

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 11 MAI 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 6 JUILLET 2010**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 11 mai 2010 (8H30 - salle du Conseil d'Administration)

=====

SEANCE PLENIERE

- 1- Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif (*M. Leclercq - Pr Coriat - Pr Fagon*)
- 2- Désignation des représentants de la CME au directoire (*Pr Coriat*)
- 3- Election des deux médecins membres de la CME au Conseil de Surveillance (*Pr Coriat - Pr Fagon*)
- 4- Concertation sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP : point d'étape (*Pr Coriat - Pr Fagon*)
- 5- Examen d'un projet de "convention constitutive de CH et U" et d'un projet de "contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques" avec l'université Paris Descartes (*M. Sauvat - M. Varet*)
- 6- Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (*Pr Hardy*)
- 7- Etat des lieux du rendu des gardes et astreintes (*M. Hubin*)
- 8- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 9- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur la désignation de chefs de pôle à titre provisoire
- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de renouvellement et premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers et d'un praticien des hôpitaux à temps partiel.

SOMMAIRE

I.	Elections des deux médecins membres de la CME au Conseil de Surveillance	7
II.	Examen d'un projet de « convention constitutive de CH et U » et d'un projet de « contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques » avec l'université Paris Descartes	11
III.	Concertation sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP : point d'étape	12
IV.	Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité	14
V.	Etat des lieux du rendu des gardes et astreintes	17
VI.	Avis sur les contrats d'activité libérale	19
VII.	Questions diverses	19

- **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
 - M. ABDOUN, représentant le comité technique d'établissement central,
 - M. le Dr 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 :***
 - Mme le Pr AIACH
 - M. le Pr BERCHE
 - M. le Pr SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
 - Mme AULONG, directrice de la communication,
 - M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - Mme RICOMES, directrice du personnel et des relations sociales,
 - M. SAUVAGE, directeur des services économiques et financiers,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - M. GOTTSMANN, direction de la politique médicale,
 - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

- ***membres excusés :***
 - M. le Dr FAYE, Mme le Pr. GAUSSEM, Mr le Dr REMY, Mme le Dr. SEGUIN.

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

Le président estime que la période actuelle correspond à trois étapes importantes de la vie de la communauté hospitalière et de sa gouvernance. Premièrement, l'ère de la gouvernance HPST s'ouvre avec un renouvellement de la CME et surtout avec la mise en place d'un directoire et d'un conseil de surveillance. Ensuite en mai et juin, il faudra terminer l'élaboration du projet médical du plan stratégique. Enfin en juin, il faudra élaborer l'EPRD 2010. L'EPRD conditionnera la présence des contingents médicaux de la CME au directoire et au conseil de surveillance. En effet, ces représentants devront connaître les lignes claires accompagnant le cadrage de l'EPRD 2010 afin de porter la voix de la CME dans ces deux instances.

La CME, et notamment son président, réaffirment leur engagement à démissionner si la méthodologie adoptée consiste à retirer arbitrairement des emplois soignants. La CME souhaite qu'un accord soit trouvé sur une autre méthodologie d'élaboration de l'EPRD par projets avec des restructurations poussées de la communauté médicale et l'investissement donné par les pouvoirs publics. Or aucune réponse n'a encore été apportée par les pouvoirs publics.

Le bureau de la CME a estimé que le contingent médical au directoire ne pouvait pas être désigné par le président. En effet, la CME ne doit pas être l'otage d'une politique décidée au directoire à laquelle elle est opposée et alors qu'elle propose une alternative. Les représentants de la CME au directoire doivent pouvoir défendre une politique qui aura été concertée en CME au préalable. Or le président s'est ému de la lettre de cadrage budgétaire qui a envoyée aux directeurs d'hôpitaux sans avoir été présentée et discutée au conseil exécutif. Cette lettre rompt avec la méthodologie que la CME pensait partagée. L'impression qui en découle est celle d'un retour en arrière vers une méthodologie dans laquelle le retrait d'emploi était le mode de restructuration.

