

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 8 DECEMBRE 2009**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 12 JANVIER 2010**

SOMMAIRE

I.	Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II.	Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010 : Avis sur l'examen des demandes de création de postes	8
III.	Bilan d'activité du comité de lutte contre les infections nosocomiales 2008	16
IV.	Evolution des dépenses de personnel non médical 2008-2009	18
V.	EPRD 2010 : opérations de restructurations	21
VI.	Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités	25
VII.	Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL	28
VIII.	Avis sur des contrats d'activité libérale	28
IX.	Gestion de la dette	29
X.	Approbation du compte rendu des séances du 13 octobre 2009 et du 17 novembre 2009	29
XI.	Questions diverses	29
	Annexe : Lettre des personnels non médicaux membres de la CME	31

ORDRE DU JOUR

(salle du Conseil d'Administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*)
- 2- Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010 : Avis sur l'examen des demandes de création de postes (*M. Gottsmann*)
- 3- Bilan d'activité du comité de lutte contre les infections nosocomiales 2008 (*M. Brun-Buisson – Mme Fournier*)
- 4- Evolution des dépenses de personnel non médical 2008-2009 (*Mme Ferec*)
- 5- EPRD 2010 : opérations de restructurations (*M. Leclercq – Pr Coriat*)
 - Restructuration supra GH
 - Restructuration des GH
 - Gardes et astreintes
 - Politique du médicament
- 6- Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités (*M. Hardy*)
- 7- Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (*Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal*)
- 8- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 9- Approbation du compte rendu de la séance du 13 octobre 2009 et du 17 novembre 2009
- 10- Gestion de la dette
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition D :

- Additif au recrutement de CCA dans le cadre d'une convention HU

Composition C :

- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de renouvellement et des premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et de praticiens des hôpitaux à temps partiel
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens des hôpitaux à temps partiel (publication JO du 30/10/09 – date limite de retour des candidatures fixées au Samedi 14 novembre minuit)
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur les candidatures aux fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique à titre provisoire
- Avis sur les candidatures aux fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

Composition B :

- Avis sur la mobilité hospitalière d'un MCU-PH.

- **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 Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme DESOUCHES, médecin de l'IRS.

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

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
 - M. SUTTER, adjoint au directeur de cabinet,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. MORIN, directeur des affaires juridiques,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales
 - M. GOTTMANN, direction de la politique médicale.

- ***membres excusés :***
 - M. le Pr DELPECH, M. le Dr FLEJOU, Mme le Dr SEGUIN.

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

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

Le président commence par un point sur les demandes faites par la CME aux tutelles concernant le personnel soignant pour l'année 2010. Les réponses sur le personnel médical (PM) seront données avant celles sur le personnel non médical (PNM). La décision qui sera prise n'en concerne pas moins l'ensemble du personnel soignant, médical et non médical. Ce n'est donc pas une réponse positive sur le PM qui ferait oublier les demandes faites sur le PNM. Depuis une vingtaine d'années, l'analyse des postes de praticien hospitalier (PH) figure à l'ordre du jour de la CME de décembre, c'est donc dans le cadre de ce calendrier que la CME sera appelée à se prononcer sur ces réponses par un vote à bulletin secret et à apporter des réponses fortes sur la dotation médicale pour l'année 2010.

Le président précise par ailleurs que l'ensemble des internes en médecine, chirurgie, obstétrique, anesthésie, psychiatrie etc. ont été réquisitionnés par la préfecture pour soutenir l'effort de vaccination contre la grippe A. Cela peut perturber le fonctionnement des services, mais cette décision ne peut être discutée.

M. PETIT signale que la répartition des personnes réquisitionnées dans les centres de vaccination n'est pas adaptée aux besoins. Le personnel soignant médical est soit trop nombreux, soit en nombre insuffisant. Il serait souhaitable d'améliorer leur répartition dans ces centres. Il indique qu'à l'hôpital Saint Antoine par exemple, douze internes sont mobilisés chaque jour.

Le président demande au directeur général s'il peut transmettre cette demande aux autorités compétentes.

Le directeur général s'y engage. M. GOTTMANN lui a d'ailleurs transmis un relevé des dysfonctionnements constatés. L'AP-HP est confrontée à des centres de vaccination qui ne sont pas placés sous sa gestion, tout en ayant à fournir des plannings pour les internes et les infirmières de troisième année. L'organisation est insatisfaisante, le besoin n'étant pas aussi massif que prévu dans certains centres, tandis que d'autres manquent encore de personnel.

M. OURY signale que les internes en pédiatrie ne sont pas réquisitionnés.

M. GOTTMANN répond que ce constat fait partie des remarques qui seront remontées.

M. LYON-CAEN demande à M. CORIAT quel est l'objet de la réunion à la quelle il doit assister ce jour au ministère à 12 heures 30.

Le président répond que cette réunion porte sur la demande de la CME du non retrait d'emplois soignants dans le cadre de l'EPRD 2010. Le président y représentera la CME, accompagné du vice-président de la CME, M. AIGRAIN, ainsi que du vice-président de la conférence des CCM. M. CORIAT a en effet souhaité associer les présidents de CCM à la discussion. La réunion de ce jour est une réunion d'échanges. Une seconde réunion, plus formalisée, est organisée le lundi 14 décembre au Ministère de la Santé, en présence de la direction générale de l'AP-HP, du président et du vice-président de la CME, ainsi que de plusieurs présidents de CCM. Après

plusieurs contacts avec la communauté médicale et après relecture de sa lettre, le président confirme les demandes de la CME, en réaffirmant qu'une réponse globale associant PNM et PM soignant est attendue. Celle-ci conditionnera l'attitude de la CME. Il fera part des propositions du ministère aux membres de l'instance, en sachant que la CME devra rendre une décision collective.

M. CHERON suggère d'organiser une CME exceptionnelle le 15 décembre, afin de pouvoir prendre en compte les réponses du ministère sur la révision des effectifs de PH, la prochaine réunion de la CME ne se tenant qu'en janvier 2010.

Le **président** répond que d'ici le 14 décembre, il n'aura pas encore d'éléments de réponse sur le PNM. Le sujet étant particulièrement complexe, la réponse du ministère mérite d'être analysée. Toutes les conséquences doivent en être pesées. C'est pourquoi il propose de rendre compte par écrit, aux membres de la CME, des discussions sur le PM. Si les discussions s'avèrent suffisamment avancées le 14 décembre, une CME pourrait être organisée le mardi 22. En revanche, si le ministère demande un temps d'étude, la CME se réunira en janvier.

Les représentants syndicaux prennent la parole pour donner lecture d'une déclaration intersyndicale.

M. ABDOUN, en qualité de membre de la CME, entouré de représentants syndicaux, note que la CME exerce une forme de tutelle sur les négociations sur le PNM. Ses représentants vont être reçus à 12 heures 30 au sujet du PM. Le représentant syndical du PNM souhaite donc donner lecture d'une déclaration.

Le **président** répond qu'il est normal que les médecins s'occupent du personnel soignant. Ils sont bien placés pour constater le manque de personnel à l'AP-HP et seraient coupables de ne pas s'en préoccuper. Pour remplir sa mission d'offre de soins, l'AP-HP doit pouvoir s'appuyer sur des équipes homogènes de personnels soignants. Le président accepte d'entendre la déclaration de l'intersyndicale tout en regrettant la forme choisie, le porte-parole de l'intersyndicale étant membre de la CME.

M. ABDOUN note que les points de vue qui s'expriment dans l'assemblée, sur la situation des effectifs et des candidats, sont solidaires. Or il semble essentiel d'établir des passerelles fortes entre PM et PNM, un lieu d'échange actuellement inexistant. Il importe donc pour les représentants syndicaux, d'être physiquement présents et de créer un échange réel.

Une **représentante syndicale** souligne que l'ensemble des organisations syndicales est sollicité toute l'année pour assurer l'unité de l'AP-HP aux côtés des médecins.

Le **président** souligne que chacun est dans son rôle. Les actions des uns et des autres sont synergiques.

Le secrétaire syndical donne lecture de la déclaration intersyndicale, jointe en annexe au présent compte rendu.

Le président prend acte de cette déclaration.

II. Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2010 : avis sur l'examen des demandes de création de postes

La présentation de la révision des effectifs de PH résulte d'un travail important mené par la DPM et les représentants de la CME. Les propositions de création de postes n'ont de sens que s'il est possible de certifier aux hôpitaux qu'ils pourront bénéficier des postes créés, sans reprise budgétaire sur la masse salariale 2010 allant au-delà de ces propositions. C'est pourquoi le président propose de commencer par une mise en perspective des demandes de création, au regard de l'EPRD 2009 et 2010.

