neurochirurgiens et reverra les directeurs de sites prochainement.

L'instruction sur la révision des effectifs des postes de PH se déroule selon le programme convenu. Un groupe de membres de la CME examine les demandes d'un point de vue technique. Les décisions seront prises par un groupe élargi convoqué pour le 30 novembre.

Le Président annonce que le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la chirurgie cardiaque à l'AP-HP a été rendu public le 9 novembre. Les rapporteurs prennent en compte le caractère hospitalier et universitaire des activités de chirurgie cardiaque et de cardiologie au niveau de l'AP-HP et insistent sur les liens étroits entre la cardiologie interventionnelle et la chirurgie cardiaque. Le rapport confirme qu'il n'était pas pertinent de fermer l'activité chirurgicale de l'hôpital Mondor il y a un an, comme l'avaient affirmé officiellement le Président et le Vice-président de la CME au Directeur de l'ARS. Cependant, le rapport demande à l'AP-HP de mener d'ici septembre 2012 une nouvelle réflexion sur l'articulation entre l'AP-HP et le SROS de cardiologie.

Le Ministre a effectué une visite de l'hôpital Mondor, au cours de laquelle il a annoncé que les activités de chirurgie cardiaque de l'hôpital étaient pérennes et seraient maintenues. Il a confié à l'IGAS une mission complémentaire sur l'organisation de l'activité de chirurgie cardiaque dans les

quatre hôpitaux de l'AP-HP concernés, la qualité des soins et la nature des pratiques de chirurgie cardiaque.

Le rapport de l'IGAS indique que la réduction du nombre de sites de chirurgie cardiaque en Ile-de-France est justifiée médicalement. La fermeture du centre de Mondor est néanmoins jugée prématurée et non pertinente en raison du lien qui existe entre les activités de cardiologie interventionnelle et les activités de chirurgie cardiaque. Les rapporteurs estiment également que l'hôpital Georges Pompidou a le devoir de développer son activité de cardiologie interventionnelle, comme la CME l'a déjà souligné.

Enfin, pour répondre à une demande de plusieurs membres de la CME, le Président propose d'ajouter à l'ordre du jour de cette séance plénière un point sur la demande de changement d'affectation interne de deux praticiens hospitaliers, qui faisait initialement partie de l'ordre du jour de la séance restreinte.

II. Information sur les élections professionnelles

M. POIMBOEUF rappelle que les pouvoirs publics ont souhaité que les élections professionnelles se déroulent le même jour pour les trois fonctions publiques. La fonction territoriale ayant réélu ses représentants il y a deux ans, cette disposition ne concernait finalement que la fonction publique hospitalière et une partie de la fonction publique d'Etat. Les élections se sont tenues le 20 octobre et représentaient un enjeu important suite à la révision des critères de représentativité des organisations syndicales. Les moyens syndicaux seront désormais assis sur les résultats aux élections professionnelles dès lors que les organisations obtiennent plus de 10 % des voix.

Les élections professionnelles de l'AP-HP comportent trois scrutins spécifiques : pour les commissions paritaires qui gèrent les carrières des agents, les comités techniques d'établissement locaux (pour la première fois organisées par groupes hospitaliers) et enfin pour le comité technique de l'établissement central. Ces élections déterminent également la représentation des organisations syndicales dans les CHSCT. Les pouvoirs publics modifient actuellement les critères de représentativité au CHSCT, qui étaient jusqu'alors assis sur les résultats aux élections des commissions paritaires et qui seront désormais assis sur les résultats aux élections des CTE.

Le personnel titulaire et contractuel pouvait participer pour la première fois aux élections des CTE. La participation a été de 45 %, en recul de 5 points par rapport aux élections précédentes. Elle rejoint la moyenne de l'ensemble de la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, le scrutin a été marqué par l'augmentation considérable du vote par correspondance, qui représente la moitié des votants contre 6 % lors des élections précédentes. Cette évolution est probablement liée au fait que le vote était concentré sur une journée.

S'agissant des résultats, la CGT renforce sa première place avec un score en hausse de 1 à 1,5 point selon les scrutins, tandis que SUD Santé perd 1 point sur l'ensemble des scrutins. Les autres organisations sont stables avec 14,5 à 15 % pour la CFDT et 10 à 11 % pour FO.

Les résultats site par site sont tenus à disposition de la CME. Quelques recours ont été adressés à la Directrice Générale, mais tous ont été rejetés car ne modifiant pas les résultats. Le vote par correspondance a posé quelques difficultés d'organisation. Les DRH étudient actuellement les mesures correctives à apporter. En raison de la lourdeur du dispositif, certains prônent le vote

électronique. Néanmoins, lors de la mise en place du vote électronique aux élections professionnelles de l'Education nationale, la participation a diminué de 20 points. Les prochaines élections interviendront en 2014 ou 2015. Elles se tiendront le même jour pour les trois fonctions publiques afin de déterminer la représentativité aux instances supérieures prévues par la loi de modernisation sociale.

M. CAPRON sollicite des précisions sur les prérogatives des CTE et des CHSCT.

M. POIMBOEUF explique que le CHSCT procède du Code du travail et s'intéresse aux questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. Le CTE est compétent pour toutes les modalités d'organisation du travail, notamment la modification des horaires de travail, sujet sur lequel le CHSCT n'est pas compétent sauf s'il induit une modification des conditions de travail. Il existe toujours un lien entre l'organisation et les conditions de travail. C'est la raison pour laquelle le calendrier institutionnel de 2012 a été élaboré en faisant précéder les CTE par les CHSCT de façon à ce que l'avis de ces derniers soit rendu avant la consultation des CTE.

Il est parfois difficile de distinguer les éléments relevant du bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail destiné au CHSCT et le bilan social présenté au CTE. Par conséquent, la DRH travaille avec les pouvoirs publics en vue de clarifier le dispositif.