Le bureau de la CME a également recommandé de sursoir à l'élection des membres du conseil de surveillance dans la mesure où ils ne pouvaient pas exprimer une profession de foi concertée en CME puisque le cadrage dans lequel l'EPRD et la restructuration de l'AP-HP seront menés reste pour le moment inconnu.

Le directeur général estime que l'interprétation du président est importante. Il faut toutefois distinguer la mise en place de la gouvernance et l'EPRD 2010. Il comprend que le bureau de la CME ne souhaite pas élire de représentants au directoire et au conseil de surveillance tant qu'aucune garantie n'est donnée quant à la méthodologie et à la réponse des pouvoirs publics. Le directeur général sollicite régulièrement les pouvoirs publics et s'engage à les relancer à ce sujet.

La note de cadrage à destination des directeurs d'hôpitaux correspond à une mesure conservatoire de gestion financière et économique de l'AP-HP qui semble essentielle après quatre mois et demi de gestion. Cette lettre s'inscrit dans la poursuite de l'effort demandé à l'AP-HP et à chacun des groupes hospitaliers et rappelle que l'effort doit se baser sur une culture de projet. Il faut pouvoir se donner les moyens de suivre une gestion complexe, notamment due au fait que les prévisions d'activité ne sont actuellement pas atteintes. Contraint d'adopter une gestion prudentielle, le directeur général a donc envoyé cette note de cadrage aux directeurs d'hôpitaux.

Si la CME conditionne l'élection de ses représentants au conseil de surveillance à la discussion de la note de cadrage par le conseil exécutif, il est possible de suspendre l'application de la note et de reporter sa mise en œuvre le temps de la discussion au conseil exécutif, sachant que la date limite des élections est fixée au 4 juin 2010. Cette note a pour objectif de rappeler aux établissements

qu'ils doivent préparer une liste de projets pour prouver à la tutelle que l'AP-HP s'engage concrètement dans sa restructuration et avec les résultats tangibles.

Le président remarque que la réponse des pouvoirs publics est essentielle. En effet, le problème persistera si la note de cadrage est suspendue alors que la politique budgétaire se poursuit ou que le nombre d'emplois qu'il faut rendre s'avère *in fine* supérieur au nombre d'emplois que peuvent dégager les restructurations.

Le directeur général explique que le projet médical définit des orientations médicales claires jusqu'à 2012-2014. Ce projet a longuement été étudié par le conseil exécutif. Il a également été présenté en CME. En revanche, si la note de cadrage pose problème, il est possible de la discuter plus précisément en conseil exécutif avant de donner les instructions aux groupes hospitaliers pour préparer les projets qui bâtiront l'EPRD 2010.

M. CAPRON remercie le directeur général pour sa volonté d'être accommodant en acceptant de suspendre l'exécution de sa note de cadrage. À son avis, il n'y a pas lieu dans ces conditions de surseoir à l'élection des représentants de la CME devant le Conseil de surveillance, mais souhaite là-dessus connaître le point de vue de ses collègues.

M. LYON-CAEN rappelle que le projet de note de cadrage est basé sur une culture de projets. Or un projet ne s'élabore pas du jour au lendemain. Ces discussions auraient dû se tenir au sein de la CME et des CEM des groupes hospitaliers. L'irruption de ce projet semble inopportune, maladroite ou provocatrice. Si M. LYON-CAEN souscrit à l'idée du directeur général de suspendre cette note de cadrage, il prône vigoureusement une culture de la clarté. Ce projet de cadrage est déjà chiffré en apparence sur des projets alors qu'aucun de ces projets n'a été véritablement retenu. Ils doivent encore être discutés lors des prochaines semaines. Il faudrait discuter de ce type de projets au conseil exécutif et en CME dès leur élaboration afin de maintenir une confiance.