M. GOTTSMANN présente la synthèse des propositions soumises à la CME.

Après la phase 1 (demandes de maintien et reprises de postes ayant abouti au maintien de 134 EPT), les montants disponibles sont les suivants :

- Promotions hospitalo-universitaires des PH : 1 815 000 €;
- reprise de postes vacants non demandés en maintien : 557 300 €;
- reprise de postes vacants demandés en maintien : 1 503 000 €;
- maintien avec demande de contribution complémentaire : 300 000 €;
- retours d'emprunts CME : -345 000 €;
- total en masse salariale (cagnotte de la CME pour la phase 2) : 3 830 300 €

Il présente ensuite les propositions de création de postes du groupe restreint (phase 2) :

- par autofinancement : 94 ETP de PH, moyennant une suppression de -135,9 ETP de praticiens contractuels ;
- plan urgence : 7 créations de postes de PH par requalification des postes de PHC en PH, dans lequel l'hôpital s'engage à rendre le poste de PHC et trois demies journées ;
- crédits fléchés : 12,5 ETP PH, moyennant une contribution de -7 praticiens contractuels, soit un solde de 5,5 ETP en année pleine ;
- redéploiement institutionnel : 62 ETP de PH, moyennant une contribution partielle des sites à hauteur de -29,8 ETPR PC, soit un solde de 32,2 ETP en année pleine.

Au total, le groupe restreint propose une réduction de -50,9 ETPR en 2010, avec création de 175,5 ETP de PH. Le nombre important de reprises en phase 1 et de créations d'emplois par autofinancement, qui détruisent des ETPR de praticiens contractuels, permet, tout en nommant environ 200 PH en juillet 2010, d'obtenir une réduction du nombre d'ETPR de l'AP-HP de 50,9.

En masse salariale, le montant des reprises réalisées au terme de la phase 1 représentant 3,8 M€. Les créations par redéploiement institutionnel proposées s'élèvent à 1,6 M€ en année pleine. Reste donc un solde de 2,2 M€ imputables au plan de convergence de l'AP-HP.

En conclusion, ces propositions permettent de nommer environ 200 postes en juillet 2010, soit un nombre sensiblement équivalent à celui de 2009. Elles permettent par ailleurs de réduire le nombre d'ETP médicaux, entre 2009 et 2010, de 50,9 ETPR. Enfin, elles permettent d'émarger à une réduction de la masse salariale du PM d'environ 2 millions d'euros.

Demandes d'ajustements

Dans le cadre du plan urgence, le **président** fait part d'une demande de la collégiale de l'HEGP pour transformer 1 poste de PHC en poste de PH.

M. REMY souligne qu'en neuroradiologie, la situation est tendue à l'hôpital Henri Mondor avec simplement, deux seniors plein temps, pour gérer la neuro radiologie interventionnelle et les gardes. Il était prévu de créer un poste de CCA, dont la part hospitalière devait être financée par la ligne budgétaire d'un poste de PH à temps partiel, dont la reprise représente 55 000 euros. Cette taxe de 55 000 euros devait non seulement financer la part hospitalière d'un CCA, qui est déjà en activité sur le site, mais aussi d'autres à venir, dont minimum deux dans le service de Radiologie Centrale.

M. GOTTMANN précise que ce dossier a été réexaminé avec le Pr Musset, président de la Collégiale d'imagerie et qu'il a été décidé de ramener la taxe à 25 K€ laissant ainsi au site 30 K€ permettant de gager le poste de CCA.

M. REMY insiste sur la nécessité de cette reprise pour soulager la tension que subit ce service.

M. GOTTMANN en prend note. La cagnotte est modifiée en conséquence.

M. FAGON fait part de la demande de l'hôpital Robert Debré de titulariser un poste de PH contractuel. Il s'agirait alors de maintenir le poste en PHC jusqu'à la création d'un poste de MCU.

M. SEBBANE renouvelle la demande de redéploiement institutionnel déposée pour le poste de rééducation fonctionnelle à Avicenne, indispensable à la réalisation des projets SSR. Parallèlement, il demande le maintien d'un poste au centre intégré de cancérologie, passant de Jean Verdier à Avicenne, afin de conforter la première option.

M. GAILLARD note que le poste de PH en chirurgie digestive et viscérale à Jean Verdier est annoté sur le document fourni sur table : « refusé » avec les mentions « chef de service par intérim non informé par l'ancien chef de service » et « classé 10ème par le CCM ».

Il s'étonne de ces mentions, alors que le candidat a été classé 1^{er}, après vote du CCM, pour les créations de poste qui est, il le rappelle, autofinancé par l'hôpital Jean Verdier (vacations fournies par plusieurs services dont le DAR, le service des Urgences, celui des UMJ.....) et se demande s'il ne s'agit pas d'une erreur de retranscription.

Il vient d'avoir au téléphone l'ancien chef de service qui lui a assuré avoir informé son successeur.

Par ailleurs le candidat a reçu l'aval du Chef de Pôle, du Président du CCM, et du Directeur de l'hôpital Jean Verdier.

M. GOTTMANN précise que les documents émanant de l'hôpital font bien apparaître un classement par le CCM à la 10^{ème} place pour ce candidat, les informations qu'il a recueillies sont par ailleurs contradictoires concernant l'information entre les chefs de service.

M. VALLEUR explique qu'a été votée la fusion des deux services. Le chef de service actuel des deux sites ne souhaite pas la nomination de ce PH. Après avoir pris contact avec les membres de l'équipe, il lui semble raisonnable de ne pas le nommer.

M. LYON-CAEN observe que le terme utilisé pour l'activité de neuroradiologie à l'hôpital Beaujon est « différé ». Il souhaite que ce problème soit plutôt abordé sous l'angle de la « réévaluation ».

M. RYBOJAD signale que le poste en immunologie clinique à Saint Louis qui devait être redéployé n'apparaît pas dans la présentation, alors qu'il est essentiel à l'activité de Saint-Louis.

M. GOTTMANN confirme la validation de ce poste.

M. FAYE demande quelle est la réponse de la collégiale de l'anesthésie réanimation sur les postes mis en attente (HEGP).

Le **président** répond que l'anesthésie fait l'objet d'une réflexion séparée. Quatre postes en redéploiement interne sont en attente de finalisation. Les quatre autres sont déjà actés.

M. VALLEUR signale que la demande de la collégiale d'orthopédie et du syndicat chirurgical est de laisser un chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine à temps partiel, ce qui permet d'abonder 25 000 euros supplémentaires à la cagnotte.

Débat sur la révision des effectifs

Le **président** estime que la proposition de révision des effectifs est raisonnable. Elle prévoit une réduction de 50,9 ETPR, avec la non utilisation de 50 % du montant de la cagnotte, qui pourra être affecté à d'autres emplois. Il est rare d'assister à la présentation d'une révision aussi vertueuse. Le président demande donc à la CME de la prendre en compte. Il demande également à la direction générale de la valider, en insistant avant tout sur les engagements qui sont attendus d'elle. Cette révision doit être mise en perspective avec les EPRD 2009 et 2010. Il ne faudrait pas que l'EPRD 2010 obère cette révision des effectifs. Les postes promis aux hôpitaux devront leur être donnés, chaque hôpital s'engageant à répondre à ses engagements de rendus d'emplois. Aucun retrait supplémentaire d'emplois ne devra avoir lieu.

M. CAPRON demande des explications sur la provenance des 50,9 ETPR, qui équilibrent dans un sens défavorable la révision des effectifs 2010. En général, une révision des effectifs ne consiste pas en des créations d'emplois, mais en des maintiens ou des redistributions, dans lesquels chacun doit finalement trouver son intérêt. Il s'interroge sur la manière dont ont été obtenus les 50,9 ETPR et les 2 millions d'euros.

Le **président** répond que des emplois ont été repris. Dans le cadre du mécanisme d'autofinancement, il est constant qu'un hôpital rend plus qu'un ETP pour obtenir un poste de PH. Il rend par exemple un PHC et 40 000 euros. Il faut par exemple reprendre 1,5 ETP à un hôpital pour lui accorder un poste de PH. Ainsi, à chaque titularisation, le retrait, en nombre d'ETPR, est supérieur à la création. **M. CORIAT** rappelle que la titularisation est indispensable pour accompagner la modernisation de la médecine.

Par ailleurs, l'ensemble de la cagnotte n'a pas été utilisé, mais il semble que les demandes de postes de PH jugées médicalement indispensables ont toutes été satisfaites. Des postes ont certes été repris, mais avec l'engagement de les rendre. Tous les postes pertinents ont été accordés, en tenant compte des contraintes économiques conjoncturelles, conduisant à ne pas utiliser la moitié de la cagnotte.

M. MUSSET partage ces propos en termes de masse salariale mais non d'emplois. Rendre la masse salariale sur le PM et rendre des postes médicaux va à l'encontre des positions prises par la CME. Le plafond du TPER va s'en trouver diminué, ce qui n'est pas acceptable. La suppression du plafond d'emplois étant une revendication majeure de la CME, il s'oppose au rendu des 50,9 emplois.

M. GARABEDIAN appuie ces propos. Il ne faut en aucun cas imputer ces retraits sur les emplois.

Le **président** note que la révision des effectifs participe au plan efficience à hauteur des 2,8 millions d'euros non dépensés, sans qu'il soit question de réduire le plafond d'emplois de 50,9 ETPR.

Selon **M. RICHARD**, ces réflexions conduisent à accepter la possibilité d'une réduction de 50,9 emplois dès lors que sont créés des postes de PH. Un désaccord sur ce point reviendrait à considérer qu'il faudrait davantage préserver les postes de praticiens hospitaliers contractuels ou attachés.

