

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

==

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 18 NOVEMBRE 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 13 JANVIER 2009**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 18 novembre 2008 (14H30 - salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 2- Bilan social 2007 (*Mme Ferec – M. Gottsmann*).
- 3- Pré-cadrage EPRD 2009 (*Mr Guin*).
- 4- Mesures médicales liées à l'EPRD 2009 (*Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 5- Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2009 : examen des postes vacants (*Pr Coriat – Pr Fagon*).
- 6- Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France (*Mme Lalardrie – Mme Montagnier-Petrissans*).
- 7- Modalités d'attribution des crédits fléchés 2008 (*Mr Guin*).
- 8- Information sur le décret du 14/10/2008 et la circulaire du 16/10/2008 – avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*).
- 9- Avenants à des conventions hospitalo-universitaires. (*M. Gottsmann*).

SEANCE RESTREINTE

Composition D

- Avis sur le recrutement principal de CCA et d'AHU dans les établissements liés par conventions à l'AP-HP, au titre de l'année universitaire 2008-2009.

Composition C

- Avis sur la désignation de Chefs de service, à titre provisoire
- Avis sur la désignation de 4 Chefs de service hors CHU, à titre provisoire

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur une demande de renouvellement et sur deux premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

- Avis sur la désignation de responsables des structures internes aux pôles (services, départements, unités cliniques)

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

Composition B

- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH d'odontologie.

Sommaire

I. Information sur les travaux du Conseil Exécutif	6
II. Pré-cadrage EPRD 2009	6
III. Mesures médicales liées à l'EPRD 2009	6
IV. Bilan social 2007	15
V. Point relatif à la reprise du boycott du codage	17
VI. Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France	18
VII. Modalités d'attribution des crédits fléchés 2008	20
VIII. Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2009 : examen des postes vacants	22
IX. Information sur le décret du 14/10/2008 et la circulaire du 16/10/2008 – avis sur les contrats d'activité libérale	26
X. Avenants à des conventions hospitalo-universitaires	27

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***

- M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
- Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
- M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
- M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

- Mr le Pr. Patrick BERCHE,
- Mme le Pr. Marie-Laure BOY-LEFEVRE,
- Mme le Pr. Martine AIACH.

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

- M. LECLERCQ, directeur général,
- M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
- M. SUTTER, directeur-adjoint de cabinet,
- Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
- M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
- Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
- M. FAGON, directeur de la politique médicale,
- M. GUIN, directeur économique et financier,
- Mme RICOMES, Directrice du Personnel et des Relations Sociales,
- Mme GUINGOUAIN, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***

- M. le Pr SCHLEMMER, Mme DESOUCHES.

La séance est ouverte par le Président, **M. CORIAT**, qui procède à l'examen des points à l'ordre du jour.

En introduction, M. CORIAT informe les membres de la CME de l'élection de M SINGLAS au titre des représentants des pharmaciens au sein de la CME, en remplacement de M. LEVERGE. M. SINGLAS, pharmacien au sein de l'hôpital Necker, exercera son mandat à compter du mois de janvier 2009.

I. Information sur les travaux du Conseil Exécutif

M. CORIAT indique que les travaux du Conseil Exécutif ont essentiellement porté sur la préparation de l'EPRD 2009, dont les membres ont notamment entendu des représentants de la collégiale des présidents de CCM.

II. Pré-cadrage EPRD 2009

Ce point est traité de concert avec le point suivant de l'ordre du jour.

III. Mesures médicales liées à l'EPRD 2009

M. CORIAT rappelle en introduction que l'EPRD constitue un élément important de la gouvernance. Débattu et élaboré au sein du Conseil Exécutif avant d'être voté par la CME et par le Conseil d'Administration, il engage l'hôpital concernant des perspectives d'activité et de maîtrise des dépenses. Concernant l'AP-HP, l'EPRD 2008 a été voté tardivement, au cours du mois de juin 2008. De ce fait, la Direction Générale a dû revoir l'allocation des ressources aux hôpitaux au cours du mois d'août. Cette décision a contraint les hôpitaux à supprimer en cours d'exercice des postes au sein des pôles et a engendré une frustration des responsables de pôle, qui ont considéré que l'engagement contractuel conclu en début d'année n'était pas respecté, alors même qu'ils avaient tenus leurs objectifs en termes d'activité. Le meilleur moyen d'éviter ces changements de cap en cours d'exercice est d'élaborer l'EPRD dès le début de l'année. C'est pourquoi M. CORIAT remercie la Direction Générale et la Direction des Finances d'avoir ouvert la discussion relative à l'EPRD 2009 dès le mois d'octobre 2008, et assure que la CME souhaite peser de tout son poids médical dans ces discussions.

Il précise ensuite que le projet présenté en séance constitue en réalité un simple pré-cadrage, c'est-à-dire une modélisation du bilan financier de l'institution « au fil de l'eau ». Il ne prend pas en compte les engagements forts qui pourraient être pris dans le cadre de l'élaboration du projet définitif. Cependant, les directeurs d'établissement ont pu prendre connaissance de ce projet et ont communiqué à ce sujet.

M. GUIN confirme que sa présentation portera uniquement sur un pré-cadrage de l'EPRD 2009 n'intégrant aucune mesure volontariste propre à l'AP-HP et aucune mesure relevant de la campagne budgétaire nationale 2009. Il estime que cet exercice est indispensable pour débiter la réflexion interne sur une base réaliste et pour engager les discussions avec les tutelles.

1. L'EPRD au fil de l'eau

L'EPRD au fil de l'eau représente une estimation de l'évolution tendancielle des recettes et des dépenses. Il est élaboré sur la base du compte de résultats prévisionnel modificatif approuvé lors du dernier Conseil d'Administration, qui prévoit un déficit révisé à 37 millions d'euros.

Le pré-cadrage de l'EPRD 2009 intègre différentes hypothèses :

- la montée en charge de la T2A, avec un taux de convergence de 25 % du coefficient de transition au 1^{er} mars 2009 ;
- une progression de 1,5 % des séjours MCO ;
- l'absence d'augmentation des tarifs, sur la base des données figurant dans le PLFSS et l'ONDAM ;
- une augmentation de 3 % des tarifs de prestation ;
- le maintien de la DAC à 100 % ;
- la stabilité des effectifs permanents présents fin 2008 ;
- l'augmentation de 3,9 % des dépenses de Titre II et de 2,3 % des dépenses de Titre III.

La synthèse de ces différents éléments met en évidence un solde fortement négatif de – 229 millions d'euros, en dégradation de près de 200 millions d'euros par rapport au résultat cible de l'exercice 2008. M. GUIN précise une nouvelle fois que cette estimation constitue simplement une estimation des comptes de l'AP-HP hors mesures volontaristes de l'AP-HP et recettes supplémentaires provenant du Ministère.

Les produits évolueraient de la manière suivante :

- + 84 millions d'euros au titre d'une progression de l'activité de 1,5 % ;
- + 11 millions d'euros au titre de l'augmentation des tarifs de prestations ;
- + 30,6 millions d'euros au titre des hypothèses relatives au MIGAC ;
- - 27 millions d'euros du fait d'une réduction de 25 % du coefficient de transition ;
- -16,5 millions d'euros en raison de moindres remboursements sur fermeture de lits USLD ;
- - 119,4 millions d'euros en raison de la diminution des subventions et reprises de provisions non reconductibles.

Au niveau des charges, le pré-cadrage retient comme hypothèse une progression de 42 millions d'euros de la masse salariale à effectifs constants, du fait des mesures générales décidées par le Gouvernement, mais aussi une diminution des charges (- 48 millions d'euros) en raison de la non reconduction de la monétisation des CET. Enfin, outre la progression des dépenses de Titre II et de Titre III précédemment mentionnées, les frais financiers progresseraient de 10 millions d'euros et les amortissements de 28 millions d'euros.

Une croissance de l'activité de 2 % permettrait d'engranger 21 millions d'euros supplémentaires. Par ailleurs, une revalorisation des tarifs de prestation de 5 % au 1^{er} juin, au lieu de 3 %, permettrait d'augmenter de 6 millions d'euros supplémentaires les recettes de Titre II. Enfin, une augmentation de 0,5 % des tarifs générerait 10,3 millions d'euros de recettes supplémentaires. Cependant, même si ces hypothèses plus favorables se concrétisaient, l'amélioration des recettes correspondantes ne serait pas à la hauteur des enjeux, au regard de l'ampleur du déficit résultant de l'évolution tendancielle. Or il convient de préciser qu'en vertu du décret du 27 juin 2008, tout déficit du

compte de résultat supérieur à 2 % des produits du CRP engendrerait un plan de redressement obligatoire, voire une mise sous tutelle de l'établissement concerné.