Par ailleurs, le CHSCT concerne l'ensemble des personnels, y compris les personnels médicaux, même si leurs conditions de travail mériteraient d'être davantage prises en compte par les CHSCT. En revanche, le CTE ne couvre pas les personnels médicaux.

III. Présentation du bilan du CLIN 2011

M. BRUN-BUISSON indique que le CLIN traite chaque année 100 à 120 alertes liées à des infections nosocomiales. Le nombre d'alertes a augmenté au cours des trois dernières années, passant de 94 à 130. Si la majorité des cas sont traités par échange téléphonique ou par mail, 15 % des situations justifient une enquête approfondie et l'intervention de l'EOH du Siège.

Les motifs de signalement les plus fréquents en 2010 concernent les résistances, notamment les entérocoques résistants à la vancomycine et les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes, qui émergent sur l'ensemble de la planète et commencent à être menaçantes y compris en France.

Parallèlement aux indicateurs ministériels, le CLIN central a mis en place des indicateurs propres à l'AP-HP sur la prévention de la légionellose nosocomiale, la maîtrise des bactéries multi-résistantes endémiques, la promotion de l'usage des solutions hydro-alcooliques, le bon usage des antibiotiques, le contrôle des épidémies à BMR émergentes, la prévention des infections du site opératoire, la prévention des épidémies de grippe et des infections à pneumocoques en long séjour.

Le problème de la légionellose paraît assez bien maîtrisé. 10 % des prélèvements effectués annuellement dans les hôpitaux de l'AP-HP sont positifs. Les prélèvements à risque, présentant un taux de légionelles supérieur à 1 000 colonies, a été ramené à 6 %. Le cas de légionelles nosocomiales est modeste à 5 par an, avec peu ou pas de cas groupés.

109 des 115 services de chirurgie assurent la surveillance des infections du site opératoire ; 88 % d'entre eux sont à même de fournir un taux d'infection et 90 % évaluent la préparation cutanée de l'opéré ; 51 % évaluent l'antibioprophylaxie.

Les campagnes de sensibilisation en faveur du lavage des mains menées depuis 2001 ont permis une hausse progressive de la consommation des solutions hydro-alcooliques, qui s'élève à 30 millilitres par journée d'hospitalisation, soit l'équivalent de 10 frictions par jour et par patient, ce qui n'est pas encore suffisant comparé au nombre d'interactions entre les soignants et les patients.

La très grande majorité des hôpitaux de l'AP-HP a atteint l'objectif minimal de consommation des solutions hydro-alcooliques fixé par le Ministère. Une dizaine atteignent ou dépassent 150 % de l'objectif. Néanmoins, s'agissant d'un objectif minimal, il a été proposé de cibler un taux de 200 % et d'inclure ce critère dans les prochains contrats de pôles.

Par ailleurs, le CLIN mène depuis 2006 des campagnes en faveur de la réduction de la consommation d'antibiotiques. La consommation globale d'antibiotiques dans les hôpitaux de l'AP-HP a diminué de 14 % entre 2005 et 2009 mais a progressé de 4 % entre 2009 et 2010.

La première action concernant les bactéries multi-résistantes a été menée par le CLIN central en 1993. Depuis les années 2000, les deux principaux problèmes concernent les entérocoques résistants à la vancomycine et les entérobactéries résistants à l'imipénème, pour lesquels des recommandations et des actions de maîtrise ont été mises en œuvre rapidement. Les premières mesures de contrôle ont permis une réduction des staphylocoques multirésistants de 60 % depuis 1996. C'est à l'AP-HP que cette baisse a été la plus marquée en France.

Les épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine ont touché l'AP-HP au début des années 2000 et atteint un pic en 2005, conduisant l'AP-HP à mettre en place des mesures strictes qui ont permis de réduire significativement le nombre de cas.

Les épidémies d'entérobactéries multirésistantes sensibles aux carbapénèmes (EBLSE) progressent continuellement depuis 2000, atteignant un taux d'incidence élevé de 0,73 pour 1 000 jours d'hospitalisation en 2010. Par ailleurs, les entérobactéries résistants aux carbapénèmes (EPC) apparues en Inde se diffusent en Europe. Le nombre de cas reste relativement limité en France grâce à la mise en place de mesures de contrôle strictes. Néanmoins, la fréquence des cas augmente tous les ans.

Un plan d'action a été mis en place pour maîtriser le problème des EBLSE, portant sur la préservation de l'efficacité des antibiotiques, l'hygiène des mains et la gestion des excréta. Les mesures de contrôle concernant les EPC consistent à identifier les patients hospitalisés à l'étranger dans l'année précédente et à les isoler dans des secteurs dédiés.

M. RONDEAU demande si les patients identifiés porteurs de bactérie multirésistante et qui reviennent en consultation sont visés par des mesures particulières.

M. BRUN-BUISSON explique qu'il n'existe pas de circuit dédié pour ces patients. Il convient en revanche d'être très attentif au contact avec le patient et à l'hygiène des mains. En cas d'examen, il est nécessaire d'effectuer un bio-nettoyage.

M. SINGLAS juge insuffisante la réponse de l'AP-HP à la campagne médiatique virulente concernant un patient venant du Portugal qui ne pouvait soi-disant pas être hospitalisé dans nos hôpitaux compte tenu de l'absence de lits dédiés ou de places libres.

M. BRUN-BUISSON explique que l'AP-HP ne possède pas de lits dédiés officiellement, ce qui pose problème pour la prise en charge de patients porteurs de bactéries multirésistantes. La question de lits mobilisables rapidement est importante. Les patients libyens seront regroupés dans un secteur dédié. Il n'est pas possible de refuser un patient au prétexte qu'il est porteur d'une bactérie multirésistante.