Le principe de la création et du maintien des postes de PH est en effet important pour le fonctionnement de l'APHP même s'il se traduit aujourd'hui par le rendu de 50,9 emplois. **M. RICHARD** souhaite connaître la cible fixée à l'AP-HP en matière de masse salariale du PM. Il croit avoir compris qu'ont été dégagés environ 2 millions d'euros sur la masse salariale du PM, une somme importante mais insuffisante pour atteindre la cible fixée. Pour ce faire, il faudrait dégager environ 5 millions d'euros, soit un différentiel sur la masse salariale du PM de 3 millions d'euros. Si tel est le cas, il souligne que les hôpitaux pourraient avoir des difficultés à libérer les sommes correspondantes. Un objectif de 5 millions d'euros signifierait qu'il faut exercer une forte pression sur les hôpitaux dans d'autres domaines que ceux évoqués jusqu'à présent. Une réflexion doit alors être menée, notamment sur la possibilité de dégager ce différentiel sur les gardes et astreintes. Si cela s'avère impossible, il craint que la révision des effectifs ne conduise les hôpitaux à publier des emplois sans pouvoir les pourvoir, faute de masse salariale suffisante.

Le **président** précise que la non utilisation de 50,9 emplois ne signifie pas une réduction du plafond d'emplois équivalente. Il est normal de constituer une réserve. Par ailleurs, l'élément important à prendre en compte est la masse salariale rendue, d'un montant de 2 millions d'euros. Il convient de s'interroger sur le niveau suffisant ou non de ce montant et, s'il est insuffisant, sur les moyens de parvenir à dégager les montants nécessaires, en prenant par exemple des engagements sur les gardes et astreintes, à partir du moment où la cible fixée par la direction générale est raisonnable.

Le **directeur général** précise que la masse salariale globale est d'environ 892,2 millions d'euros. Il est proposé une réduction de 50,9 ETPR, correspondant à un effort financier de 2 millions d'euros, malgré tout insuffisant. Un effort complémentaire de 3 millions d'euros doit donc être réalisé. Par ailleurs, l'AP-HP va devoir épurer l'année 2009, en demandant aux hôpitaux d'honorer leurs engagements au titre de cette année. Le directeur général demande à la CME de travailler sur le titre 2, notamment sur les dépenses de médicaments et des dispositifs médicaux, avec des plans d'actions ciblées et, si possible, des objectifs chiffrés. Enfin, si ces points sont actés, la révision des effectifs votée par la CME équivaldra au budget 2010 pour les hôpitaux.

Le **président** rappelle que 3 millions d'euros correspondent à environ 15 gardes, en sachant que l'AP-HP en compte 650 actuellement. Pour valider la révision des effectifs et l'appliquer sans aucun autre retrait de PM en 2010, un effort complémentaire de 3 millions d'euros doit être trouvé,

sous forme de restructurations des gardes et astreintes ou d'économies sur le titre II. Le président considère la révision présentée comme un pari méritant d'être relevé.

M. CAPRON demande au directeur général combien de millions d'euros permettront d'économiser les restructurations mises en œuvre au cours de l'année 2010. Ce sont elles qui doivent permettre les économies en PM et PNM et non des diktats faisant abstraction de la réalité du terrain au risque de détruire l'offre de soin.

Le **directeur général** répond que mi-janvier, une vision complète des effets des restructurations 2010 devrait être disponible. Quant au diktat, il semble particulièrement concerté. Lors du Conseil exécutif (CE) réuni spécialement sur ce sujet, le directeur général a d'ailleurs souligné la transparence dans laquelle le sujet a été travaillé.

M. CAPRON précise que sa remarque sur les diktats porte sur les trois millions d'euros.

Le **directeur général** répond que ce n'est pas un diktat mais une décision de la direction générale quand sur un total de 892 millions d'euros, il doit être possible de dégager 5 millions d'euros.

Le **président** ajoute que le 14 janvier, un séminaire du CE traitera des restructurations proposées, qui seront ensuite transmises à la CME. Si plusieurs groupes hospitaliers (GH) proposent des restructurations dans le cadre de la permanence des soins, des gardes devraient pouvoir être rendues.

M. GARABEDIAN souligne que dans certaines situations, la masse salariale de l'hôpital n'augmente pas, voire diminue. Des créations de postes sont demandées, mais l'hôpital se trouve en difficulté pour en créer. Par ailleurs, la néonatalogie fait partie des disciplines sinistrées. Un financement de 55 000 euros est demandé à l'hôpital pour créer un poste de PH temps plein, mais il lui sera difficile de le rendre.

Le **président** répond que 55 000 euros ont été accordés pour financer ce poste.

Le **vice-président** indique que les données de la néonatalogie et des spécialités ont été prises en compte. Par ailleurs, il affirme la nécessité de supprimer le plafond d'emplois pour des raisons de souplesse de gestion du PM. Cela ne signifie pas que l'AP-HP se refuse à diminuer le nombre d'emplois créés à un instant donné. Il n'y a pas contradiction entre les deux.

M. CARLI s'enquiert des modalités de mise en œuvre de la révision des effectifs. Il demande si celle-ci sera assurée par une contractualisation avec les établissements, tenant compte de la permanence des soins ainsi que du développement de l'activité, et si une feuille de route sera donnée à chaque établissement.

Le **président** résume les propositions. L'inscription de la révision des effectifs 2010 dans l'EPRD 2010 passe par le dégagement d'un effort supplémentaire de 3 millions d'euros. Ceux-ci doivent être trouvés dans les restructurations proposées, qui seront présentées le 14 janvier. Il devrait être possible de les trouver dans le cadre des gardes et astreintes, plusieurs hôpitaux l'ayant déjà proposé. Des marges existent dans ce domaine. Dans ce cas, la révision des effectifs du PM telle qu'elle est présentée lui semble acceptable. C'est au niveau du PNM que les difficultés réelles se poseront. Il lui semble opportun de profiter des restructurations pour faire un effort sur le PM. Enfin, aucun poste demandé de façon pressante n'a été refusé.

A **M. LYON-CAEN** qui demande quelle masse salariale correspond aux 50,9 postes, **M. GOTTMANN** précise que celle-ci se monte à 2 millions d'euros, à laquelle il faut ajouter un effort supplémentaire demandé par la direction générale de 3 millions d'euros.

M. LYON-CAEN en déduit que la somme que s'apprête à rendre la CME est de 5 millions d'euros. Il tient à mettre en garde la communauté médicale : autant il est acceptable de rendre volontairement 5 millions d'euros, autant le problème des emplois est crucial. Invariablement, un tel effort aboutit à une réduction du plafond des emplois, ce qui réduit la souplesse de gestion et les possibilités de recrutement des postes. S'il lui semble acceptable de rendre des sommes d'argent, il lui semble inacceptable de rendre des emplois. Le maintien de cette phraséologie le conduira à ne pas voter les propositions soumises à la CME.

Le **président** en prend note. Il réaffirme cependant que la non utilisation de 50,9 emplois ne signifie pas une diminution correspondante du plafond d'emplois, qu'il importe par ailleurs de supprimer.

M. GOTTMANN apporte deux éléments techniques au débat. Tout d'abord, il rappelle qu'il est impossible de diminuer le nombre d'ETPR sans diminuer la masse salariale. Ensuite, la notion de plafond d'emplois doit être distinguée de celle de l'évolution du nombre d'EPTR d'une année sur l'autre.

Le **vice-président** souligne qu'il faut faire attention aux mots. Il ne s'agit pas de création mais de titularisation de PH, ce qui va dans le sens de l'évolution de la médecine hospitalo-universitaire.

M. FAGON rappelle que l'AP-HP compte 3060 ETP de PH et 2873 ETP de praticiens attachés, dont une majorité effectue un nombre de demi-journées inférieur à trois. Cette situation est atypique dans le paysage français. Une réflexion sur l'architecture du tableau des emplois s'impose. La présence de certains attachés est certes indispensable, mais d'autres alimentent la dérivation du public de l'AP-HP vers l'extérieur.

Par ailleurs, le statut du post internat doit être réétudié. En effet, les emplois non titulaires doivent être préservés pour les praticiens destinés à devenir les futurs cadres de l'AP-HP.

Le **président** ajoute qu'une véritable réflexion sur le temps médical reste à mener. Il note que l'expression « plafond des emplois » doit être ôtée de la présentation.

Mme MARCHAND souligne que le rendu de postes de praticiens attachés donne lieu à une reprise sur la masse salariale 2010. N'apparaît pas, en cas de licenciement, le délai de reprise lié aux indemnités de licenciements.

M. DASSIER note que 3 millions d'euros doivent être récupérés sur les gardes et astreintes, un sujet qui a fait l'objet de travaux d'étude en 2009. Il demande donc quelles sont les listes des gardes et astreintes appelées à être supprimées et quels seront les efforts demandés en 2010.

Le **président** répond que les efforts demandés en 2010 dépendront de la V13 ou V14, de l'activité de l'AP-HP et des politiques de restructurations engagées. Il attend le 14 janvier pour entendre l'ensemble des projets présentés par les hôpitaux dans le cadre du plan stratégique, qui devraient permettre de dégager des marges de manœuvre sur les gardes et astreintes. Une réunion exceptionnelle de la CME pourrait être organisée fin janvier pour présenter l'ensemble des points.