En conséquence, cette situation nécessite la mise en œuvre de mesures volontaristes d'ajustement avant la fin 2008. L'AP-HP sera aidée dans cette démarche par une mission d'appui menée par l'Inspection Générale des Finances et des Affaires Sociales, visant à élaborer une trajectoire financière de moyen terme. Enfin, des discussions seront ouvertes très rapidement avec les tutelles afin de rechercher un juste partage des efforts. M GUIN rappelle que le déficit tendanciel présenté n'intègre aucune mesure en cours d'instruction susceptible d'avoir un impact positif pour les comptes de l'AP-HP. Ainsi, la nouvelle échelle tarifaire V 11 devrait être globalement plus favorable aux CHU importants, grâce à une meilleure prise en compte de la précarité et de l'activité de recours.

2. Les hypothèses d'ajustement sur les dépenses

M. GUIN indique que l'hypothèse retenue correspond à un effort minimal d'ajustement de 100 millions d'euros à étaler entre 2009 et 2012. L'objectif d'ajustement a été ventilé entre les différents hôpitaux, le Siège et les services centraux ; ces deux derniers supportant un effort nettement supérieur à celui demandé aux établissements. L'objectif d'ajustement fait porter l'essentiel de l'effort (82 millions d'euros) sur les dépenses estimées dans le cadre de l'évolution tendancielle, et non par rapport à la dépense enregistrée en 2008 :

- 68,2 millions sur la base des dépenses de Titre I ;
- 1,8 millions sur la base des dépenses de Titre II ;
- 12 millions d'euros sur la base des dépenses de Titres III.

Concernant les dépenses de Titre I, la diminution de la masse salariale serait identique en pourcentage (- 1,7 % par rapport à l'évolution tendancielle envisagée) entre personnels médicaux et personnels non médicaux, soit la suppression de 600 à 1 200 ETP permanents. Concernant les dépenses de Titre II, l'enjeu consistera notamment à mieux maîtriser les dépenses de médicaments dans le cadre de la bonne prescription.

3. La déclinaison par site

La déclinaison de l'effort par site sera définie par rapport à l'objectif de résultat de l'exercice 2008. De ce fait, un établissement enregistrant un déficit inférieur aux prévisions en 2008 verra son effort à réaliser en 2009 réduit à due concurrence. M. GUIN précise ensuite qu'il est proposé de moduler les efforts en fonction du niveau actuel de déficit de chaque hôpital.

4. Des mesures volontaristes complémentaires

La réalisation d'un certain nombre de grands projets devra intervenir dans le cadre du contexte financier présenté, au moyen de redéploiements internes.

Par ailleurs, il conviendra d'accélérer la mise en œuvre des pistes d'efficacité relatives aux quatre pistes prioritaires identifiées en 2008 (blocs opératoires, consultations, facturation, urgences). Il sera

également nécessaire de se mobiliser sur les pistes présentant un enjeu important en termes d'efficience à moyen terme, dont :

- la mutualisation des fonctions supports, notamment dans le cadre de la constitution des futurs groupes hospitaliers ;
- la définition des tailles critiques et l'optimisation des moyens concernant des sujets relatifs à l'offre de soins autres que les groupes hospitaliers ;
- l'optimisation des temps de travail ;
- la modernisation du Siècle et la rationalisation des fonctions supports centralisées.

D'autres pistes de restructurations ou de réformes de grande ampleur sont en cours d'identification. Enfin, chacun doit être conscient que les mesures à mettre en œuvre constituent le seul moyen permettant de préserver une capacité d'investissement forte.

Avant d'évoquer le débat engagé avec les présidents de CCM suite à la présentation du pré-cadrage de l'EPRD 2009, **M. CORIAT** invite les membres de la CME à poser les questions techniques relatives à l'exposé de **M. GUIN**.

M. FOURNIER souhaite savoir si la variation d'activité prévue fera l'objet d'une discussion avec la tutelle.

M. GUIN précise que l'objectif de progression de l'activité devra être affiné dans le cadre de la préparation de l'EPRD 2009, non pas en fonction de demandes des tutelles, mais sur la base des travaux de la Direction des Finances. Il pense néanmoins que l'objectif de progression affiché dans le cadre du pré-cadrage ne sera pas fortement modifié.

M. DRU se demande comment envisager une progression d'activité de 1,5 % alors qu'une diminution des dépenses de personnel de 68 millions d'euros est programmée en parallèle.

M. RICHARD constate qu'il est proposé de s'attaquer au déficit envisagé dans le cadre d'une démarche de saupoudrage des efforts entre les différents établissements, plutôt qu'en proposant d'engager de véritables restructurations.

M. LEVERGE souhaite savoir comment la Direction des Finances compte réaliser des économies dans le domaine du Titre II, alors que près des trois-quarts des dépenses relatives aux prescriptions médicamenteuses sont remboursées à l'euro près.

M. SEBBANE demande des précisions concernant la diminution des recettes relatives aux soins de longue durée.

Mme DEGOS souhaite savoir comment les MIGAC et les MERRI sont calculés et ventilés entre les hôpitaux et entre les pôles.

M. MUSSET constate que la Direction des Finances fixe pour 2009 un volume de dépenses par hôpital reposant sur les crédits de fonctionnement hors personnel, négociés dans le cadre de l'EPRD 2008. De nombreux services ont enregistré une progression de leur activité supérieure aux objectifs en 2008, induisant des dépenses et des recettes supplémentaires. Or la Direction des Finances impose de conserver en 2009 le niveau de dépense fixé dans le cadre de l'EPRD 2008, sans pour autant prendre en compte les recettes supplémentaires enregistrées. Au sein de l'hôpital

Antoine Béclère, M. MUSSET estime que ce calcul aboutit à mettre en œuvre un véritable deuxième plan équilibre « occulte », d'un montant évalué à 1,7 millions d'euros. Il ajoute que, toujours au sein de son établissement, ce plan provient pour partie de l'effort imposé en mai 2008 en dehors de toute concertation, d'un montant de 700 000 euros, et s'ajoute au plan efficience, dont le montant peut être estimé à 300 000 euros.

M. GUIN répond à ces différentes questions en :

- confirmant que les efforts seront modulés en fonction de la réalité de la situation de chaque établissement ;
- précisant que la diminution des recettes consacrées au long séjour au sein du compte de résultat principal correspond à l'impact indirect de la fermeture des lits de long séjour ;
- soulignant qu'une hypothèse conservatoire a été retenue concernant le taux de progression des MIGAC (+ 3,9 %), correspondant à l'évolution programmée dans le cadre de l'ONDAM, avant d'intégrer d'éventuels compléments au titre de la prise en charge de la précarité ou du recours ;
- reconnaissant que l'hypothèse retenue est que l'activité n'engendrera pas de dépenses supplémentaires au sein du Titre I, M. GUIN assure qu'il ne sera pas possible d'échapper à des mesures d'économie portant sur le Titre I, dans la mesure où ce chapitre représente 60 % de nos dépenses. Il ajoute que, tant que l'équilibre ne sera pas atteint, les tutelles seront extrêmement focalisées sur l'évolution de ces dépenses.

M. CORIAT propose de passer à un second temps du débat en présentant la démarche qu'avec M. AIGRAIN il souhaite proposer à la CME.

Tout d'abord, il estime qu'il était important de connaître dès à présent ce pré-cadrage budgétaire mettant en évidence un déficit de 229 millions d'euros. Il propose de refuser une telle politique au profit d'une démarche volontariste.

M. CORIAT considère que l'EPRD présenté est inacceptable. Son effet le plus délétère est qu'il compromet la démarche de contractualisation menée dans les pôles. La démarche proposée consiste à demander à la tutelle de partager les efforts. La CME exigerait des revalorisations et des garanties d'investissement en contrepartie de la poursuite des efforts de restructuration. Il considère en effet qu'il convient de refuser la perspective d'un EPRD « au fil de l'eau » fortement déficitaire qui irait à l'encontre de la gouvernance, remettrait en cause le fonctionnement des pôles, ruinerait toute démarche de contractualisation et compromettrait la qualité des soins.