M. SCHLEMMER craint que la focalisation sur des cas peu nombreux de patients porteurs de bactéries résistantes à l'imipénème fasse oublier la problématique des EBLSE, qui tend à se banaliser. Par ailleurs, des antibiotiques sont prescrits aux patients dont on craint qu'ils soient porteurs de l'EBLSE. Il serait nécessaire de mettre en place des actions de communication et formation du personnel sur ce point.

M. BRUN-BUISSON confirme que la hausse de la prévalence des EBLSE est un problème majeur et constitue le prélude à l'apparition d'épidémies d'EPC. C'est la raison pour laquelle trois groupes de travail ont été créés pour maîtriser les EBLSE, notamment au travers de la maîtrise de l'usage des antibiotiques

M. JARLIER propose d'inclure dans les contrats de pôle des objectifs ambitieux sur la consommation des solutions hydro-alcooliques, qui constituent l'une des seules actions quantifiables.

Le Président souligne que même si certains services ne souhaitent pas un trop grand nombre de lits dédiés, le lit dédié doit être considéré comme la bonne pratique de gestion des malades porteurs de germes multirésistants.

M. BRUN-BUISSON ajoute qu'il n'existe pas d'autre solution à ce jour.

Mme GIRARD observe néanmoins qu'il n'est pas satisfaisant d'isoler discrètement ces patients dans un secteur de l'hôpital, sans information des structures avoisinantes, sans formation des agents d'accueil, qui ne sont pas avertis, ni sensibilisés aux mesures de prévention. L'information est capitale.

M. FOURNIER précise que l'une des mesures consiste à concentrer les cas difficiles dans un hôpital de l'AP-HP avec du personnel dédié. Néanmoins, la principale mesure porte sur la prévention des épidémies au sein de l'AP-HP à partir de cas isolés. Il remercie les personnes qui ont accepté de réduire leur activité usuelle pour dédier des lits aux patients libyens. Ce type de mesure ne constitue pas la seule réponse au problème des bactéries multirésistantes. Selon les cas, d'autres solutions pourront être envisagées.

M. le Vice-président souligne la nécessité de mener une réflexion sur l'organisation à mettre en place pour protéger les services en situation de monopole, qui risqueraient d'être bloqués par un cas de bactérie multirésistante.

IV. Point sur la révision des effectifs de PH pour 2012

Le Président rappelle que l'analyse des dossiers de demande de PH en CME est médicalisée.

M. HUBIN indique que 390 demandes de postes ont été enregistrées. 256 demandes correspondent à des maintiens de postes, dont 107 relevant de l'anesthésie-réanimation. Au 11 novembre, 7 groupes hospitaliers ont été passés en revue, soit 166 demandes hors anesthésie-réanimation.

Les demandes sont classées en trois catégories, à savoir la catégorie A pour les demandes soutenues, la catégorie B pour les demandes non soutenues et la catégorie C pour les demandes à revoir. Sur les 166 demandes analysées, 66 % sont classées en A, 19 % sont classées en B et 15 % sont classées en C.

Le Président précise que les demandes classées en B le sont parce qu'elles sont incomplètes. La décision appartiendra au groupe élargi de la CME, qui se réunit le 30 novembre.

M. HUBIN ajoute que les demandes classées en B le sont également pour des raisons de financement. Il reste à traiter 120 demandes pour 5 GH et hors GH et 109 demandes pour l'anesthésie-réanimation soit 107 demandes de maintien de postes et 2 demandes de création de postes.

V. Avis sur deux demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers

M. HUBIN explique que la demande de changement d'affectation concernant deux praticiens hospitaliers du service des urgences de l'hôpital Beaujon, fait suite à la mobilité hospitalière du chef de service vers l'HEGP qui souhaite être accompagné par deux praticiens de son équipe. Le changement d'affectation intervient souvent dans l'attente d'une mutation. Les deux postes de PH restent attachés à l'hôpital Beaujon, qui continue de rémunérer les deux praticiens hospitaliers, l'HEGP se remboursant l'hôpital Beaujon. Les deux demandes ont été présentées à la Commission du temps et des effectifs médicaux de fin octobre.

Parallèlement, l'hôpital Beaujon a proposé deux candidats pour remplacer à terme ces deux praticiens. Néanmoins, les recrutements ne peuvent être finalisés tant que les postes n'ont pas été libérés par la mutation des deux praticiens vers l'HEGP. Une partie de la difficulté a été levée au travers d'une demande de création de poste adressée par l'HEGP au titre de la révision des effectifs 2012, pour accueillir l'un des deux praticiens hospitaliers dès juillet 2012. Pour le deuxième poste, la DPM propose une solution : l'affectation à Beaujon, pour une période transitoire, d'une « coquille » de poste, l'hôpital étant d'accord pour financer le différentiel de rémunération entre le statut de PHC dont relève la candidate et son futur statut PH. Le remboursement prévu par HEGP couvre largement cette charge. Cette solution permettrait de promouvoir la candidate de Beaujon dès le 1er juillet 2012. Quand l'HEGP pourra accueillir le deuxième praticien hospitalier, son poste sur Beaujon sera libéré ; cela permettra son remplacement sur Beaujon et la régularisation des supports de postes.

Le Président précise que les urgences de l'hôpital Beaujon constituent un service pérenne et important, correspondant à une offre de soins adaptée. Il est indispensable d'assurer leur fonctionnement optimal pour éviter de mettre en difficulté les services des urgences de la couronne

Nord de Paris. Par ailleurs, les deux praticiens partants étaient les deux seuls temps plein. Le service des urgences de Beaujon a besoin de recruter deux praticiens hospitaliers à temps plein au prochain concours. Il convient donc d'acter la possibilité pour l'hôpital Beaujon de recruter les deux candidats qui seront PH titulaires.