M. CHERON souligne que le travail de la commission centrale de l'organisation et de la permanence des soins (CCOPS) 2009 donne effectivement des résultats troublants en matière de révision des gardes et astreintes. Les établissements ont mis en lumière des gardes jusqu'à présent inconnues, de sorte que les dépenses ont augmenté de plus de 2 millions d'euros. Néanmoins, un certain nombre d'établissements ont joué le jeu au premier semestre 2009, même si trop peu ont accepté d'y réfléchir. Si les engagements écrits avaient été réalisés, une réduction de 2,5 millions d'euros aurait été obtenue sur la permanence des soins. Le problème provient des directions locales, auxquelles le corps médical participe, qui sont revenues sur leurs engagements. Aucune réduction des dépenses, ni des listes de gardes et astreintes n'a été réalisée. En tenant compte de ces éléments, l'objectif d'un effort de 3 millions d'euros ne semble pas inatteignable.

Le **président** précise qu'il revient désormais à la CME et au conseil exécutif de prendre les décisions qui s'imposent pour assurer le suivi des gardes et astreintes. L'avenir du personnel est en jeu. Les directeurs de CCM ont déclaré ne pas être en mesure de fermer les gardes et astreintes non médicalement pertinentes et ont demandé l'appui de la CME. Le président demandera donc au conseil exécutif de s'en charger et à la CME, de valider ces décisions.

M. HARDY rappelle que la question posée en 2009 dans le cadre de la révision des effectifs était la ligne de base, qui s'est révélée être autre que celle attendue. Il demande donc si tout le monde parle des mêmes 3 millions d'euros.

M. GOTTSMANN répond que l'objectif de 10 millions d'euros était un objectif cible en année pleine en 2010. La DEF n'a pas retiré 10 millions d'euros bruts au budget 2009, mais seulement 2,5 millions d'euros correspondant à l'économie réalisables sur le seul exercice 2009. L'effort de 3 millions d'euros serait retiré sur les autorisations de dépenses, par rapport au niveau de 2009, qui était lui-même inférieur de 2,5 millions d'euros à celui de 2008.

M. MUSSET insiste sur la problématique du plafonnement du tableau des emplois. Indiquer une réduction de 50,9 ETPR serait indifférent si ce plafond n'existait pas. L'AP-HP doit certes se restructurer, mais ce plafond inique représente une double peine pour l'institution. Il doit être supprimé.

Le **président** et le **vice président** répondent que cette mention figure dans sa lettre aux tutelles et partage cette revendication par ailleurs soutenue par la CME.

M. GOTTSMANN distingue deux notions. La première est la variation du nombre d'ETPR entre les comptes de résultat prévisionnels 2009 et 2010, en sachant que la révision des effectifs de PH aura un impact négatif en ETPR, à corréliser aux créations par autofinancement. La seconde est celle du plafond d'emplois.

M. VALLEUR suggère de préciser que la suppression d'une garde de chirurgie s'accompagne de celle d'une garde d'anesthésie. Il conviendrait également de chiffrer l'impact sur le PNM. Par ailleurs, le débat de la CME lui semble déconnecté des réalités extérieures. Le ministère demande depuis des années une diminution des dépenses de l'AP-HP, qui ne peut passer que par une réduction du nombre d'emplois. Les présentations de M. GOTTSMANN résultent d'un travail approfondi de la DPM, avec création de 175 PH et réduction de 50,9 ETP, des propositions que le ministère demandera vraisemblablement de revoir à la baisse. Il convient donc de s'engager réellement et non plus artificiellement dans les restructurations.

M. MUSSET partage cette position mais insiste sur le maintien d'une position de principe par rapport au plafond des emplois, qui menace plus particulièrement des métiers sensibles comme les infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE), les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) et les manipulateurs radios. Il demande donc sur la suppression définitive du plafond d'emplois.

Le **président** indique que l'expression « plafond d'emploi » sera retirée de la présentation.

M. RICHARD demande quel a été le propos tenu aux GH lors des conférences stratégiques et si des efforts supplémentaires leur ont été demandés.

M. FAGON renvoie à la position que le directeur général a rappelée en début de séance et se propose de défendre face aux tutelles, à savoir que l'EPRD 2010 n'appliquera pour le PM que les conséquences de la révision des effectifs.

Le **président** rappelle qu'il est proposé à la CME de se prononcer sur la création de 175 postes de PH, validés par le bureau élargi de la CME, selon une méthodologie lisible, aboutissant à une diminution de -50,9 ETPR et à une non utilisation de la cagnotte de 2,3 millions d'euros. Le directeur général s'est engagé à inscrire la révision des effectifs dans l'EPRD 2010 sans aucun autre rendu du budget du PM demandé aux hôpitaux, à condition de dégager 3 millions d'euros sur les suppressions de gardes résultant des restructurations. Le vote de la CME n'implique pas de diminution du plafond d'emplois, dont la CME réclame la suppression. Il importe par ailleurs de donner une réponse aux 175 PH attendant la validation de leur poste. Il demande donc à la CME de voter favorablement cette révision des effectifs.

Ce vote n'engage pas la décision du président quant à la poursuite de son mandat. Celle-ci n'interviendra qu'après le cadrage de la révision des effectifs du PNM, sous réserve qu'elle soit validée et n'aille pas plus loin que les efforts annoncés.

M. LYON-CAEN souhaite préciser les propositions soumises au vote de la CME. Il suggère d'acter :

- la création de 175 postes de titulaires PH ;
- la réduction de la masse salariale à hauteur de 2,3 millions d'euros ;
- l'engagement à restituer 3 millions d'euros supplémentaires dans le cadre de la réduction du nombre de gardes et astreintes.

La création des 175 postes serait conditionnée au rendu d'une masse salariale de 2,2 millions d'euros. Il demande si les deux sont liés à la restitution des 3 millions d'euros, obtenue sur la révision des gardes et astreintes.

Le **président** confirme que les deux sont liés dans leurs conséquences, mais le vote porte sur la révision des effectifs. Il n'implique en aucun cas une diminution du plafond des emplois. La CME maintient sa demande de suppression.

M. CAPRON souligne que le vote de la CME ne concerne pas l'engagement de l'AP-HP à fournir un effort de 3 millions d'euros.

Le **président** confirme que le vote de la CME concerne uniquement la présentation de la révision des effectifs. L'engagement à rendre 3 millions d'euros supplémentaires n'est qu'une information à prendre en compte, en aucun cas soumis au vote de la CME ce jour.

M. CARLI souligne qu'un vote négatif de la CME invaliderait toute discussion sur les emplois. Il suggère de transmettre un message clair aux tutelles sur la nécessité de ces emplois, en votant la révision des effectifs.

M. HINGLAIS estime ne pas pouvoir voter la révision des effectifs, dans la mesure où un certain nombre de postes doivent faire l'objet d'un nouveau passage en CME.

M. GOTTMANN répond qu'il s'agit de postes dont le traitement est différé ou n'impacte pas les montants présentés. Un vote serein est d'ores et déjà possible.

M. HINGLAIS demande à ce qu'une procédure officielle de changement de chef de service soit lancée à l'HEGP.

Mme MAUGOURD demande si des gages ont été trouvés pour les postes de Corentin Celton.

M. GOTTMANN répond que ces postes sont accordés, sous réserve de l'apport d'une réponse à cette question. Celle-ci est encore en attente.

M. PETIT demande à combien d'euros correspondent 50,9 ETPR.

M. GOTTMANN explique que les -50,9 ETP sont des ETP de praticiens attachés et de PHC, qui correspondent à 2,3 millions d'euros.

Le **président** soumet au vote de la CME les propositions de révision des effectifs.

La révision des effectifs 2010 est approuvée à la majorité, avec 38 voix favorables, 8 voix défavorables et 1 abstention.

III. Bilan d'activité du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) pour l'année 2008

M. BRUN-BUISSON rend compte du bilan d'activité du CLIN 2008.

Le nombre de signalements d'infections nosocomiales aux autorités sanitaires en 2008 (événements graves sentinelles) est stable depuis 2004. Les motifs des déplacements du CLIN sont les suivants :

- Enterocoque résistant à la vancomycine (VRE) (4 hôpitaux) ;
- Légionellose (1 hôpital, 1 cas) ;
- Aspergillose (1 hôpital, 2 cas) ;
- K. pneumoniae résistant à l'imipénème (1 hôpital, 2 cas), un phénomène émergent, contrôlé par des mesures drastiques ;
- Tuberculose : 2 hôpitaux dont une épidémie de 6 cas, suivie d'une enquête approfondie.

Au total, 11 décès liés aux infections nosocomiales ont été signalés, dont aucun ne semble correspondre à un cas exceptionnel.

Le bilan de l'AP-HP depuis 2006, à travers les indicateurs nationaux, est le suivant :

- Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) : passage de 50 % d'hôpitaux classés A ou B à 87 % d'hôpitaux classés A et 13 % d'hôpitaux classés B ;
- Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques (ICSHA) : passage de 13 % d'hôpitaux classés A ou B à 77 % d'hôpitaux classés A et 13 % d'hôpitaux classés B ;
- Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) : passage de 37 % d'hôpitaux classés A ou B à 68 % d'hôpitaux classés A et 13 % d'hôpitaux classés B ;
- Score agrégé : passage de 31 % hôpitaux classés A en 2006 à 85 % d'hôpitaux classés A en 2008, sachant qu'il reste 3 % d'hôpitaux classés C.