Il convient de mettre à profit les deux prochains mois pour élaborer un EPRD plus équilibré qui devra prendre en compte :

- le bon fonctionnement de la gouvernance au sein de l'AP-HP, entre Direction Générale et la communauté médicale.
- l'exécution satisfaisante de l'EPRD 2008, dans la mesure où l'augmentation d'activité prévue a été dépassée dans les faits, où les dépenses de personnel médical ont été contenues, où les dépenses de personnel paramédical ont été maîtrisées, où l'équilibre aurait été atteint si les dépenses de Titre II avaient été tenues ;
- la nouvelle tarification entrant en vigueur en mars 2009, prenant mieux en compte la précarité et les polyopathologies.

M. CORIAT assure qu'à l'occasion de la CME de décembre, il aura à cœur de remercier l'ensemble des collègues et du personnel paramédical de l'AP-HP, qui ont réussi à dépasser les objectifs d'activité fixés malgré les contraintes budgétaires particulièrement fortes qui leur étaient imposées.

M. AIGRAIN poursuit en présentant les pistes d'actions qui devront être suivies dans le cadre de la préparation de l'EPRD 2009.

Au niveau des recettes, il convient de définir avec les hôpitaux une augmentation d'activité prévisionnelle raisonnable. Cependant, il estime que cette progression envisagée de l'activité n'est pas compatible avec une diminution du nombre de personnels médicaux et non médicaux. Par ailleurs, il est nécessaire d'intégrer les retombées positives attendues des mesures d'efficience prises en 2008 concernant le fonctionnement des blocs opératoires, des plateaux techniques ou des consultations. En troisième lieu, il convient de prendre en compte la mise en œuvre d'un certain nombre de grands projets réalisés dans le cadre de redéploiements internes. En quatrième lieu, il demande la poursuite de manière volontariste du pari de l'efficience. En cinquième lieu, il convient d'étudier des pistes permettant d'accroître certaines recettes (cessions d'actifs, création de fondations...). Surtout, en sixième lieu, il sera nécessaire d'accélérer les restructurations en cours, notamment :

- le regroupement entre Saint-Vincent-de-Paul et Necker ;
- le redéploiement de l'activité de chirurgie lourde de l'Hôtel Dieu vers Cochin ;
- la fermeture et le redéploiement complet de Jean Rostand ;
- la fermeture totale de Broussais ;
- la fermeture et le transfert de la chirurgie réparatrice de Rothschild.

Certes, il reconnaît que le volet le plus important de l'effort à réaliser en 2009 portera sur les dépenses. Cependant, il convient de refuser une politique suicidaire visant à saupoudrer l'effort d'économie d'une manière aveugle sur l'ensemble des hôpitaux sans mettre en œuvre les mesures permettant de regrouper les moyens, d'atteindre une masse critique, tout en maintenant une offre de soins de qualité et en enregistrant une progression de l'activité. M. AIGRAIN poursuit en indiquant qu'il convient d'engager rapidement une analyse médicale critique concernant les 600 gardes journalières assurées au sein de l'AP-HP. Enfin, l'évaluation des dépenses devra prendre en compte la poursuite des opérations de restructuration et la création des groupes hospitaliers reposant sur des projets médicaux partagés.

M. AIGRAIN assure que les présidents de CCM partagent cette analyse. Ils soutiennent les mesures d'efficience et de restructuration, demandent une conduite claire des projets identifiés, et sont d'accord concernant la création des groupes hospitaliers et de projets médicaux partagés avant même l'élaboration du projet stratégique.

Dans ce cadre, M. AIGRAIN considère que la révision des effectifs 2009 devra être guidée par la volonté de maintenir une activité soutenue. Cette révision devra permettre de préserver le budget relatif au personnel médical, même s'il sera nécessaire d'intégrer sur une année pleine le coût des créations de postes enregistrées en 2008. Enfin, la suppression de trois à quatre gardes d'ici à la fin de l'année 2008 permettra d'augmenter le nombre de postes offerts au redéploiement.

Au final, la stratégie qu'il est proposé de négocier avec les tutelles et la Direction Générale repose sur l'élaboration d'un EPRD équilibré à l'horizon 2012 prenant compte :

- l'impact de la nouvelle tarification ;
- les conséquences de la dotation budgétaire relative à la permanence des soins et aux postes d'internes ;
- les retombées de l'ensemble des restructurations médicales et administratives envisagées.

M. CORIAT confirme que son souhait n'est pas de refuser l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2012. Simplement, il demande des mesures d'accompagnement permettant aux restructurations en cours de porter leurs fruits et d'intervenir sans compromettre la qualité des soins. L'ouverture d'une démarche permettant de partager les efforts sera donc proposée aux tutelles. L'AP-HP et la CME s'engageront à intensifier les actions de restructurations et la politique visant à une plus grande efficacité (mise en place des groupes hospitaliers, réforme du Siège, évolution des modes d'organisation, nouveau système d'information, analyse de manière « médicale et critique » les 600 gardes journalières, poursuite des restructurations administratives). En contrepartie, un effort sera demandé aux tutelles concernant :

- la revalorisation des activités actuellement très mal valorisées, en demandant notamment que la tarification V 11 entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009 ;
- une garantie de l'investissement, condition essentielle de la modernisation de l'AP-HP.

M. CORIAT précise que, si les négociations permettent d'éviter que les efforts d'efficacité de l'AP-HP ne se mesurent que par un nombre d'emplois rendus dans le cadre d'une démarche de « saupoudrage » entre les établissements, ce qui équivaudrait à revenir à un budget global en récession pénalisant l'hôpital public, la CME devra refuser l'EPRD qui lui sera soumis. M. CORIAT est persuadé que, dans un tel cas de figure, le Conseil d'Administration refusera également d'approuver cet EPRD. Bien évidemment, M. CORIAT espère que les tutelles répondront favorablement aux demandes qui viennent d'être formulées. De cette réponse dépendra la confiance, l'implication des équipes dans la réforme, la motivation au sein des pôles, la qualité des soins, enfin l'unité emblématique de l'institution « qui est une force », pour reprendre les termes de la Ministre de la Santé. Cette dernière a eu l'occasion de s'exprimer lors d'une rencontre avec les présidents de CCM et les représentants de la CME. Elle a assuré qu'elle était prête à des efforts en matière d'investissement, a rappelé que l'unité de l'AP-HP constituait sa force emblématique, et a confirmé que les nouveaux tarifs prendraient bien en compte la précarité et les comorbidités. M. CORIAT espère que la Ministre apportera des réponses claires aux demandes formulées. Il rappelle que, dans le cas contraire, il demandera à la CME de s'opposer à l'EPRD proposé.

Afin de rouvrir le débat, M. CORIAT demande à M. GUIN de préciser si les dépenses de Titre I constitueront la seule variable d'ajustement de l'EPRD.

M. GUIN estime qu'au regard de l'effort de redressement à réaliser à l'horizon 2011/2012, qui peut être estimé à 300 millions d'euros, il sera difficile d'échapper à des mesures de réorganisation et de restructuration permettant de maîtriser, voire de diminuer, les effectifs médicaux et non médicaux de l'AP-HP. Pour autant, il pense qu'il est possible d'ouvrir des discussions avec les tutelles sur les bases qui viennent d'être présentées, mais considère qu'il sera demandé que ces restructurations permettent de diminuer les effectifs.

M. CORIAT précise que la CME du mois de décembre permettra de présenter des engagements portant sur des restructurations et des diminutions de gardes. Par ailleurs, il indique que les restructurations qui seront proposées devront être pertinentes au niveau médical et être accompagnées d'un calendrier précis.

M. GREGORY tient à remercier le Bureau de CME qui, en promouvant des restructurations intelligentes, adopte une démarche inverse aux demandes gouvernementales visant à « rendre des budgets », ce qui revient à ne pas nommer de jeunes praticiens hospitaliers. En revanche, il considère que la démarche relative aux gardes ne doit pas se limiter à « rendre des gardes », qui souvent sont assurées par des jeunes médecins, mais à engager des « restructurations intelligentes de gardes », alors que ces gardes constituent un appel d'activité.

M. AIGRAIN rappelle qu'il est bien proposé de mener une réflexion au niveau des groupes hospitaliers concernant l'organisation de la permanence des soins. En revanche, une analyse réalisée par la précédente CME démontrait clairement que les gardes ne sont pas un moteur d'activité.