M. CHERON remercie M. HUBIN pour avoir trouvé les solutions techniques à un problème survenu contre l'avis de la collégiale des urgences. Il souhaite que ces solutions deviennent effectives. M. CHERON souligne que ces difficultés résultent d'une manière d'agir qu'il réprovoie. La mutation du chef de service des urgences de Beaujon à l'HEGP, qui ne répond pas à un souhait de la collégiale, continue de poser problème. Cette promotion universitaire a des conséquences sur le personnel médical non universitaire. Les décisions ont été imposées sans respecter les règles de la concertation.

M. LYON-CAEN souligne que la mutation d'un praticien fait l'objet d'une procédure spécifique et doit répondre soit au départ d'un autre praticien, soit à un nouveau projet médical. En l'occurrence, ce n'est pas le cas. Ce projet n'a fait l'objet d'aucune discussion. A cette situation, dont aucun membre de la CME n'avait été informé dans le cadre de la révision des effectifs, s'ajoute la déstabilisation de l'actuel chef du service des urgences. M. LYON-CAEN demande donc que la CME procède à un vote à bulletin secret pour savoir s'il est médicalement justifié que deux PH soient mutés de l'hôpital Beaujon à l'hôpital HEGP.

Le Président souligne que les prérogatives de la CME seront respectées puisqu'elle sera consultée sur le changement d'affectation des deux PH de l'hôpital Beaujon. Lorsque le problème a été soulevé, le Bureau de la CME a pris contact avec le chef de service de l'hôpital Beaujon, qui a accepté le départ des deux PH qui souhaitent rejoindre l'HEGP à condition de pouvoir recruter deux remplaçants. Si les deux PH ne mutent pas, l'hôpital Beaujon ne pourra pas recruter les deux candidats qu'il a trouvés.

M. CAPRON précise que la communauté médicale de l'HEGP s'est massivement prononcée pour la mutation du chef de service des urgences de Beaujon, le P^r Philippe JUVIN. Il est donc erroné de dire que cette mutation intervient contre la volonté du personnel local. Les enveloppes budgétaires nécessaires pour recevoir les deux PH de l'hôpital Beaujon ont été transférées à l'hôpital Georges Pompidou en libérant du temps médical aux urgences, avec l'assentiment du chef de pôle et du chef de service. Ces libérations de plage horaire, qui comblent exactement les besoins, ont été réalisées essentiellement en supprimant des demi-journées et sans aucune indemnité de licenciement.

M. CAPRON soulève la question du devenir de l'actuel chef de service des urgences de l'HEGP, le D^r Alain DAVIDO, d'ici à son départ à la retraite, qui doit intervenir en novembre 2012, avec un départ effectif en juin. Le changement de structure intervenu au sein du pôle a modifié la configuration du SAU, ce qui permet de changer le chef de service début 2012. M. CAPRON souhaite que les deux praticiens s'entendent pour que l'actuel chef de service des urgences de l'HEGP conserve son titre et ses fonctions de chef de service jusqu'à son départ à la retraite. La CME ne peut permettre qu'un chef de service soit remercié à six mois de la retraite.

Le Président rappelle que la nomination des chefs de service nécessite un avis de la CME, qui se prononcera le moment venu. Il reconnaît que l'anticipation du changement d'affectation des deux PH n'a pas été suffisante. En revanche, il se félicite que la CME ait rempli ses prérogatives en prenant contact avec les praticiens qui demandaient leur mutation pour confirmer ce désir et avec le chef de service des urgences de Beaujon pour savoir s'il acceptait leur départ, en garantissant la

possibilité de recruter deux remplaçants. Pour ce faire, deux postes de PH sont mis à disposition des urgences de Beaujon dès le prochain recrutement. La CME se prononcera par ailleurs sur la chefferie de service de l'HEGP.

M. VALLEUR estime qu'il convient de préserver les urgences de Beaujon en permettant le recrutement des deux remplaçants dès le mois de juillet 2012.

M. LYON-CAEN observe que deux postes de PH sont créés avec les moyens du bord sans avoir fait l'objet d'aucune discussion ni d'aucun assentiment. Dans ces conditions, la procédure de révision des PH n'a plus de raison d'être. L'hôpital Beaujon aurait dû demander que soit suivie la procédure normale de révision des effectifs. Il n'accepte pas les procédés menés pour passer outre les procédures : aucune étude n'a été menée pour vérifier que l'HEGP avait besoin de deux PH supplémentaires.

Le Président précise que la demande de changement d'affectation ne pourra être validée que lorsque la CME aura créé les deux postes de PH aux urgences de l'HEGP, si elle les crée. La demande a été formulée et classée à instruire. Elle sera soumise à la consultation de la CME le 30 novembre. Le problème est que la demande de changement d'affectation a été présentée avant que la CME se prononce sur la révision des effectifs.

M. LYON-CAEN souhaite que la CME soit consultée ce jour sur le changement d'affectation comme le prévoit l'ordre du jour.

Le Président explique que la CME ne peut se prononcer sur le changement d'affectation tant que la CME n'a pas validé la création des deux postes de PH à l'HEGP.

M. CAPRON signale que les praticiens concernés travaillent d'ores et déjà à l'HEGP. La CME peut se prononcer sur ce changement d'affectation, qu'il soit ou non assorti d'une mutation qui sera discutée dans le cadre de la révision des effectifs.

Le Président maintient que la CME ne peut pas approuver le changement d'affectation avant la révision des effectifs. Il convient donc de reporter l'avis au 14 décembre, après le vote sur la révision des effectifs. Les postes ne seront pas créés si la CME s'y oppose.

M. RUSZNIEWSKI estime que cette situation résulte des considérations sur l'avenir du service des urgences de Beaujon et les rumeurs concernant sa disparition. Il note donc avec satisfaction que ce service est considéré comme pérenne.