En conclusion, les résultats sont satisfaisants et supérieurs à ceux des CHU en France.

L'AP-HP suit également ses propres indicateurs, complémentaires des indicateurs nationaux, dont l'exigence lui permet de conserver son avance :

- Effectifs des Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH) : manque en MCO et SSR-SLD et léger déficit persistant sur le nombre d'infirmiers budgétisés ;
- Surveillance des infections du site opératoire (ISO) : résultat satisfaisant de 60 %, incluant l'évaluation de l'antibioprophylaxie, avec une marge de progression possible ;
- Bon usage des antibiotiques : mise en place des référents, désormais identifiés dans tous les hôpitaux ;
- Evolutions des Staphylocoques aureus résistant à la méthicilline (SARM) : division par 2 du taux de SARM depuis la mise en place des mesures, mais multiplication des EBLSE par trois, dont le contrôle est rendu complexe par la diffusion communautaire de ces bactéries ;
- Légionelloses : en voie de résolution, la surveillance des réseaux d'eau montre une réduction des prélèvements positifs ;
- Couverture vaccinale des patients en SSR-SLD : 90 % de vaccins contre la grippe, 40 % de vaccins pneumocoques ;
- Couverture vaccinale anti-grippale du personnel : 40 à 45 % du PM vacciné et seulement 18 à 20 % des soignants.

En conclusion, les indicateurs nationaux témoignent d'une progression de l'AP-HP. Les principales pistes d'amélioration portent sur :

- la consommation des solutions hydro-alcooliques (SHA, campagne de communication 2009) ;
- la surveillance des ISO ;
- la diffusion des entérobactéries multirésistantes aux antibiotiques (BLSE) (recommandations nationales en attente) ;
- la description du réseau d'eau pour prévention de la légionellose ;
- la vaccination antigrippale du personnel.

Le **président** remercie M. BRUN-BUISSON pour sa présentation et son travail au CLIN. Il ouvre le débat.

M. BRUN-BUISSON précise que la consommation des SHA progresse au fil des ans. Les équipes locales opérationnelles jouent un rôle important dans la formation et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques.

M. FAGON tient à saluer le travail du CLIN central et de tous les CLIN locaux, qui contribue au bon classement de l'AP-HP. Il profite de l'occasion pour remercier particulièrement l'équipe opérationnelle du siège pour sa participation active à la campagne de vaccination H1N1. Enfin, la politique conduite sur les antibiotiques et les anti-infectieux devrait pouvoir être élargie aux autres médicaments. A ce titre, les COMEDIMS, le CLIN et les comités anti-infectieux joueront un rôle particulier.

IV. Evolution des dépenses de personnel non médical 2008-2009

Au préalable, **Mme FEREC** indique qu'elle effectue actuellement un bilan auprès des sites, afin de mesurer l'impact sur les coûts de PNM de la réorganisation des gardes et astreintes. Ce point fera l'objet d'une présentation lors de la prochaine réunion de la CCOPS de janvier et pourra ensuite être communiqué lors d'une prochaine séance de la CME.

Elle rend compte de l'évolution des dépenses de personnel non médical 2008-2009, comme l'ont souhaité les membres de la CME.

Dans le cadre de la négociation externe, l'effort sur le PNM est de - 350 sur le personnel permanent et de - 350 sur le personnel de remplacement. Cet effort porte sur le CRPP. Il est appliqué aux effectifs moyens rémunérés en 2008. Dans le cadre de la négociation interne avec les sites, l'effort a été calculé par rapport à leur TPER. Il équivaut cependant aux efforts des différents sites. Les autres agrégats de dépenses de PNM sont également soumis à un effort dans le cadre de la convergence. Il est demandé à l'AP-HP de faire un effort sur les dépenses du PNM.

L'EPRD 2009 a été construit à partir du réalisé 2008. En 2008, le budget des autorisations de dépenses des heures supplémentaires était de 17 millions d'euros. Le budget réalisé est de 24 millions d'euros. Les tutelles ont donc demandé un effort sur le constaté 2008, en appliquant une marge par rapport au budget inscrit en 2008. La même logique s'applique à l'intérim. Sur le remplacement, un dépassement était également constaté par rapport à la cible. Les tutelles ont demandé un retour à un niveau « raisonnable » des dépenses de remplacement, au-delà néanmoins des lignes de crédit 2008.

Le schéma d'emploi 2009 est le suivant :

- Effectifs moyens rémunérés en 2008 : 67 915 pour le personnel permanent et 3 215 pour le personnel remplaçant ;
- TPER 2009 dont un volume accordé pour accompagnement aux mesures nouvelles : 67 590 pour le personnel permanent et 2 865 pour le personnel remplaçant ;
- Soit un écart de -325 pour le personnel permanent et de -350 pour le personnel remplaçant ;
- Réajustement de la cible remplacement (Cf. DRCD) à 3 044.

M. CHERON demande pourquoi l'institution doit rendre 350 emplois de permanents alors que la masse budgétaire de 2009 est supérieure aux dépenses de 2008.

Mme FEREC explique notamment cette évolution par l'impact des mesures salariales (reclassement catégoriel, vieillissement du personnel etc.). Malgré un *turn over* de 10 %, l'impact du vieillissement des effectifs pèse également sur la masse salariale du PM.

Mme DEGOS demande pourquoi le recours à l'intérim est privilégié par rapport aux heures supplémentaires.

Mme FEREC répond que le niveau de dépenses en intérim constaté en 2008 était présenté par les établissements comme une marge de manœuvre indispensable à leur fonctionnement. Par ailleurs, les crédits ouverts au titre des heures supplémentaires sont rattachés au personnel permanent.

Le **président** se déclare frappé par le décalage entre des chiffres apparemment rassurants et le vécu du terrain.

Mme FEREC répond que l'évolution des effectifs permanents dans les dix premiers mois se traduit par une réduction d'effectifs de -40 sur le PNM en 2009. Le ressenti d'un décalage résulte en partie de la tension liée aux contraintes pesant sur les effectifs, aggravées par l'absentéisme, en partie sur les suppressions des postes vacants, qui réduisent les marges de manœuvre. La comparaison du TPER 2008 et 2009 traduit en effet une perte de l'ordre de 670 emplois. L'effort est donc double, puisqu'il porte à la fois sur les effectifs constatés et sur les postes vacants.

Le **président** lui demande de faire apparaître ces données dans les tableaux.

Selon **Mme RICOMES**, une partie de la réponse réside également dans la différence entre les effectifs payés et les effectifs présents (CET, congés maladies, congés maternité etc.), qui engendre des difficultés de fonctionnement.

M. LACAU-SAINT-GUILY demande quelles sont les spécificités des contraintes de l'AP-HP par rapport au secteur privé. En tant qu'institution publique, l'AP-HP continue à rémunérer les effectifs non présents physiquement. Il lui est impossible de remplacer ces postes.

Mme RICOMES estime qu'il existe peu de différences entre l'AP-HP et les structures privées de ce point de vue. Le secteur privé est soumis à ses propres contraintes et au droit social. En revanche, il bénéficie de schémas d'activité plus stables, qui ne demandent pas d'adaptation forte aux variations d'activité.

M. ABDOUN estime que l'argument du vieillissement ne tient pas, un départ en retraite sur deux n'étant pas remplacé. Quant au CET, celui-ci possède un financement spécifique qui ne peut donc pas impacter le titre 1. Il signale également qu'à partir de 2010, un système d'indemnités de départ volontaire d'un montant de 17 millions d'euros sera mis en place sur trois ans, à raison de 300 départs par an non remplacés.

Cependant, le plus scandaleux en 2009 reste la non reconnaissance du travail fait. Ainsi, une note de la DRH demande de supprimer tous les repos dus qui n'auraient pas été pris à temps en 2009. Or l'employeur a la responsabilité de l'organisation du travail. Les équipes de direction ne parviennent pas à concrétiser des mesures qui restent fictives. Une personne ayant travaillé le 1^{er} mai et le 14 juillet devra renoncer à ses congés le 31 décembre. Des millions d'heures de travail équivalant à des centaines de postes sont concernées. La souffrance du terrain résulte aussi des difficultés à être remplacés et d'un maintien dans l'activité qui se traduit par la suppression des congés pour les personnes ne parvenant pas à poser leurs jours de repos avant la fin de l'année.

Mme RICOMES indique que le nombre de départ en retraite est d'environ 1 700 par an pour le PNM ; le nombre de départs pour autres raisons concerne plus de 6 000 personnes. L'argument du non remplacement d'un départ sur deux n'est donc pas fondé. Le *turn over* est néanmoins un élément à prendre en compte pour faciliter l'atteinte des objectifs.

La convention conclue avec le fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) a été validée et représente un montant annuel de 16 millions d'euros par an pour l'AP-HP. Ce ne sont pas des crédits encaissés mais un droit de tirage réservé à la Caisse des Dépôts, un fonds sur lequel l'AP-HP puisera en fonction des projets personnels des agents (départs volontaires, aides à la reconversion, mobilité etc.).