M. VALLEUR estime que le choc ressenti à la présentation du déficit prévisionnel résultant d'une démarche « au fil de l'eau » permet en réalité de prendre conscience de la réalité de la situation de l'AP-HP. Il rappelle par exemple que la restructuration des urgences de l'AP-HP est un thème régulièrement évoqué depuis une dizaine d'années.

Par ailleurs, il s'étonne des démarches en cours concernant le projet d'ouverture d'un centre de neuroradiologie interventionnelle au sein de l'hôpital Beaujon, dans la mesure où ce dossier n'a pas été présenté à la commission des effectifs.

M. CORIAT reconnaît avoir oublié d'indiquer lors de sa présentation que les propositions qui seront formulées par l'AP-HP incluront le réexamen de certains projets de création d'activités. Dans ce cadre, un groupe de travail présidé par M. MUSSET associant neurologues, neuroradiologues, neurochirurgiens et urgentistes sera chargé de réfléchir à l'organisation de la neuroradiologie au sein de l'AP-HP.

M. DOUARD confirme qu'il existe un trop grand nombre de gardes au sein de l'AP-HP. Un grand nombre de ces gardes enregistrent une activité très faible. Cependant, diminuer le nombre de gardes aura des conséquences sur la rémunération des jeunes médecins. De plus, une telle évolution diminuerait l'attractivité des services, dans la mesure où les gardes constituent un mode de formation au sein de l'AP-HP. C'est pourquoi M. DOUARD estime que la démarche visant à diminuer le nombre de gardes devra s'accompagner d'une réforme globale du dispositif.

M. CORIAT sait que les gardes participent à la formation des jeunes médecins et permettent à ces derniers de bénéficier d'un complément de salaire. Cependant, il ne pense pas que cet argument s'applique pleinement aux 600 gardes recensées au sein de l'AP-HP. Il rappelle par ailleurs qu'à compter du 1^{er} mars 2009, les gardes seront payées par la DHOS sur la base des missions réelles. Les gardes qui n'auront pas été validées devront donc être financées par le budget du personnel médical. Enfin, il indique qu'il sera possible de permettre aux jeunes collègues d'accroître leur rémunération par d'autres moyens (plages additionnelles...). Bien évidemment, l'évaluation qui sera réalisée par la commission de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS) se fondera sur une analyse « médicale et critique » des gardes.

M. LYON-CAEN se félicite en premier lieu de cette présentation très en amont de l'EPRD. Ce choix permet à la CME de prendre conscience de l'ampleur des problèmes. Cependant, rappelant les difficultés rencontrées dans les services, il s'oppose au projet de suppression de postes non médicaux proposé. Il confirme qu'il revient à la CME de présenter des contre-propositions reposant sur une évolution de l'organisation hospitalière de l'AP-HP. Néanmoins, il s'étonne que la création des groupes hospitaliers n'ait pas été évoquée, alors que ces futurs groupes auront la responsabilité

de réfléchir à l'organisation des soins. Enfin, il considère qu'il convient d'engager sans tarder une réflexion relative aux spécialités.

M. CAPRON trouve qu'il existe un décalage entre la réflexion sereine engagée par la CME et ce qui se passe dans les hôpitaux, où l'urgence est à satisfaire le plus rapidement possible aux mesures d'économie envisagées par le pré-cadrage de l'EPRD.

M. CORIAT rappelle que la démarche engagée doit permettre de redonner la main à la communauté médicale et à la CME, afin d'éviter des mesures de saupoudrage qui compromettraient la qualité des soins et qui démotiveraient les chefs de pôle. C'est pourquoi il est proposé que la CME et la Direction Générale prennent la main afin d'éviter de laisser les hôpitaux gérer ce dossier au seul moyen d'une réduction des heures supplémentaires, de l'intérim et des emplois. Des mesures fortes, traduisant des choix stratégiques, seront proposées lors de la CME de décembre afin d'éviter des diminutions de crédits identiques selon les hôpitaux qui n'auraient aucune pertinence au niveau médical.

M. DASSIER fait part de ses doutes concernant la capacité de mener certaines opérations. Ainsi, il note que la fermeture des établissements Saint-Vincent-de-Paul ou Rothschild est annoncée depuis des années. Au regard de son expérience personnelle, il est également sceptique concernant la perspective de restructurer des blocs opératoires. Quoi qu'il en soit, il estime que ces nécessaires restructurations ne devront pas être menées sans associer les acteurs concernés. En troisième lieu, M. DASSIER rappelle que les données relatives à la permanence des soins sont également connues depuis de nombreuses années. Il tient simplement à préciser que les gardes n'ont pas pour objectif premier d'augmenter le salaire des praticiens hospitaliers ou des internes, dans la mesure où cet objectif relève d'un travail syndical. Enfin, M. DASSIER suggère d'examiner les pistes permettant de réaliser des économies en luttant contre les gaspillages fonctionnels.

M. CORIAT précise que l'informatisation des blocs opératoires permettra aux responsables de prendre leurs décisions sur la base d'informations objectives. Cependant, il rappelle que la politique d'efficacité ne permettra pas à elle seule d'atteindre les objectifs fixés en 2009.

M. LECLERCQ indique que les mois à venir permettront d'enrichir le projet avant le vote définitif de l'EPRD en mars 2009. Chacun désormais connaît les enjeux auxquels l'AP-HP est confrontée.

Par ailleurs, M. LECLERCQ rappelle que l'EPRD 2009 s'inscrit dans le cadre d'une politique de transformation de l'AP-HP, qui s'appuie sur quatre piliers :

- La modernisation du Siège, une démarche de productivité qui représente pour ce dernier un effort pratiquement double proportionnellement parlant à son poids au sein de l'ensemble de l'institution et qui produira ses effets en 2009, 2010 et 2011.
- La création des groupes hospitaliers, dont la méthodologie est en cours de finalisation avancée normalement. Les animateurs de groupe, qui seront les futurs chefs de groupe hospitalier, seront désignés très prochainement. Seul le périmètre de trois ou quatre groupes hospitaliers reste à fixer. La constitution de ces groupes hospitaliers vise à améliorer l'offre de soins, améliorer l'organisation médicale et administrative, enfin à mutualiser les fonctions supports.
- La politique d'efficacité, qui sera pilotée par le consultant Cap Gemini-Ylios en collaboration avec l'équipe projet Efficacité concernant l'ensemble des activités médicales, administratives et

logistiques démarre. Les premières opérations devront permettre de réaliser des économies dès 2009 et s'amplifier en 2010.

- La mise en œuvre des nouveaux systèmes d'information, avec une bascule d'une part significative du système d'information de gestion en janvier 2009 et la poursuite du chantier relatif au dossier patient sont aussi des points majeurs de ces réformes.

M. LECLERCQ rappelle par ailleurs que la réflexion relative au plan stratégique permettra d'enrichir les démarches engagées.

Enfin, M. LECLERCQ précise que les négociations relatives à la préparation de l'EPRD 2009 seront menées au plus haut niveau politique. Ces dernières interviendront dans un triple cadre :

- le respect de l'unicité de l'AP-HP ;
- un soutien significatif à l'investissement ;
- un cadre pluriannuel avec pour objectif une convergence à l'horizon 2012.

IV. Bilan social 2007 (*cf documents mis en ligne sur le site Internet de la CME*)

1. Personnel non médical

Mme FEREC souligne en introduction que la répartition entre personnel non médical (91 %) et personnel médical (9 %) reste stable en 2007.

Concernant les personnels non médicaux, l'évolution de l'effectif moyen annuel entre 2005 et 2007 met en évidence une stabilité des personnels titulaires sur emplois permanents (70 195 en 2007), une nette diminution des personnels contractuels sur emplois permanents (de 2 137 en 2005 à 1 797 en 2007) et une progression des personnels contractuels sur mensualités de remplacement (de 2 519 en 2005 à 3 321 en 2007).

La structure du personnel non médical se répartit de la manière suivante :

- personnel soignant : 71 % ;
- personnel administratif et de direction : 13 % ;
- personnel ouvrier et technique : 8 % ;
- personnel médico-technique : 7 % ;
- personnel socio-éducatif : 1 %.

Le ratio effectifs moyen (ETP) / lit passe de 2,81 à 2,91 entre 2005 et 2007, toute activité confondue.