Le Président ajoute que la collégiale des urgentistes a toujours expliqué que si les urgences de Beaujon ne fonctionnent pas, tous les services d'urgence voisins seront en difficulté.

M. VALLEUR rappelle que la Direction a fixé un objectif d'économie de 5 millions d'euros sur le personnel médical, soit l'équivalent de 50 postes. Par ailleurs, il demande si les médecins de l'HEGP acceptent que deux des postes qu'ils ont demandés pour répondre à un besoin réel soient supprimés pour permettre la mutation des 2 praticiens venant de Beaujon.

Le Président explique que les demandes de postes sont étudiées uniquement sur la base de données médicales. Il propose d'analyser plus spécifiquement les besoins du service des urgences de

l'HEGP lors du prochain groupe restreint, sur la base des indices d'activité fournis par la collégiale des urgences.

M. DASSIER, au nom du personnel médical de l'HEGP, réfute les commentaires sur un soi-disant surdimensionnement des effectifs de l'HEGP. Par ailleurs, il suppose que si les mobilités sont déjà effectives, le service des urgences de Beaujon se trouve actuellement en difficulté.

M. RUSZNIEWSKI confirme ce point.

Le Président ajoute que si la CME rejette la demande de création des deux postes de PH au service des urgences de l'HEGP, un avis négatif devra être donné par la CME au changement d'affectation des deux PH de Beaujon qui demandent à exercer à l'HEGP.

M. FOURNIER rappelle que le projet médical de plan stratégique prévoit un SAU par GH. Néanmoins, la mise en œuvre de cette cible paraît, soit difficile, soit impossible dans un certain nombre de GH multi-sites et nécessite des études complémentaires. Les données disponibles actuellement montrent que les urgences de Beaujon ne peuvent pas ou ne doivent pas être prises en charge dans un autre établissement. L'ARS en a été informée et le processus a été arrêté dans cette perspective.

En moyenne, la DPM enregistre chaque année 30 à 50 demandes de changement d'affectation justifiées destinées à répondre à un besoin urgent. La DPM prend donc des décisions d'affectation ou de titularisation en cours d'année et dégage les moyens nécessaires à leur financement. Les dépenses de personnel ne se limitent donc pas à la révision des effectifs annuelle. Les GH ont l'habitude de les utiliser et la DPM veille à ce qu'elles soient intégrées au compte final.

Selon le règlement intérieur de l'AP-HP, les décisions concernant la révision des effectifs reviennent pour l'essentiel à la CME et au groupe restreint. L'expérience de ce groupe s'appuie sur des repères consignés chaque année et il s'efforce toujours de rendre plus plausible le cumul des paramètres définissant le candidat et le poste. La grille évolue donc chaque année. Celle de l'exercice en cours tient compte davantage des performances des structures. Néanmoins, il est très difficile de comparer les demandes de postes des différentes spécialités. Le groupe de la CME s'efforce de procéder du mieux qu'elle peut à cet exercice de comparaison. Parallèlement, il doit tenir compte des contraintes croissantes et des objectifs d'efficience. L'état des lieux du groupe de la CME est transitoire et très éloigné des comptes prévus. L'AP-HP comporte trop de structures de petite taille. Or la facilitation de la survie de ces petites structures obère les possibilités de restructuration. M. FOURNIER souhaite que la CME en tienne compte dans le cadre de la révision des effectifs et de l'EPRD 2012.

Le Président propose la réponse suivante concernant les demandes de changement d'affectation des deux praticiens hospitaliers du service des urgences de l'hôpital Beaujon :

« La CME condamne le fait que cette demande de changement d'affectation soit soumise à son avis alors même que les praticiens travaillent déjà à l'HEGP. Il est indispensable de saisir la CME des demandes de changement d'affectation avant leur mise en œuvre. »

La CME se refuse à donner un avis tant que la révision des effectifs des postes de PH qu'elle proposera le 14 décembre n'aura pas créé à l'HEGP deux postes de PH sur lesquels pourront

muter les médecins concernés, libérant ainsi leurs postes à l'hôpital Beaujon. La création de ces postes, si elle est décidée, devra répondre aux mêmes pré-requis que les autres créations de postes.

La demande de changement d'affectation sera reconsidérée le 14 décembre dès que la révision des effectifs des postes de PH aura été arrêtée, à la lumière de la création ou de la non-crédation des deux postes de PH aux urgences de l'HEGP. Si ces deux postes ne sont pas créés, les médecins ne pourront bénéficier du changement d'affectation qu'ils demandent. »

La CME doit piloter la révision des effectifs dans sa totalité pour garantir l'équité institutionnelle et conserver la maîtrise du projet médical. De même, elle sera très attentive aux demandes de recrutement de libéraux et aux contrats de praticiens cliniciens.

M. RUSZNIEWSKI souhaite que les explications de M. FOURNIER concernant les urgences de Beaujon soient diffusées auprès du personnel de Beaujon pour mettre fin aux rumeurs.

VI. Point sur les élections de la CME (entre 2 tours)

M. HUBIN rappelle que le premier tour des élections s'est tenu le 25 octobre. Le dépouillement a été effectué au Siège, de manière automatisée, sous la surveillance d'une commission de vote qui était notamment chargée de préciser les règles sur la prise en compte des bulletins nuls. Ont été considérés comme nuls les bulletins dont les intentions de votes n'étaient pas lisibles, les bulletins où le nombre de candidats sélectionnés était supérieur au nombre de sièges à pourvoir, les bulletins blancs et les bulletins comportant des signes de reconnaissance ou fantaisistes. Pour être élu au premier tour, il était nécessaire de recueillir un nombre de voix supérieur ou égal au tiers des inscrits et supérieur ou égal à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Le nombre de votants aux élections de la CME a atteint 3 883 personnes sur 10 619 inscrits, soit un taux de participation de 36,5 %, en hausse de 1,5 point par rapport aux élections de 2007. 124 bulletins ont été déclarés nuls. Le taux de participation aux élections de la CMEL s'élève à 36,4 %, avec 3 702 votants sur 10 158 inscrits. Le taux de participation aux CCM atteint 61,4 % avec 83 votants sur 135 inscrits.