Enfin, la DRH confirme avoir signé une note sur la gestion des repos en fin d'année. L'AP-HP doit en moyenne 19 jours de congés à son personnel. Depuis trois ans, un dispositif a été mis en place avec les hôpitaux pour diminuer ce nombre, reposant notamment sur la planification des congés. Ce n'est pas la disparition des congés du personnel qui est demandée, mais leur planification pour un meilleur fonctionnement des services.

Mme FEREC précise les données du mois d'octobre :

- dépassement de 245 ETPR en personnel permanent sur le budget principal ;
- boni de 250 sur le personnel de remplacement, lié au renfort obtenu par le DRCD ;
- 22 millions d'euros de dépenses sur les heures supplémentaires dans les dix premiers mois ;
- 16 millions d'euros de dépenses pour l'intérim, une situation maîtrisée.

M. FOURNIER note que les congés maladies, les congés de maternité, la formation et les repos du sont les causes de l'absence physique des personnes qui devraient être à leur poste de travail. Or leurs conséquences chiffrées n'apparaissent pas dans les tableaux. Il serait intéressant de mettre ces éléments en lumière. Parallèlement, les services tentent de compenser avec l'intérim et les heures supplémentaires. Le contingentement en cours crée un écart supplémentaire : l'absentéisme augmente tandis que les possibilités de remplacement régressent, alors que l'AP-HP est censé accroître son activité. L'effort essentiel doit désormais porter sur l'articulation entre PM et PNM.

Mme RICOMES précise pouvoir transmettre des données sur l'absentéisme. Elle confirme que malgré la complexité de ce sujet, elle constate une diminution relative des moyens de remplacement par rapport à 2008. Par ailleurs, la DRH souhaite pouvoir gérer l'exercice 2010 sur la base d'une gestion par projets des ressources humaines du PNM, même en diminution, et non sur celle d'une réduction arithmétique.

M. LYON-CAEN constate une explosion des heures supplémentaires et de l'intérim pour assurer le remplacement du PNM. La politique de réduction du personnel permanent, à l'évidence en défaut, lui semble donc incompréhensible et insupportable. Il ne l'approuvera en aucun cas.

Le **président** répond qu'il faut veiller à ce qu'aucun emploi supplémentaire ne soit retiré, tout en réfléchissant sur l'organisation des soins.

M. MUSSET souligne que la DPM a repris des postes non occupés faute de demande (PNM, manipulateurs radio etc.), réalisant ainsi un plan d'économies en supprimant les postes des spécialités les plus en difficulté. Ce n'est pas une politique de restructuration mais une politique d'économies pures, liée au plafond des emplois.

M. VALLEUR partage ce constat d'une suppression des postes vacants insidieuse et négative.

M. FAYE insiste sur la nécessité de construire des tableaux sur l'absentéisme et les postes vacants. L'absentéisme représente environ 10 % des jours ouvrés tandis que les crédits de remplacement représentent 5 % de la masse salariale. Le terrain souffre de ce différentiel. Par ailleurs, la présentation des résultats de l'EPRD 2009 à partir du réalisé 2008, c'est-à-dire la reprise de postes budgétés, a le mérite de la vérité. **M. FAYE** rappelle s'y être opposé pour les raisons aujourd'hui constatées. Ce sont des postes de haute technicité (radiologistes, infirmières de blocs opératoires, anesthésistes manipulateurs radio etc.) qui sont ainsi supprimés.

M. DASSIER souligne que l'augmentation des dépenses correspond également à l'évolution statutaire des agents, prévisible, que les tutelles se doivent prendre en compte.

M. LACAU-SAINT-GUILY observe qu'il reste des emplois vacants non encore repris. Dans ces conditions, il faudrait s'interroger sur la manière de rendre plus attractif les postes de l'AP-HP.

M. CHERON demande quelle est, en moyenne, l'évolution budgétaire d'une année à l'autre, liée à la revalorisation des statuts et à l'ancienneté, afin de pouvoir déterminer, dans le cadre de l'enveloppe fixe de l'ONDAM, combien d'emplois l'AP-HP devrait rendre chaque année si cette enveloppe devait rester stable.

M. OURY signale que certaines nuits, son service ne comprend que des intérimaires, ce qui renforce le risque d'accident. Il suggère de privilégier les remplacements sur le recours à l'intérim.

S'agissant des postes vacants, **Mme RICOMES** répond que leur disparition est le résultat des modalités de l'élaboration budgétaire. Rien n'empêche, cependant, de réfléchir à des réorganisations permettant de recréer les postes sur des emplois sensibles et de dégager des marges de manœuvre en matière de recrutement. Quant au Glissement Vieillesse Technique (GVT), il reste un élément non contesté, représentant *a priori* 1,5 % de la masse salariale.

V. EPRD 2010 : opérations de restructurations

M. FAGON présente une liste non exhaustive de projets transversaux restructurants.

Projets supra-GH

Greffe hépatique :

Le transfert à Saint-Antoine de l'équipe médicale et chirurgicale de Cochin est effectif depuis le 2 novembre. Le 8 décembre, huit greffes ont été réalisées. Il reste à stabiliser les effectifs médicaux de greffeurs, à revoir l'organisation de la continuité des soins chirurgicaux en prélèvement et greffe de foie, ainsi qu'à mettre en place une liste unique au 1^{er} février 2010. L'impact médico-économique devrait pouvoir être mesuré au terme de six mois de fonctionnement.

Entre la prise de décision et la réalisation de la restructuration, un délai de 14 mois s'est écoulé ; le transfert d'un site à l'autre est complexe, notamment en termes de création d'une équipe unifiée. Si les groupes proviennent de deux universités différentes, c'est encore plus difficile. Pour réussir de telles opérations dans un calendrier raisonnable, ces problèmes doivent être réglés. Un travail sur

l'édiction de règles de transfert d'équipe est en cours. Il importe également d'impliquer plus largement et plus précocement les instances universitaires.

Greffe de moëlle :

Le rapport du groupe d'experts rend les conclusions suivantes pour les services adultes :

- augmentation prévisible de l'activité de greffe de moëlle dans les années à venir ;
- consolidation effective des services de Saint Louis, la Pitié Salpêtrière et Henri Mondor ;
- non consolidation des services de Necker et Saint-Antoine.

L'offre enfant est sous dimensionnée en raison d'une demande croissante probable pour des pathologies non malignes (drépanocytose). Le transfert à Robert Debré permet de l'augmenter, mais la réflexion doit se poursuivre, notamment sur la répartition de l'activité entre Necker et Robert Debré, ainsi que sur le projet d'ouverture d'un centre au CHIC.

Les experts s'interrogent sur la pertinence de la localisation de l'unité d'adolescents et adultes jeunes à Saint Louis.

Greffe de cœur :

Les besoins sont stables. Sur quatre sites autorisés, trois sont en activité réelle (Pitié Salpêtrière, Henri Mondor, HEGP). La réflexion est directement liée à la réorganisation des centres lourds de cardiologie. Il n'est pas indispensable de rendre le 4^{ème} centre lourd (Bichat) opérationnel en terme de greffe, la demande étant stable. Il est prévu de passer de 4 à 3 centres lourds à court-moyen terme (ARH).

Greffe reins – poumons :

Les besoins augmentent. Les réflexions sont en cours.

Implantologie cochléaire :

Pour les adultes, le regroupement est en cours sur le site de Beaujon (Avicenne, Tenon Saint-Antoine). Pour les enfants, un seul site est prévu, dont la localisation dépendra de la pédiatrie spécialisée (ORL) à l'AP-HP. Le projet d'un centre de suivi est en cours de rédaction. Sa localisation au sein de l'AP-HP reste à déterminer.

Brûlés :

Le centre de traitement des brûlés de l'adulte de l'AP-HP sera regroupé sur un seul site, l'hôpital Saint-Louis. Les travaux en cours, permettront un dimensionnement approprié et l'accueil de l'équipe de Cochin en plus du transfert des équipes de Rothschild et Saint-Antoine. Le projet du plus grand Centre de Traitement des Brûlés doit être rédigé dans tous ses aspects et tout particulièrement universitaire. Au deuxième semestre, le responsable médical désigné (Dr. Hervé Carsin) sera nommé.

Fistules artério-veineuses :

Un appel à projet a été lancé. Il a recueilli sept réponses, de la part de Tenon, Bichat/Saint-Louis, la Pitié Salpêtrière, Henri Mondor, l'HEGP, Robert Debré et Necker. La commission d'experts s'est réunie les 2 et 3 décembre. Elle rendra son rapport courant janvier 2010.

Pose de cathéter implantable :

Ce travail est à mettre en œuvre. L'appel à projet devrait être lancé début 2010. Le lien avec les projets de centre intégré de cancérologie doit être précisé au préalable.

Centres de cancérologie :

Au 8 décembre, sept hôpitaux ont déposé des demandes de centres intégrés, dont peu remplissent d'emblée les critères de labellisation. Il convient donc de poursuivre les travaux avec ces GH, la commission cancer, les équipes DPM. Les projets présentés sont très hétérogènes, souvent d'excellente qualité, mais doivent être finalisés.

Pédiatrie spécialisée :

Pour la majorité des spécialités médicales et chirurgicales, il existe :

- un excédent d'offre de soins en hospitalisation classique ;
- une dispersion fréquente d'unités de petite taille.