Concernant la filière administrative, le nombre de secrétaires médicales progresse de 2 974 à 3 093 entre 2005 et 2007. Les autres personnels relevant de cette filière passent de 6 333 à 6 413 au cours de la même période, essentiellement grâce au recrutement de contrôleurs de gestion.

Concernant la filière soignante, l'évolution tendancielle est positive, excepté en ce qui concerne les agents de catégorie C (aides soignantes, agents hospitaliers) du fait notamment du cadrage des

recrutements d'AH par le biais des commissions de sélection depuis 2005, et également de l'impact des différents plans équilibre.

Concernant les autres filières, l'AP-HP enregistre une diminution des personnels ouvriers techniques (5 866 en 2005, 5 640 en 2007), une augmentation des personnels médico-techniques (5 149 en 2005, 5 231 en 2007) notamment grâce à l'amélioration de la situation des effectifs de manipulateurs en radiologie, préparateurs en pharmacie, et une progression des personnels socio-éducatifs (987 en 2005, 1 033 en 2007) grâce au recrutement d'assistantes sociales.

La pyramide des âges met en évidence une très légère progression du poids des plus de 55 ans (6,3 % en 2005, 7,1 % en 2007), la DPRS n'enregistre toutefois pas de modification de l'attitude des agents concernant l'âge de départ en retraite.

La balance des entrées/sorties démontre un *turn-over* important dans les établissements (6 340 entrées et 6 685 sorties en 2007). Cette caractéristique pénalise les organisations de travail, mais est observée dans l'ensemble des établissements hospitaliers d'Ile-de-France.

L'absentéisme enregistre une évolution négative, puisque la moyenne des journées d'absence par agent passe de 17,88 jours en 2005 à 18,29 jours en 2007. Cette augmentation est enregistrée quelles que soient les causes de l'absence. La DPRS va s'atteler à ce dossier. Un groupe de travail est constitué sur ce sujet avec les membres du CHSCT, et des représentants des DRH.

Concernant la politique de formation, Mme FEREC note une forte diminution du nombre de personnes diplômées par les écoles de l'AP-HP en 2007 quel que soit le statut des étudiants, mais le nombre d'entrées en formation a à nouveau progressé en 2008. Une réflexion sera engagée afin de mieux aider les personnels suivant des formations permettant une promotion professionnelle.

Le taux d'emploi des travailleurs handicapés atteint 3,25 % en 2007 contre 2,47 % en 2006. Cette progression est intéressante, mais ce taux demeure à un niveau inférieur aux exigences légales (6 %). Par ailleurs, la progression s'explique essentiellement par les démarches visant à mieux prendre en compte les personnes reconnues par la CDAPH.

2. Personnel médical

M. GOTTSMANN présente pour sa part le bilan social relatif au personnel médical. Il constate en premier lieu que les effectifs médicaux mesurés en personnes physiques (hors internes et étudiants) augmentent de 2,2 % entre 2005 et 2007. En ETP, la dotation globale progresse également de 6 890 à 7 384.

Les personnels hospitalo-universitaires ne progressent que de 0,2 % en valeur absolue au cours de la période, correspondant à une augmentation du nombre de postes de PU-PH (+ 41) et d'odontologistes (+ 3) et à une diminution du nombre de postes de MCU-PH (- 3), de chefs de clinique (- 22) et de consultants (- 12).

Concernant les personnels hospitaliers, la progression des postes de PH à temps plein se poursuit (+ 224 postes entre 2005 et 2007, soit + 9,9 %). La progression est plus forte encore concernant les PH à temps partiel (+ 57 postes, soit + 15,7 %). Les PH à temps plein représentent désormais 33,7 % des effectifs médicaux, les PH à temps partiel 3,4 %. Les effectifs de praticiens hospitaliers contractuels sont également en augmentation (+ 15,5 % entre 2005 et 2007). Les praticiens attachés

représentent toujours la composante la plus importante dans le total des effectifs, mais ne représentent plus que 32,3 % des ETP en 2007 contre 34,7 % en 2005. Ces praticiens attachés effectuent en moyenne quatre demi-journées hebdomadaires. Seuls 15 % d'entre eux exercent à temps plein.

La progression des effectifs d'internes se poursuit entre 2005 et 2007 (+ 289 effectifs physiques), essentiellement en raison de la création d'un internat de médecine générale. Le corollaire est la diminution des effectifs de résidents de 243 en 2005 à 35 en 2007. Pour leur part, les effectifs de FFI diminuent de 59 unités entre ces deux dates.

La moyenne d'âge des PU-PH et des MCU-PH est stable à respectivement 53,9 ans et 50,2 ans. L'âge moyen des PH est également stable autour de 48 ans. Par ailleurs, depuis 2004, les femmes sont majoritaires (52,96 % en 2007), tant en ce qui concerne les populations hospitalières qu'universitaires.

Au final, la masse salariale a progressé de 8,2 % entre 2005 et 2007, essentiellement en raison de l'augmentation des effectifs de PH.

M. CORIAT demande s'il est possible d'avoir une présentation des impacts de la réforme du régime juridique des AFS et AFSA.

M. GOTTSMANN indique ne pas pouvoir être en mesure de répondre à cette demande, dans la mesure où les circulaires précisant la réforme n'ont pas encore été publiées. Il s'engage en revanche à en faire une présentation détaillée lors d'une prochaine séance..

M. CORIAT demande qu'une information soit délivrée en CME dès que ces éléments seront connus.

M. RUSZNIEWSKI estime que la réforme, qui repose sur l'organisation d'un concours national au sein des ambassades et centres culturels français implantés dans les pays originaires des AFS et AFSA, ainsi que sur une centralisation du processus d'affectation, reviendra à supprimer les contacts directs avec les candidats. Il craint que cette réforme pénalise les services de l'AP-HP.

V. Point relatif à la reprise du boycott du codage

M. FAGON rappelle que la CME a souhaité un suivi régulier relatif au rattrapage du codage. Au 7 novembre 2008 :

- 8 sites ayant connu un boycott ont totalement rattrapé le codage ;
- 9 sites ayant connu un boycott sont en cours de rattrapage.

Au 7 novembre, 5 544 dossiers restaient non codés, dont 3 500 au sein de trois sites. Les dossiers non encore codés au 7 novembre représentent une perte de revenu potentielle de 27,765 millions d'euros contre 110 millions fin août. Il convient de réaliser un effort particulier au sein d'une quinzaine de structures et services disposant encore de 120 dossiers non codés. Un service dispose à lui seul de 726 dossiers non codés.

VI. Information sur le rapport d'étape annuel 2008 du contrat du bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France

Mme LALARDRIE présente le rapport d'étape annuel 2008 du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations d'Ile-de-France. Elle rappelle tout d'abord que ce contrat permet de facturer des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) en sus des GHS en fonction du respect d'un plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins prévoyant un bon usage des produits et une sécurisation du circuit des médicaments et des DMI.

1. Les enjeux

Mme LALARDRIE constate que ce contrat constitue un enjeu majeur pour les structures et les patients en termes d'égalité d'accès aux innovations thérapeutiques, dans un contexte caractérisé par une forte progression des dépenses de produits de santé hors GHS. Il représente également un enjeu financier majeur. En effet, en cas de non respect des engagements compris dans le contrat de bon usage, l'ARH a la possibilité de réduire jusqu'à 30 % le taux de remboursement des médicaments et direction informatique médicale (DIM) hors groupes homogènes de séjour (GHS). Ce risque peut être évalué à 86 millions d'euros pour l'AP-HP. Le contrat de bon usage permet aussi de valoriser le rôle de l'AP-HP dans sa participation à la rédaction de référentiels de juste prescription.

2. Bilan du rapport d'étape 2008

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS met en avant différents points mentionnés dans le rapport d'étape 2008 :

- la poursuite du déploiement de l'informatisation du circuit du médicament sur la base des outils actuels ;
- le difficile développement de la dispensation nominative des médicaments, en l'absence d'outil idéal s'adaptant à l'ensemble des situations, faisant apparaître le besoin d'un projet institutionnel dans ce domaine ;
- l'essor de la centralisation de la préparation des anti-cancéreux ;
- les difficultés à sécuriser le circuit des DMI au sein de l'institution, malgré le test en cours du logiciel PHEDRA DM au sein de La Pitié Salpêtrière ;
- une adhésion massive aux pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, notamment grâce au plan cancer ;
- un respect satisfaisant des référentiels nationaux et de la juste prescription au sein de l'AP-HP concernant le bon usage des médicaments hors GHS ;
- le développement de la démarche qualité dans l'ensemble des hôpitaux sur les circuits des produits de santé ;
- la mise en œuvre de démarches de communication relatives au circuit du médicament et des DMI.