20 candidats à la CME ont été élus dès le premier tour dont un suppléant.

Les procès-verbaux ont été envoyés aux GH le 25 octobre au soir. Deux correctifs incontournables ont été identifiés dès le 26 octobre. Les nouveaux procès-verbaux ont été communiqués aux GH le 27 octobre et les résultats mis en ligne le 28 octobre.

Le premier correctif concerne le nombre d'inscrits dans certains collèges, qui était supérieur à la réalité parce que le prestataire a inclus dans son calcul le matériel électoral de secours adressé à certains électeurs. Il a également été nécessaire de revoir le calcul de la majorité absolue quand le nombre de suffrages exprimés était impair. Néanmoins, ces correctifs n'ont eu aucune incidence sur le nombre des votants et le nombre de voix recueillies par les candidats. Ils ont été favorables aux candidats en contribuant à faire élire au premier tour un nombre de candidats plus important.

Le second tour est programmé au 29 novembre. Les bulletins de vote seront envoyés le 15 novembre et devront être retournés par les électeurs avant le 26 novembre. Les CMEL/CCM s'installeront en décembre 2011 et la nouvelle CME sera installée en janvier 2012.

VII. Information sur le décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus (contrat de clinicien)

Le **Président** indique que le décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 permet de recruter des médecins, pharmaciens ou odontologistes au travers d'un contrat de clinicien. La CME devra impérativement valider les contrats qui seront établis dans ce cadre.

M. HUBIN précise que selon la loi HPST, les recrutements effectués dans ce cadre doivent porter sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Les contrats comportent une rémunération fixe et une rémunération variable assise sur la réalisation d'objectifs. Les contrats de clinicien sont ouverts à tout médecin remplissant les conditions de titre, de diplôme et d'inscription ordinale, pour une durée de trois ans. Ils sont renouvelables une fois. Un PH peut être détaché pour devenir clinicien hospitalier. Il est alors réintégré à l'issue du contrat. Les contrats permettent le temps partiel.

Le recrutement est réalisé par le directeur de l'Etablissement sur proposition du chef de pôle ou du responsable du service, après avis du Président de CME. Si le contrat porte sur le chef de pôle lui-même, seul l'avis du Président de CME est requis. Un exemplaire du contrat doit être adressé par le directeur au Directeur général de l'ARS, qui veille au respect du nombre de contrats pouvant être signés par l'Etablissement, inscrit dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Le contrat relève du droit public. Il précise la nature des fonctions, les engagements particuliers du praticien, les modalités d'appréciation des objectifs, les délais fixés pour les atteindre et le montant de la part fixe et celui de la part variable. Si le temps de travail est inférieur à sept demi-journées par semaine, le praticien peut exercer une activité rémunérée à l'extérieur de l'Etablissement. Pour les contrats à temps plein, aucune activité libérale n'est possible dans l'Etablissement.

La part variable est fonction des objectifs fixés au praticien par le chef de pôle, qui évalue leur réalisation. Si le bilan est insuffisant, la part variable peut être nulle. Il peut également être mis fin au contrat sans indemnité ni préavis. La rémunération totale ne peut excéder 65 % du dernier échelon de la grille d'un praticien hospitalier, soit 10 432 euros nets mensuels. La part variable est exclusive de toute autre indemnité.

Le décret ne précise pas les critères caractérisant les emplois présentant une difficulté particulière de recrutement. Le recours au contrat de clinicien peut donc concerner tous les services *a priori*. Le décret ne précise pas non plus la nature des engagements particuliers qui justifient la part variable. Le contrat de clinicien permet d'attirer de nouveaux médecins bénéficiant d'un contrat incitatif à l'activité.

Les risques portent sur la gestion des allers-retours entre le statut de PH et le contrat de clinicien hospitalier et la cohabitation de régimes différents pour une même activité au sein d'un service. Le dispositif risque d'engendrer un phénomène de surenchère entre établissements et pose un problème de financement.

Il est proposé de mener une réflexion médicalisée pour définir un cadre d'emploi du contrat de clinicien. Il sera ensuite possible d'évaluer le nombre de contrats à signer à l'AP-HP et de négocier avec l'ARS. Il conviendra enfin de définir une procédure interne pour encadrer leur signature.

Concernant les réflexions sur le cadre d'emploi, il sera notamment nécessaire de préciser les emplois qui présentent une difficulté à être pourvus et les exclusions éventuelles. Il peut également être envisagé de procéder à une analyse au cas par cas et de présenter un bilan annuel devant la CME. Il conviendra également de préciser les indicateurs de la part variable.

Le Président souligne que la CME devra effectuer un contrôle strict des contrats de cliniciens, si l'AP-HP les accepte.

M. CHERON observe que le praticien clinicien coûte plus cher que le PH. Par conséquent, le recrutement d'un praticien clinicien implique la réalisation d'une économie sur un autre poste.

Le Président précise qu'il ne convient pas de permettre à un pôle qui n'a pas obtenu le PH qu'il souhaitait recruter de l'engager sur un contrat de clinicien.

M. LACAU SAINT GUILY observe en revanche que les établissements de grande taille auront intérêt à recruter des cliniciens pour des actes de chirurgie ou de radiologie parce qu'ils coûteront moins cher *in fine*, ce qui constitue un risque de dérive sachant que le contrat de clinicien est limité à 6 ans.

Le Président estime que le risque de dérive concerne moins le contrat de clinicien que la possibilité pour les hôpitaux de recruter des praticiens libéraux.