Un monopole au sein de l'AP-HP ne paraît pas souhaitable sauf pour les activités relevant d'un schéma interrégional d'organisation sanitaire. La plupart des spécialités devraient être exercées sur deux sites.

L'organisation cible doit tenir compte des situations médicales, universitaires, patrimoniales et médico-économiques des sites assurant la pédiatrie spécialisée.

Autres projets transversaux :

Les autres projets transversaux sont :

- la création d'une plateforme intégrée pour la formation et l'innovation (simulateurs, recherche et expérimentation sur les matériels nouveaux, mise en situation etc.) ;
- le centre de génomique, protéomique, métabonomique (dossier en cours de réalisation).

Projets à engager en 2010 :

Les projets à engager en 2010, liés à un contexte préoccupant en termes de démographie médicale, sont les suivants :

- anatomo-pathologie, foeto-pathologie et neuro-pathologie (réflexion préalable) ;
- neurochirurgie – neuroradiologie (réflexion préalable en cours) ;
- obésité : appel à projets pour les centres lourds médico-chirurgicaux, mais aussi et surtout organisation de l'accueil et de l'orientation dans tous les GH.

Mme RICOMES ajoute que pour réussir les transferts, l'AP-HP doit résoudre deux difficultés :

- se doter de règles du jeu internes ;
- organiser et accompagner les mobilités des PNM et PM, à travers un dispositif institutionnel.

Conférences stratégiques :

M. FAGON en rappelle les objectifs :

- valider le projet médical des GH
- valider les objectifs d'activité à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif en évitant les concurrences internes ;
- valider les investissements nécessaires et suffisants ;
- valider les moyens de conduire le retour à l'équilibre et le respect du plafond d'emploi.

Chaque GH présente entre 7 et 10 projets, dont certains peuvent nécessiter des arbitrages (nouvelle activité, réorganisation profonde, transfert important d'effectifs), qui seront soumis au séminaire du conseil exécutif prévu le 14 janvier 2010 et seront présentés ensuite à la CME. A titre d'exemple, des thématiques récurrentes concernent la biologie, la cancérologie, l'accueil des urgences, le SSR et les filières gériatrique. Certains hôpitaux ont proposé des projets spécifiques.

Le **président** ouvre le débat.

MM. CAPRON et **FOURNIER** remercient la DPM pour l'effort vertueux dont témoignent ces diapositives. C'est le seul moyen de restructurer l'AP-HP en vue d'une plus grande efficacité.

M. RYMER croyait savoir qu'on passerait de 3 centres de greffe hépatique à 1, mais il en reste 2.

M. FAGON répond que la cible finale est d'un centre intra muros. Il s'agit d'une première étape. La réalisation de la seconde est confirmée.

M. MUSSET demande communication des données financières des opérations de restructuration, qui constituent le seul argument de poids face au ministère.

M. FAGON confirme que les projets et opérations de restructuration s'accompagneront de projections aux niveaux financiers, des ressources humaines et des investissements. Il souligne la qualité du travail produit par les GH et par le siège, qui permettra de rendre des arbitrages les plus pertinents possibles.

Selon **M. FAYE**, la question est de déterminer si les restructuration doivent être ciblées sur ce qui fonctionne ou sur ce qui est bancal, s'il faut par exemple rapprocher les équipes sur les sites les plus producteurs ou les moins producteurs. Il demande donc quels sont les principes généraux des restructurations. Il s'enquiert également du retour sur investissement.

Par ailleurs, la réalité du transfert de la greffe hépatique de Cochin à Saint-Antoine se traduit par le transfert d'une secrétaire, de deux praticiens, de trois infirmières de blocs opératoires et d'un médecin anesthésiste réanimateur de saint-antoine. Ces éléments doivent conduire à relativiser l'optimisme de la présentation. Le transfert des brûlés de Saint-Antoine et de Saint-Louis, notamment, pose problème, le personnel concerné n'ayant aucune visibilité sur son avenir.

VI. Avis sur des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités

M. HARDY rend compte des créations, suppressions et modifications de structures médicales internes aux pôles d'activités.

1. GH A. CHENEVIER – H.MONDOR

« Pôle 1 : « Neuro-Locomoteur » :

Demande de création d'une UF « Innovation thérapeutique en neurochirurgie fonctionnelle » rattachée au service de neurochirurgie.

Argumentaire de l'hôpital :

- développer de nouvelles approches thérapeutiques curatives ou palliatives ;
- permettre les différents traitements chirurgicaux des pathologies neurodégénératives en fonction de l'évolution des techniques, des coûts et des besoins.

Le responsable pressenti est le Pr. Stéphane PALFI. La DPM et la CCM ont rendu un avis favorable.

Pôle 5 : « Psychiatrie » :

Création d'une UF « Centre Expert » rattachée au pôle, suppression de l'UF sectorielle psy Créteil et de l'UF sectorielle psy Maison Alfort Boissy

Argumentaire de l'hôpital :

Regrouper la prise en charge des patients relevant de l'hôpital de jour, le centre expert proprement dit et l'unité de jour. L'UF « Centre Expert » concerne les activités de jour et de diagnostic précoce de certaines pathologies de référence : troubles bipolaires, syndrome d'Asperger, schizophrénie.

Le responsable pressenti est le Pr. HENRY. La DPM et la CCM ont rendu un avis favorable.

2. GH Armand Trousseau

Pôle 1 « Pédiatrie médicale et urgences » :

Création d'une UF de pédiatrie générale et aval des urgences rattachée directement au pôle. Cette activité était initialement intégrée au sein du service de Néphrologie et Pédiatrie Générale.

Argumentaire de l'hôpital :

- Répondre à la problématique majeure d'aval des urgences médicales en augmentant la capacité totale d'hospitalisation d'aval.
- Autonomiser l'activité afin de mieux organiser son mode de prise en charge et permettre une meilleure fluidité de l'aval des urgences.

Pôle 2 «Chirurgie anesthésie» :

Modification de l'intitulé du service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie en service de chirurgie Maxillo faciale et plastique

Modification de rattachement de l'UF chirurgie des brûlés, initialement rattachée directement au pôle. Elle sera dorénavant rattachée au service de chirurgie maxillo-faciale et plastique

Argumentaire de l'hôpital :

- nouvelle organisation du centre de traitement des brûlés ;
- le responsable de l'UF sera le chef de service de chirurgie maxillo faciale (Pr Vasquez)
- identification au sein du service de la prise en charge des séquelles de brûlures.

La CCM a rendu un avis favorable.

3. GH LOUIS MOURIER

Pôle 3 «Médical » :

Fusion des 2 services de médecine interne. Argumentaires de l'hôpital :

- le Pr. VINCENEUX assurait déjà l'intérim de la chefferie des 2 services ;
- Départ à la retraite du Pr. VINCENEUX depuis le 1er septembre 2009 ;
- le Pr. MAHE assure désormais l'intérim de la chefferie de 2 services ;
- objectif : permettre une globalisation des lits en répartissant préférentiellement les patients par secteur selon la spécialité dont ils relèvent et améliorer l'aval des urgences

Composition du service de médecine interne : Hôpital de jour, Hospitalisation programmée, Hospitalisation complète comprenant les secteurs suivants : maladies infectieuses, gériatrie aiguë, oncologie, médecine interne, pathologies vasculaires.

La CCM a rendu un avis favorable.

Pôle 3 «Médical » :

Création d'une UF ECIMUD (Pr. SIMONPOLI, rattachée au pôle de l'UF EMASP : Pr. GUESPEREAU), et création d'une UF HDJ rattachée au service de médecine interne (Pr. MORTIER).

Projet médical de l'UF ECIMUD :

- consultation hospitalière externe en addictologie ;
- hospitalisation de plus de 24H : 1 lit dédié au sein du service de médecine interne ;
- hospitalisation de jour : ½ place d'HDJ sera créée dans le projet ambulatoire de l'hôpital ;
- prise en charge « grossesse et addiction » : en partenariat avec les services d'obstétrique et de néonatalogie (pré partum et post partum).

La CCM a rendu un avis favorable.

4. HEGP BROUSSAIS

Pôle 2 « Cancérologie – Spécialités » :

Modification de rattachement de l'UF UMASP : Celle-ci était rattachée directement au pôle 1 : « Urgences – Réseaux ». Elle sera dorénavant rattachée directement au pôle 2 « Cancérologie spécialités ».

Argumentaire de l'hôpital : la majorité de l'activité de cette unité fonctionnelle (50.7%) est dédiée aux services cliniques du pôle 2 « cancérologie spécialités ». 87% des patients suivis par l'UMASP sont atteints de cancer.

Suppression de l'UF centre d'orthogénie au sein du service de chirurgie gynécologique cancérologique.

Argumentaire de l'hôpital : l'activité de cette structure a été transférée de Broussais sur le site de Cochin St Vincent de Paul au sein du pôle 10 : « Périnatalogie, périconceptologie, gynécologie et urologie ».

La CCM a rendu un avis favorable pour ces deux projets.

5. COCHIN SAINT-VINCENT DE PAUL

Pôle 10 « Périnatalogie, périconceptologie, gynécologie et urologie » :

Accueil de l'activité d'orthogénie du site de Broussais sur Cochin SVP au sein du service de Gynécologie obstétrique 2 à orientation gynécologique de Cochin SVP. L'UF d'Orthogénie et planification familiale au sein du service de gynécologie obstétrique 2, se nommera dorénavant UF « Planification Familiale ». Aujourd'hui, l'accueil de l'activité d'orthogénie du site de Broussais est déjà sur le site de Cochin.