Trois points forts peuvent notamment être soulignés :

- la disponibilité de référentiels de juste prescription des médicaments mis à jour régulièrement et consultables dans PHEDRA ;
- la mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles de nombreux programmes concernant la juste prescription des produits de santé ;
- l'analyse des indications III et IV en collaboration avec la COMEDIMS et la remontée des indications émergentes au CPJP.

En termes de résultats, l'AP-HP a obtenu un score de :

- 95 en 2006, dont 15 points optionnels, alors que la notation portait uniquement sur les projets ;
- 90 en 2007, dont 6 points optionnels, au début de la mise en œuvre des projets ;
- 94,5 en 2008, dont 8 points optionnels, ce score se situant dans la moyenne régionale.

Six établissements MCO de l'AP-HP enregistraient un résultat inférieur à 80 en 2006, correspondant au score en deçà duquel l'ARH peut diminuer le taux de remboursement des produits hors GHS. Ces hôpitaux ne sont plus que deux en 2008.

3. Synthèses et perspectives

Mme LALARDRIE indique que le point d'étape permet de lister un certain nombre de points forts, notamment l'effort important réalisé concernant la mise à jour et la mise à disposition de référentiels de bon usage. Il reste cependant à progresser concernant la centralisation des chimiothérapies, où l'AP-HP atteint seulement 50 % des objectifs figurant dans le contrat, mais pour lequel les progrès restant à réaliser impliquent d'importantes opérations immobilières en cours. Enfin, parmi les sujets à améliorer figurent la dispensation nominative et l'informatisation du circuit des DMI.

L'objectif consiste à maintenir la dynamique engagée et l'implication des différents acteurs concernés. L'AP-HP est en bonne position pour négocier le futur contrat, dans la mesure où son score est supérieur au score moyen enregistré en région. Pour autant, Mme LALARDRIE estime qu'il convient de rester vigilants et être conscients que les efforts doivent se poursuivre, notamment afin de parvenir à une informatisation complète du circuit du médicament dans le cadre du nouveau système d'information et de négocier dans les meilleures conditions possibles le futur contrat.

M. CORIAT constate que la CME ne joue pas un rôle suffisamment moteur concernant le bon usage des médicaments, mais reconnaît qu'il ne dispose pas de solutions permettant de corriger cet élément.

Rappelant les enjeux financiers liés au respect du contrat de bon usage, **M. LEVERGE** souligne que 58 % des traitements utilisés au sein de l'AP-HP au profit des patients hospitalisés font l'objet d'un remboursement à l'euro près. Il précise ensuite que la tutelle cherche désormais à limiter la progression de ces remboursements hors GHS. A l'avenir, ce volet budgétaire sera contraint dans une enveloppe fermée et les crédits resteront attribués en fonction du bon usage des produits. Dans ces conditions, M. LEVERGE considère que la CME doit être consciente du rôle qui est le sien dans le cadre de l'élaboration des référentiels. Il insiste également sur la nécessité pour les médecins seniors de se discipliner dans le domaine de la prescription et d'encadrer la prescription des médecins juniors.

VII. Modalités d'attribution des crédits fléchés 2008

Répondant à une demande formulée lors de la CME du mois d'octobre, **M. GUIN** présente un point relatif aux modalités d'attribution des crédits fléchés, correspondant à des mesures relevant des plans de santé publique ou de soutien à la recherche et à l'innovation.

La note du Directeur Général en date du 22 juillet 2008 ne modifie pas les conditions d'attribution des crédits fléchés relatifs aux PHRC, aux STIC, au progrès médical et aux réponses à des appels à projets nationaux. Ces crédits fléchés donnent lieu à une majoration de recettes et de dépenses des hôpitaux concernés. L'enveloppe attribuée en 2008 dans ce cadre représente 2,186 millions d'euros ; crédits qui ont effectivement été ventilés à l'euro près aux équipes bénéficiaires.

En revanche, la règle a évolué concernant les crédits fléchés attribués dans le cadre des plans de santé publique. **M. GUIN** rappelle qu'une enveloppe globale de 3,5 millions d'euros a été attribuée en 2008 à l'AP-HP à qui revient le soin de la répartir entre les hôpitaux dans le cadre d'un travail associant la DPM et les collégiales. Désormais, si la totalité des recettes est bien répartie, il a été décidé de ne pas systématiquement associer à ces majorations de recettes des autorisations de dépenses supplémentaires. Les autorisations de dépenses supplémentaires sont décidées dans les conditions suivantes :

- l'établissement respecte sa cible en termes de masse salariale et de recettes d'activité : l'enveloppe reçue en recette est accompagnée d'une autorisation de dépenses supplémentaires ;
- l'établissement ne respecte pas l'une des deux cibles (masse salariale ou recettes d'activité) : l'enveloppe reçue en recette n'est pas accompagnée d'une autorisation de dépenses supplémentaires. L'établissement devra donc réaliser la mesure dans le cadre de redéploiements internes, ou pourra refuser la notification de recettes supplémentaires. Dans ce dernier cas de figure, les recettes pourront être attribuées à un autre hôpital.

Ce sujet fera l'objet d'un rapport à l'issue de la mise en œuvre des plans. Quoiqu'il en soit, les plans de santé publique ont bien été mis en œuvre en 2008.

M. CAPRON demande que devient la différence entre les crédits alloués par les tutelles et les crédits attribués aux hôpitaux après autorisation de dépenses supplémentaires ?

M. OURY souhaite que soit précisée la répartition des sommes versées au titre du plan périnatalité ainsi que la façon dont ont été versés et répartis les crédits fléchés alloués par le Ministère pour les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal.

Il précise par ailleurs à **M. Coriat** que la Collégiale n'a pas été associée aux décisions relatives aux sujets mentionnés.

M. GUIN indique que les recettes relatives au plan périnatalité ont bien été réparties entre quatre hôpitaux (Bicêtre, Jean Verdier, Louis Mourier, Beaujon). En revanche, **M. GUIN** n'est pas en mesure de répondre aujourd'hui à la seconde question. Il assure qu'il adressera à la Collégiale des précisions concernant les modalités de répartition des sommes versées au titre du plan périnatalité et concernant les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal

Tout en comprenant l'existence de clés de répartition des fonds en fonction de la situation financière des hôpitaux, **M. HARDY** ne comprend pas l'ampleur de l'écart entre les sommes allouées par la DHOS au titre du plan de santé mentale (588 370 euros) et les autorisations de dépenses correspondant (133 000 euros). Il note en effet que cet écart est moindre concernant les autres plans.

M. GUIN indique que seuls deux hôpitaux (Paul Brousse, Lariboisière) ont bénéficié d'autorisations de dépenses liées au plan de santé mentale, les autres demandes ont été portées par des établissements fortement déficitaires.

M. HARDY rappelle que les tutelles vérifieront la réalité de l'attribution des financements inclus dans les plans nationaux. Dans ces conditions, il se demande si un établissement peut percevoir des fonds issus des plans sans engager les dépenses correspondantes.

M. GUIN confirme que les hôpitaux acceptant des crédits fléchés au titre d'un plan de santé publique sont tenus de mettre en œuvre les mesures correspondantes. Cependant, ils doivent agir par voie de redéploiement interne s'ils ne bénéficient pas d'une autorisation de dépenses supplémentaires. Si un hôpital refusait ces crédits, la recette serait attribuée à autre établissement. Ce cas ne s'est jamais produit.

M. GARABEDIAN constate que l'hôpital Trousseau, fortement déficitaire, dispose d'un grand nombre de centres de référence. Il lui est donc demandé de procéder à des redéploiements internes afin de mettre en œuvre les crédits attribués par le Ministère. Or il est très difficile de procéder à de tels redéploiements internes, alors que le climat de crise actuel aboutit à réduire fortement les équipes. Dans ces conditions, **M. GARABEDIAN** estime que certains centres de maladies rares ne sont plus en mesure de poursuivre leur activité. Il considère que cette situation devra conduire à fermer un certain nombre de ces centres si rien n'est fait pour remédier à cette situation.