M. HUBIN explique que la part variable du clinicien peut être inférieure à 65 % du dernier échelon de la grille d'un praticien hospitalier. Par ailleurs, le surcoût du contrat de clinicien est compensé par des recettes supplémentaires, la part variable n'ayant de sens que si elle incite fortement à l'activité. Le risque de dérive en termes de masse salariale porterait sur les praticiens déjà présents à l'AP-HP qui signeraient un contrat de clinicien et qui coûteraient donc plus cher à l'AP-HP pendant la durée de ce contrat.

M. OURY demande si les sages-femmes sont éligibles au contrat de clinicien. Par ailleurs, il sollicite des précisions sur la couverture sociale des cliniciens.

Le Président indique que les sages-femmes ne sont pas éligibles au contrat de clinicien. Les cliniciens relèvent de la même couverture sociale que le personnel contractuel.

M. DASSIER signale que son organisation syndicale est opposée au statut de praticien clinicien, qui résulte de la volonté de la tutelle de déréglementer le statut de praticien hospitalier. Alors que le statut de praticien hospitalier renvoie aux notions de compétences, de valeurs humaines, de dévouement pour le patient, de reconnaissance du travail effectué et de libre accessibilité aux soins, le statut de praticien clinicien renvoie à une contractualisation dominée par l'argent, l'individualisme et la forfaitisation des activités. En outre, le dispositif entraînera un conflit entre le personnel travaillant normalement pour un salaire fixe et les cliniciens bénéficiant de largesses financières. Par conséquent, M. DASSIER souhaite que la CME limite autant que possible le recours au contrat de clinicien.

M. FAYE demande si les hospitaliers universitaires peuvent contracter un poste de praticien clinicien sur la partie hospitalière de leur activité.

M. HUBIN étudiera cette question. Initialement, le dispositif s'adresse aux petites structures qui rencontrent des difficultés de recrutement et pour qui la seule solution était d'attirer des médecins libéraux en les rémunérant à l'activité.

M. RYMER observe que dans un contexte de baisse de la démographie médicale, les hôpitaux seront libres d'utiliser leurs budgets médicaux, s'ils sont sanctuarisés, pour payer la part variable et les recrutements. Ce sont les nouveaux diplômés qui imposeront le type de contrat qu'ils souhaitent. Toutes les enquêtes du Centre National de Gestion sur les modalités d'exercice montrent que le statut de praticien hospitalier devra évoluer de façon importante.

M. LYON-CAEN estime que la mise en place du contrat de clinicien comporte deux risques majeurs. Le premier est de freiner les évolutions d'organisation en proposant de recourir à un contrat de clinicien au lieu de chercher à améliorer la structure. Deuxièmement, le recours à un contrat de clinicien témoigne d'un défaut dans la stratégie hospitalière car le contrat est mis en place pour combler un manque. Faire appel à des praticiens privés constituera un obstacle à la nécessaire anticipation de l'évolution des activités.

M. LACAU SAINT-GUILY ajoute que la logique de tarification de l'activité est néfaste dans la mesure où il est nécessaire d'adopter une approche globale de la prise en compte des pathologies.

VIII. Information sur le Décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des Établissements Publics de Santé

M. HUBIN indique que ce décret donne la possibilité à des praticiens libéraux de venir travailler à l'hôpital. Ce dispositif remplace les cliniques ouvertes et l'exercice libéral en hôpital local. Le directeur peut, sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la CME, confier à des praticiens libéraux des missions de service public et des activités de soins de l'établissement.

Le recrutement s'effectue par contrat d'une durée de 5 ans renouvelable, conformément aux orientations stratégiques prévues dans le CPOM conclu entre l'établissement et l'ARS. Le contrat est soumis à l'approbation du Directeur général de l'ARS et comporte une possibilité de résiliation immédiate et unilatérale en cas de non respect des engagements.

Le contrat repose sur une rémunération exclusive à l'acte. Les actes sont facturés aux patients aux tarifs du secteur 1. Le praticien concerné doit colliger toute l'activité qu'il réalise et transmettre un état mensuel à l'établissement, qui lui verse des honoraires. En contrepartie des moyens humains et matériels mis à disposition par l'hôpital, les honoraires sont déduits d'une redevance de 10 % pour les consultations, de 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation et de 30 % pour les autres actes. Le praticien peut percevoir des indemnités s'il donne des formations ou participe à la permanence des soins.

Ce dispositif permet de dynamiser la coopération public-privé, de maintenir une offre en secteur public, de développer l'activité, de maîtriser la masse salariale du personnel médical et de pallier les difficultés de recrutement dans certaines disciplines.

Les inconvénients portent sur la cohabitation dans un même service entre médecins libéraux sous contrat rémunérés à l'acte et les médecins statutaires rémunérés de manière forfaitaire. Par ailleurs,

la responsabilité de l'hôpital intervient en premier lieu même si la responsabilité individuelle du praticien est mise en cause.

Le Président souligne que la plainte d'un malade pour dédommagement suite à une prise en charge ayant mobilisé un praticien libéral et un médecin exerçant à titre public est quasiment insoluble dans la mesure où l'activité libérale à l'hôpital relève du tribunal civil tandis que l'activité des autres médecins de l'hôpital relève du tribunal administratif. Les deux types de médecins relèvent également de deux cours d'appel différentes.

M. HUBIN ajoute que le dispositif risque de poser problème pour l'organisation du service. Par ailleurs, certains praticiens attachés pourraient quitter leur statut pour prendre celui de praticien libéral. Enfin, le dispositif pose la question de la maîtrise du temps médical et du TPER.