Argumentaire de l'hôpital :

- accueil de l'activité d'orthogénie du site de Broussais HEGP sur le site de Cochin SVP. ;
- fusion des unités de Cochin et de Broussais afin de mutualiser leurs moyens et proposer une offre de soins au moins équivalente à la somme des deux activités ;
- cette structure nouvellement constituée a vocation à être un centre expert réunissant activités cliniques, enseignement et recherche. Prévision de 2 500 IVG.

La CCM a rendu un avis favorable.

6. BICETRE

Pôle 8 : « Structure d'Accueil des Urgences » :

Demande de création d'un pôle d'activité composé du Service d'Accueil des Urgences, Suppression du Service d'Accueil des Urgences Chirurgicales.

Argumentaires de l'hôpital :

- un pôle transitoire avant la mise en place des GH ;
- un pôle mono service : service d'urgences adultes ;

Pôle 1 : « BIOPAS » :

Suppression de l'UF andrologie.

Argumentaires de l'hôpital : les consultations et les activités biologiques sont abandonnées sur Bicêtre et les patients sont dirigés vers d'autres hôpitaux (Cochin notamment) tandis que l'activité de congélation et de conservation des paillettes est transférée à Antoine Béclère. Cette activité a été intégrée au sein du pôle « Femme-Couple-Embryon-Enfant » d'Antoine Béclère sans modification de structure médicale. La CCM a rendu un avis favorable.

Le **président** soumet ces propositions de création, suppression et modification de structures médicales internes aux pôles d'activités au vote de la CME.

Ces propositions sont adoptées à l'unanimité.

VII. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT soumet à l'approbation de la CME les projets de cessions de lots immobiliers suivants :

- vente par adjudication publique du lot de copropriété situé à Clamart (92), à 169 000 €;
- vente amiable d'une parcelle de terre agricole située à Mitry Mory (77), à hauteur de 15 000 €;
- vente en adjudication publique d'un appartement situé à Paris rue Andrieux 8^{ème}, mis à prix à 210 000 €;
- vente d'un pavillon situé à Neuilly sur Marne (94), mis à prix à 192 000 €;
- déclassement du domaine public puis cession de parcelles hôpital Joffre à Draveil (91) pour 6,300 €;
- vente des lots de copropriété à Paris 18^{ème} pour 116 600 €;
- vente d'une maison de ville située à Pau (64) pour 439 400 €
- vente amiable d'un lot de copropriété à Antony (92) pour 70 000 €

Ces projets sont approuvés à l'unanimité

VIII. Avis sur des contrats d'activité libérale

- **M. GOTTSMANN** soumet à l'approbation de la CME 7 nouveaux contrats d'activité libérale et le renouvellement de 5 contrats.

Les contrats d'activité libérale et renouvellements présentés par M. GOTTSMAN sont approuvés à la majorité, avec 22 voix favorables, 4 voix défavorables et 9 abstentions.

Une personne ne prend pas part au vote.

IX. Gestion de la dette

Ce point sera traité lors de la CME de janvier 2010.

X. Approbation du compte rendu des séances du 13 octobre 2009 et du 17 novembre 2009

Sous réserve des modifications demandées en séance, les comptes rendus des séances du 13 octobre et du 17 novembre 2009 sont approuvés à l'unanimité.

XI. Questions diverses

1. Remarques sur le regroupement des réanimations de l'hôpital Ambroise Paré

M. DASSIER indique que cette réorganisation, décidée par le siège, a abouti à la fermeture le 4 novembre 2009 de la réanimation chirurgicale, ainsi qu'à la suppression de la liste correspondante de garde des médecins anesthésistes-réanimateurs. L'activité est désormais concentrée sur le local de la réanimation médicale, ce qui fait débat. En effet, l'objectif de restructuration a été récusé par l'ARHIF. Des experts de l'AP-HP se sont également prononcés de manière défavorable. Enfin, le CLIN local et une partie de la communauté chirurgicale d'A. Paré n'y trouvent pas satisfaction. Il semblerait que cette restructuration soit incompatible avec la qualité des soins et la sécurité que les patients sont susceptibles d'attendre, en raison du niveau de concentration des patients par chambre. Du fait de l'exclusion de la liste des gardes des réanimateurs chirurgicaux, les médecins réanimateurs médicaux ne bénéficient plus après leur garde d'un repos de sécurité. Les patients ayant besoin d'une réanimation post opératoire ne vont pas dans le service actuel de réanimation médicale mais restent au sein de la salle de réveil, pour les raisons évoquées ci dessus. Si la pertinence de cette restructuration semble raisonnable, les modalités de cette restructuration semblent plus que contestables. Cette situation mérite donc d'être éclaircie !

Le **président** rappelle que le taux d'occupation des lits n'était pas optimal en réanimation chirurgicale. Il a été proposé, après un an de négociation, de constituer deux services : un service de réanimation chirurgicale, partie intégrante du département d'anesthésie, et un service de réanimation médicale, qui partagent une plateforme. Celle de la réanimation médicale semblait la plus appropriée. Il était convenu que la liste de gardes soit constituée sur la base des deux équipes.

M. FAGON ajoute que cette décision est cohérente avec la décision prise en 2004, par le groupe de travail CME et DPM, de regrouper ces deux structures en une seule réanimation. La restructuration a par ailleurs permis de mettre ces structures aux normes.

Le **président** souligne qu'il s'agit pourtant d'une restructuration simple, consistant à réunir deux sites proches, dont le taux d'occupation était insuffisant. Pendant ce temps, d'autres étages sont en grève parce qu'ils manquent de personnel. Il s'engage en revanche à suivre la problématique du dialogue avec le personnel.

2. Traitement d'une demande de titularisation à l'hôpital Charles Richet

M. SEBBANE indique qu'un PH gériatre, chef de service par intérim, s'est porté candidat à un poste de titulaire. La communauté médicale locale a émis un avis défiant. Pour autant, la collégiale de la gériatrie reconnaît la valeur de ce collègue et soutient sa candidature. La direction de l'hôpital ayant décidé unilatéralement, à cette occasion, de supprimer le service gériatrique, M. SEBBANE demande à ce que ce dossier soit traité dans le respect des procédures en vigueur et porté à la connaissance de la CME.

M. FAGON répond que toute modification de structure suit la procédure habituelle.

Le **président** s'engage à veiller au respect de la procédure dans ce dossier.

La séance est levée à 12 heures 30.

*

*

*

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

Mardi 12 janvier 2010 à 08h30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 16 décembre 2009 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.

Annexe

Lettre des personnels non médicaux membres de la CME

« Depuis plusieurs années, l'AP-HP suit des plans d'économies qui pèsent principalement sur les emplois : 2 500 emplois supprimés en 2008, 1 000 en 2009. On nous annonce que la purge continue puisque 1 150 emplois doivent être supprimés en 2010 (1 000 PNM, 150 PM) et 2 500 emplois sont menacés jusqu'en 2014, sans parler de la convergence en 2010.

Malgré l'augmentation d'activité des hôpitaux, la situation budgétaire de l'AP-HP ne s'améliore pas. Preuve que la T2A n'est pas adaptée à l'hôpital public. Avec ces nouvelles suppressions d'emplois exigées par le ministère et le plafonnement des autorisations d'emploi, les hôpitaux sont contraints de fermer des lits, de baisser l'activité et de perdre des recettes, ce qui nous entraîne inexorablement vers de nouveaux plans d'économies.

Parallèlement, l'AP-HP construit son projet médical, pour la première fois, non pas en fonction des besoins d'hospitalisation, mais en fonction du nombre d'emplois à rendre. Nous partageons tous l'idée d'un grand service public hospitalier accessible à tous. Nous voulons tous la modernisation des Hôpitaux de Paris pour relever les défis de demain. Mais ce n'est pas ce que l'on nous propose.

Ce que l'on nous propose, c'est de rationner l'offre de soins et de supprimer l'accès aux soins à la population pour des motifs non justifiés, par une gestion uniquement comptable. Savez-vous que l'AP-HP doit à ses agents l'équivalent de 2 500 postes en jours de récupération, sans parler du temps médical ? L'hôpital fonctionne en tension permanente, ce qui nuit à la qualité des soins.

Nous sommes attentifs aux déclarations du président de la CME, ainsi qu'aux démarches d'une majorité de présidents de CCM et de chefs de pôle, qui refusent aujourd'hui de cautionner des suppressions d'emplois médicaux et non médicaux non médicalement justifiées, même si nous ne partageons pas ce terme. Nous préférons « de tous les emplois », car demain, si nous n'avons plus de personnel administratif, ce sont les soignants qui devront faire le travail ; si nous n'avons plus de personnel ouvrier pour la sécurité des installations, c'est la vie des patients que nous mettrons en péril.

Nous consentirons une riposte forte de l'ensemble de notre communauté hospitalière pour arrêter la gestion dogmatique des hôpitaux qui consiste à baisser la masse salariale, à plafonner les emplois, seule richesse de l'hôpital, et à diminuer l'offre de soins publique. »