M. GUIN précise que les modalités de répartition ne privent pas forcément les hôpitaux extrêmement déficitaires de toute capacité à répondre aux appels d'offres. Ainsi, l'hôpital Trousseau a bénéficié de mesures ciblées dans le domaine de la génétique, tant en termes de recettes que d'autorisation de dépenses supplémentaires. Il rappelle par ailleurs qu'un compromis a été trouvé avec l'hôpital Trousseau afin de prendre en compte sa situation spécifique.

Mme MAUGOURD regrette qu'en l'absence de toute concertation, les hôpitaux gériatriques n'ont pas pu bénéficier des fonds prévus au titre du renforcement des consultations mémoire.

M. GUIN précise que les crédits obtenus au titre du plan Alzheimer SSR ont été intégralement répartis en recettes et en autorisation de dépenses. Concernant le plan Alzheimer, seule la moitié des crédits attribués a donné lieu à des autorisations de dépenses. Des choix ont été réalisés au profit de trois hôpitaux (Lariboisière, La Pitié Salpêtrière, Tenon) sur la base de propositions validées par la DPM.

Répondant à une question de **M. CAPRON**, il précise enfin que les crédits transmis par la DHOS, mais ne donnant pas lieu à des autorisations de dépenses, viennent bien abonder les recettes des hôpitaux. Cet exercice n'aboutit pas à créer une quelconque cagnotte.

M. CORIAT demande une amélioration de la méthodologie relative à la répartition de ces crédits lors du prochain exercice, afin de mieux impliquer les collégiales.

VIII. Révision des effectifs de praticiens hospitaliers au titre de l'année 2009 : examen des postes vacants

M. CORIAT rappelle que la révision des effectifs des postes de PH constitue un temps important dans le travail de la CME. A l'image de la démarche initiée l'an passé, une méthodologie claire a été mise en place. Le premier temps de la révision des effectifs correspond à une analyse des postes de PH vacants. Lors de la prochaine séance de la CME, la révision des effectifs permettra d'examiner les postes redistribués, ainsi que les demandes de création de postes autofinancés par les hôpitaux.

M. FAGON précise que le document remis sur table comprend trois cahiers :

- l'état des emprunts d'emplois PH à temps plein et à temps partiel depuis l'année 2004 ;
- la liste des postes de PH nommés PU-PH au 1^{er} septembre 2008 ;
- l'examen des postes vacants.

Cependant, l'examen des postes vacants en anesthésie réanimation reste à finaliser. Par ailleurs, quelques situations restent à clarifier au sein de l'hôpital Tenon ou de l'Hôtel Dieu.

Le budget disponible est supérieur à 3 millions d'euros :

- 1,485 million d'euros du fait de la nomination de 18 PH au poste de PU-PH ;
- 1,2 million d'euros résultant de l'examen des postes vacants (dix postes de PH à temps plein et un poste de PH à temps partiel) ;
- 220 000 euros au titre du travail déjà réalisé au titre de l'anesthésie ;
- 266 000 euros au titre des contributions pour maintien.

En contrepartie, les restitutions d'emprunts au titre des exercices précédents couvrent sept postes de PH à temps plein et quatre postes de PH à temps partiel, correspondant à un budget de 970 000 euros. Il convient également de prendre en compte l'engagement portant sur le rendu de l'équivalent de 14 emplois, soit 1,5 million d'euros. Ce total négatif s'élève donc à 2,47 millions.

Au total, la capacité de redéploiement s'élève à environ 600 000 euros, ce qui correspond à six postes hors contribution des sites, ou à douze postes en contrepartie d'une prise en charge à 50 % par les sites.

Après prise en compte du volet complémentaire relatif à l'anesthésie et de quelques créations de postes résultant d'une modification du volume des gardes et astreintes, la révision des effectifs pourrait permettre de récupérer entre 25 à 30 postes de PH.

M. FAYE pense qu'il serait intéressant de préciser si les emprunts d'emplois PH intervenus depuis 2004 l'ont été dans la même discipline.

M. CORIAT indique que dans la plupart des cas ces mouvements ne sont pas internes aux disciplines. Il rappelle que ces postes ont été prêtés afin d'assurer des pans entiers d'activité. Le service ayant reçu un tel poste n'a aucune dette à l'égard de quiconque. En revanche, les services ayant prêté ces postes ont la certitude que leurs demandes futures seraient examinées en priorité dans le cadre de la redistribution.

Concernant la liste des postes de PH nommés PU-PH, **M. CAPRON** constate une erreur pour un poste en médecine générale / médecine interne de l'Hôtel Dieu.

M. CORIAT confirme que cette erreur devra être corrigée. Il rappelle que les postes de PH dont le titulaire a été nommé PU-PH sans changer de service sont repris et participent à la redistribution.

M. GARABEDIAN ne comprend pas pourquoi un poste prêté en gynécologie obstétrique au sein de l'Hôpital Trousseau porte la mention « à examiner ». Au regard de l'activité de ce service, il estime que ce poste ne doit en aucun lieu être supprimé.

M. FAGON précise que cette séance a uniquement pour objectif de d'examiner :

- le deuxième cahier, comprenant 18 postes de PH libérés par le passage de leur titulaire à la fonction de PU-PH, en précisant qu'un seul engagement a été pris concernant le maintien d'un poste de PH au sein d'un service de La Pitié Salpêtrière ;
- le troisième cahier, recensant les décisions de maintien ou non des postes vacants, fixant ainsi le nombre de postes à redéployer, certains maintiens étant accompagnés d'une contribution de l'hôpital.

M. CORIAT invite les membres de la CME à ne pas examiner le premier cahier, correspondant à l'état des emprunts d'emplois PH à temps plein et à temps partiel depuis l'année 2004, dans la mesure où ce document n'a pas été examiné par le Bureau. En revanche, il demande aux membres de la CME de suivre les recommandations du Bureau concernant le deuxième cahier, afin que l'ensemble des postes de PH dont le titulaire a été nommé PU-PH dans le service soit redistribué, à l'exception d'un poste en pneumologie à la Pitié Salpêtrière, qui a fait l'objet d'un engagement du Directeur Général.

M. REMY s'étonne de la méthodologie suivie à l'occasion de cette révision des effectifs, dans la mesure où le processus semble avoir été géré uniquement par le Bureau et seulement quelques membres de la commission des effectifs. Il demande donc, que l'ensemble des membres de la CTEM soit effectivement impliqué dans la discussion sur une question aussi stratégique, en respectant la procédure des années antérieures.

M. CORIAT confirme que la démarche relative à la reprise des postes de PH vacants a été gérée par le Bureau. Néanmoins, il n'est pas opposé à un examen des nominations et des créations de postes par la Commission des Effectifs.

M. CORIAT rappelle que, par le passé, les demandes et les postes vacants étaient analysées par une commission regroupant le GPM et le Groupe des structures. Cependant, suivre cette procédure cette année reviendrait à réunir la quasi-totalité des membres de la CME. C'est pourquoi il a été proposé de confier l'instruction des dossiers au Bureau.

En revanche, **M. CORIAT** demande à la CME de valider la décision relative aux PH nommés PU-PH.

M. PETIT constate que certains postes de PH nommés PU-PH sont repris en imposant des conditions financières différentes selon les établissements concernés. Il demande des précisions concernant les critères justifiant cet élément.

M. CORIAT rappelle que la règle consiste à raisonner en temps médical, qui est identique concernant un PH et un PU-PH. En revanche, il convient de laisser au service de quoi payer la partie hospitalière de la valence du poste de PU-PH. Cet élément ne constitue pas une taxe, puisque l'argent repris est utilisé pour créer des postes dans des services demandeurs dans le cadre d'une politique d'équité institutionnelle. C'est pourquoi, à l'exception du poste de pneumologie de La Pitié Salpêtrière, les services dont un PH devient PU-PH conserve le budget permettant de payer la part hospitalière du poste de PU-PH.

M. GARABEDIAN estime que cette explication ne permet pas d'expliquer pourquoi 90 000 euros sont repris à certains services. L'hôpital concerné semble devoir payer alors qu'il perd un poste de PH.

Mme FRONTINO conteste cet élément. L'hôpital concerné perd un poste, mais conserve quatre demi-journées. Elle précise par ailleurs que certains critères ont été appliqués et ont abouti à reprendre des sommes différentes selon les services.