Il est proposé de mettre en place un contrôle central des contrats signés avec des praticiens libéraux. Il convient également de réfléchir au cadre d'emploi des médecins libéraux et aux limites à fixer. La DPM est d'ores et déjà fortement sollicitée par certains sites pour signer des contrats avec des médecins libéraux sur des activités très ciblées.

Le Président souligne qu'il est indispensable de prévoir un contrôle de la CME sur ce dispositif. Si les services proposent des contrats libéraux aux médecins attachés, la CME perdra le contrôle du temps médical qui incombe à la communauté.

M. DASSIER observe qu'un praticien libéral n'est pas assujéti au Code du travail et n'a donc pas de limite en termes de temps de travail. Par ailleurs, il est inacceptable de dire que le paiement à l'acte constitue une incitation à l'activité car cela laisse penser que le salariat constitue une incitation à la paresse. Enfin, c'est l'hôpital qui sera responsable de la prise en charge des éventuelles complications suite à une intervention d'un praticien libéral. M. DASSIER souhaite que les salaires des praticiens hospitaliers débutants soient d'emblée à l'échelon 9 ou 10 pour renforcer l'attractivité du statut.

M. FOURNIER rappelle que la titularisation des PH s'accompagne de lignes budgétaires pérennes et permet aux structures d'envisager des plans de développement pluriannuel en hôpital et en université. Les contrats de cliniciens et la participation des libéraux aux missions de l'hôpital sont étrangers à cette vision pluriannuelle.

Les contrats de cliniciens ont pour objectif d'aider les structures en difficulté de recrutement. Ils doivent être utilisés de manière exceptionnelle, au cas par cas, en vérifiant qu'ils répondent bien à une incapacité de recrutement ou à un nombre de départs important. La DPM émettra des conditions si cette situation se pose. Il n'est pas question que cette possibilité d'augmenter les effectifs de manière transitoire vienne alimenter une fuite d'activité qui se produirait à partir du pôle. Par ailleurs, le contrat de clinicien ne peut constituer un moyen de contourner un refus de titularisation prononcé dans le cadre de la révision des effectifs.

Le contrat de praticien libéral peut répondre à un besoin de l'AP-HP chaque fois que l'établissement n'est pas en mesure d'apporter lui-même une réponse dans un domaine médico-technique spécifique. Le risque est que des échographistes libéraux multi-vacataires rémunérés à la mi-journée cessent leur activité pour prendre un contrat de praticien libéral. Néanmoins, ils se plaignent du manque de disponibilité des échographes alors qu'un nombre important d'échographes n'est pas utilisé à l'AP-HP. Il convient donc de développer la mutualisation des appareils.

Enfin, les performances du GH dans d'autres domaines influencent la lecture de la masse salariale.

M. SCHLEMMER souligne que la loi n'a pas été écrite pour les CHU mais pour les établissements de santé dans leur ensemble. Il est important de préserver l'investissement universitaire de l'ensemble des équipes, ce qui appelle une prise en compte des contrats de cliniciens et de praticiens libéraux différente de celle d'un établissement du régime général.

M. LYON-CAEN considère que les contrats de cliniciens et de praticiens libéraux résultent de l'application de la pensée libérale au système public. Or chaque partenariat entre le système public et le système privé est défavorable au système public. Le fait de recruter du personnel libéral en cas d'incapacité de l'AP-HP à fournir elle-même l'activité conduit à une activité médicale à l'acte, sans perspective. En outre, cela n'encourage pas les décideurs de pôle ou de service à développer l'activité. L'AP-HP est particulièrement en retard dans certaines activités médico-techniques, ce qui sous-entend un manque d'investissement et de réactivité. Par conséquent, le recours aux contrats de praticiens libéraux entravera lourdement la vision stratégique des pôles.

M. FAYE observe en revanche que le recours à un praticien libéral peut permettre de préserver un service dont les plages horaires ne sont pas pleines et contribuer à l'amortissement du matériel. Le praticien libéral étant payé à l'acte, il n'est pas inclus dans la masse salariale alors qu'il génère des revenus pour l'hôpital.

Le Président rappelle que dans un récent rapport, la Cour des Comptes a clairement indiqué qu'à chaque partenariat entre le public et le privé, l'hôpital est floué par le privé.

M. VALLEUR estime que le fait de pérenniser des microstructures en recourant à un praticien libéral obère la possibilité d'engager des restructurations indispensables sur le plan de la démographie médicale.

Le Président ajoute que les restructurations sont nécessaires au progrès médical.

M. CAPRON estime que ce sont les jeunes diplômés qui imposeront leur choix en fonction des possibilités légales.

Le Président rétorque qu'au-delà de l'activité, le CHU est en mesure de mettre en avant un ensemble d'avantages. Il est par ailleurs nécessaire de revoir l'organisation de l'AP-HP pour la moderniser parce que la pratique médicale évolue.

M. SEBBANE observe que dans un contexte de décroissance médicale, l'AP-HP souffre de la fuite des jeunes médecins qu'il forme et qui refusent les postes proposés par le CHU pour rejoindre le privé dont les conditions de rémunération sont plus intéressantes.

IX. Avis sur des contrats d'activité libérale

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

- 4 nouveaux contrats

- 5 renouvellements
- 1 avenant.

Les contrats sont approuvés à la majorité des votants, moins 4 abstentions, 2 voix contre.

X. Approbation du compte rendu de la séance du 13 septembre 2011

Le compte rendu de la séance du 13 septembre 2011 est approuvé.

XI. Questions diverses

En l'absence de question diverse, la séance est levée à 12 heures 05.

*

* *

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

Mardi 13 décembre 2011 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 23 novembre 2011 à 16 heures 30

La commission médicale d'établissement, constituée conformément à l'article R 714-16-24 du décret du 15 mai 1992, continue à siéger en formation restreinte, hors la présence de la ou des catégories de personnel non concernées.

Elle donne son avis sur les différents points inscrits à l'ordre du jour.