Au final, **M. CORIAT** indique que les dossiers relatifs aux postes de PH nommés PU-PH seront présentés à nouveau lors de la prochaine CME. Par ailleurs, il procède à un examen des postes de PH vacants.

Certains postes font l'objet d'une discussion :

a. un poste en biologie médicale au sein de l'hôpital Armand Trousseau.

M. PETIT indique que le service demande que ce poste soit réexaminé dans le cadre des créations de postes.

M. CORIAT indique que la réponse sera favorable si l'hôpital finance le poste et dispose d'un bon candidat.

M. VALLEUR rappelle que, lors de la révision des effectifs réalisée l'an passé, un certain nombre d'autofinancements mentionnés se sont avérés purement virtuels. C'est pourquoi il convient de rappeler que tout autofinancement devra être gagé.

M. CORIAT rappelle que la CME évoque uniquement les redéploiements. Si par la suite un établissement souhaite financer un poste, il reviendra à la Direction des Finances de vérifier la réalité de l'autofinancement.

b. Un poste en pédiatrie au sein de l'hôpital Armand Trousseau.

M. GARABEDIAN rappelle la difficulté à recruter au sein des services de réanimation pédiatrique. Il demande que l'hôpital ne soit pas taxé à nouveau concernant ce poste lorsqu'il sera en mesure de proposer un candidat.

M. CORIAT acte qu'un PH en néonatalogie sera recruté dès qu'un candidat sera présenté.

c. Un poste en réanimation pédiatrique au sein de l'Hôpital Robert Debré.

M. AIGRAIN constate que ce redéploiement constitue une erreur. Il ne doit pas figurer dans la liste.

d. Un poste en cardiologie à Saint Antoine.

M. PETIT note qu'un redéploiement interne vers la cardiologie est proposé concernant ce poste.

M. AIGRAIN confirme le redéploiement du poste, tout en précisant que la demande qui mentionnée par M. PETIT sera examinée avec un regard favorable lors de la CME du mois de décembre.

e. Un poste de médecine générale au sein de l'hôpital Saint Louis.

Mme FRONTINO note que ce poste est présenté comme correspondant à une demande de retour d'emprunt. Or aucun emprunt ne doit être restitué à cet établissement.

M. CORIAT indique qu'il reviendra à l'hôpital de présenter une demande à l'issue du redéploiement.

f. Un poste en néphrologie au sein de l'hôpital de jour de médecine de l'hôpital Tenon

Au nom de la CCM de l'hôpital Tenon, **M. LACAU SAINT GUILY** demande le maintien du poste en hôpital de jour de médecine, qui a été classé par en rang utile par le CCM de Tenon. Il semble que le calcul d'activité réalisé concernant ce poste comprend un certain nombre d'erreurs.

M. FAGON précise qu'il a été demandé au Directeur de l'hôpital Tenon de transmettre les données liées à ce poste. Cependant, ces informations ne sont toujours pas parvenues à la DPM.

M. CORIAT indique que l'hôpital de jour n'est peut-être pas en mesure de présenter une activité comparable à celle d'un service classique. Si l'hôpital Tenon est capable de justifier la nécessité de maintenir ce poste dans le cadre d'un argumentaire, il sera proposé au groupe de travail de suivre cette position.

g. Un poste en explorations fonctionnelles au sein de l'hôpital Tenon

Mme DURAND indique qu'en cas de suppression de ce poste de PH il ne sera plus possible d'assurer une activité d'EEG au sein de l'hôpital Tenon dès le mois de juillet 2009 en raison du départ en retraite d'un certain nombre de vacataires dans les mois à venir. Parmi les solutions de remplacement figure la possibilité de mutualiser l'activité de service avec l'hôpital Saint-Antoine. Dans cette perspective, Mme DURAND indique qu'il sera nécessaire d'examiner avec bienveillance une demande de poste financée par le service de Jean-Claude DUSSAULE.

M. CORIAT constate que ce service conservera 110 000 euros à l'issue du redéploiement. Ces fonds, ajoutés aux fonds économisés avec le départ en retraite d'un certain nombre de vacataires, permettront au service de quasiment autofinancer un poste dans le cadre d'une démarche de mutualisation.

Au final, M. CORIAT constate que le nombre de postes redéployés sera moins important que ce qui était envisagé. Il considère qu'il convient d'engager une réflexion afin d'abonder cette révision des effectifs de quelques gardes.

M. GREGORY constate que les gardes et astreintes sont à nouveau évoquées dans le cadre de rendus budgétaires nécessaires à la création de postes de PH. Il lui semblerait plus logique d'adopter

un raisonnement inverse et de demander à la Commission des Gardes et astreintes de supprimer les gardes inutiles avant de s'intéresser aux questions de financement.

M. FAGON indique qu'un point relatif à la permanence des soins sera inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la CME. Il confirme que mobiliser environ 700 personnes chaque nuit au titre de la permanence des soins n'a aucun sens en comparaison avec l'organisation des importants CHU de province et des établissements étrangers. Il sera donc nécessaire de réduire le nombre de gardes. La question de la rémunération des jeunes confrères constitue un autre sujet.

M. CORIAT constate que le budget relatif aux gardes et astreintes est prélevé au sein du budget alloué au personnel médical de l'AP-HP. La diminution du nombre de gardes permettra d'offrir aux jeunes confrères un plus grand nombre de postes de PH à l'issue de leur clinicat.

M. GREGORY évoque ensuite le sentiment qu'un nombre excessif de gardes sont transformées en astreintes, caractérisées par une absence de rémunération des médecins en cas de consultation par téléphone.

M. CORIAT rappelle pour sa part que le coût d'une astreinte est plus élevé que celui d'une garde, dès lors que le médecin doit se déplacer. Quoi qu'il en soit, il assure que l'objectif ne consiste pas à écarter les demandes des jeunes médecins, y compris en termes de valorisation financière.

M. DASSIER rappelle pour sa part que les gardes sont payées 250 euros à un PH, mais 450 euros à un chef de clinique. Plus généralement, il estime que transformer des gardes en astreinte implique de respecter un schéma très clair, fondé sur l'activité réelle des gardes.

M. VALLEUR confirme que le fond du débat doit porter sur la nature de l'offre de soins à assurer, et non sur la rémunération des différents intervenants. Pour sa part, il pense qu'il n'est plus possible de conserver 18 centres d'urgences chirurgicales au sein de l'AP-HP.

M. CORIAT rappelle que l'organisation des gardes sera analysée dans cadre de la CCPOS.

IX. Information sur le décret du 14/10/2008 et la circulaire du 16/10/2008 – avis sur les contrats d'activité libérale *(cf documents mis en ligne sur le site internet de la CME)*

Après une information sur les textes parus récemment, la CME est amenée à se prononcer sur des contrats d'activité libérale.

La CME approuve par 20 voix pour, 2 voix contre et 5 abstentions :

- six demandes relatives aux nouveaux contrats d'activité libérale ;
- quatorze demandes de renouvellement de contrat d'activité libérale ;
- vingt avenants à des contrats d'activité libérale.

X. Avenants à des conventions hospitalo-universitaires *(cf documents mis en ligne sur le site Internet de la CME)*

M. GOTTSMANN présente quatre avenants à des conventions hospitalo-universitaires :

- un avenant à la convention hospitalo-universitaire associant le CHNO des Quinze-Vingts à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris VI concernant le redéploiement d'un emploi de PU-PH en ophtalmologie pour le service ophtalmologie IV ;
- un avenant à la convention hospitalo-universitaire associant le CH Sainte Anne à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris V concernant le redéploiement d'un emploi de PU-PH en neurologie pour le service de neurologie ;
- un avenant à la convention hospitalo-universitaire associant le CH André Mignot de Versailles à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris Ile-de-France Ouest concernant le redéploiement d'un emploi de PU-PH en hématologie, d'un emploi de PU-PH en psychiatrie adulte et d'un emploi de PU-PH en neurologie ;
- un avenant à la convention hospitalo-universitaire associant le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye à l'AP-HP et à l'UFR médicale Paris Ile-de-France Ouest concernant le redéploiement d'un emploi de MPU-PH en biochimie et biologie moléculaire.

*

* *

La séance est levée à 18 heures.

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

Mardi 09 décembre 2008 à 08h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 novembre 2008 à 16h30.

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.