Le directeur général explique que les projets demandés aux groupes hospitaliers doivent permettre à l'AP-HP de réaliser des efforts de gestion. Le directeur général admet une erreur de tempo pour la note de cadrage et la nécessité d'en discuter à nouveau. Il s'engage à apporter la transparence nécessaire mais il doit également assumer ses responsabilités de gestion.

M. PETIT était favorable à l'approche de l'EPRD 2010 par projets. Or la diminution de mesures d'accompagnement prévues pour ces projets en termes d'investissement est source d'inquiétude. Elle peut remettre en cause plusieurs projets de réorganisation des activités médicales et rendre de ce fait, de plus en plus difficile la mise en œuvre d'une politique d'ajustement des effectifs.

M. MUSSET rappelle que le Président de la République s'était engagé à sacraliser l'investissement et à faire un effort pour l'AP-HP en fonction des projets qui seraient présentés dans le plan stratégique. Or aucune réponse n'a été donnée pour le moment.

S'agissant du conseil de surveillance, le bureau s'est accordé à l'unanimité sur la position qu'a rapportée le président et qui n'a pas été contestée, à savoir que le bureau est concerté mais que les décisions prises par le président de la CME de l'AP-HP à la suite de cette concertation ne peuvent pas être remises en cause.

M. MUSSET est inquiet quant à l'EPRD 2010 car les notifications budgétaires qui ont été données aux groupes hospitaliers sont quasiment équivalentes à celle d'octobre 2009, notamment sur les rendus d'emplois, à l'exception des emplois médicaux qui ont déjà été rendus l'année dernière.

Concernant les projets de restructuration de l'AP-HP qui ne sont pas encore priorités, M. MUSSET regrette qu'aucune communication n'ait été diffusée au sujet des retours sur investissements et sur les économies potentielles que ces projets pouvaient rapporter à l'Institution. Or ces informations sont essentielles pour faire comprendre aux tutelles que la CME de l'AP-HP et la direction de la politique médicale ont travaillé de manière positive sur un projet de restructuration cohérent par rapport à l'état actuel de l'Institution et la modernisation nécessaire de ses hôpitaux.

Le directeur général entend le regret exprimé par M. Musset.

Il faudra élire les représentants de la CME au conseil de surveillance avant le 4 juin 2010. Si l'élection n'est pas menée lors de cette CME, il faudra organiser une CME exceptionnelle

Le président estime qu'il serait dommage que le siège du contingent médical soit vide lors de la première séance du conseil de surveillance qui sera consacrée à l'élection de son président.

La séance est suspendue de 9 heures 30 à 10 heures.

Le président rappelle le sentiment de grande gravité qui existe au sein de la CME en raison de la conjoncture incertaine et surtout de l'absence de signe des pouvoirs publics. La CME ne voit pas comment l'EPRD 2010 pourra être élaboré sans les aides que les pouvoirs publics avaient évoquées. La communauté médicale souhaite rentrer dans la loi HPST. Elle est fortement motivée pour défendre une méthodologie proposant d'atteindre une cible 2014 ambitieuse par le biais de restructurations sans retrait d'emplois arbitraire. Dans ce cadre, la CME souhaite vivement se prononcer. La CME a décidé à la suite d'un long débat que ses représentants au conseil de surveillance seraient désignés. En effet, la politique de la chaise vide au conseil de surveillance semble contre-productive. Les représentants de la CME doivent au contraire porter la voix forte de la pensée médicale, quitte à dénoncer des méthodologies ou des actions défavorables à l'AP-HP. En revanche, la CME n'élira pas ses représentants au directoire avant d'avoir obtenu une réponse des pouvoirs publics ainsi qu'une suite à l'engagement du directeur général de revoir la note de cadrage.

Le directeur général se porte garant que le prochain conseil exécutif de mardi 18 mai 2010 s'oriente vers une transparence responsable. Par ailleurs, il se fera dès aujourd'hui l'interprète de la CME auprès des pouvoirs publics concernant la réponse attendue.

I. Elections des deux médecins membres de la CME au conseil de surveillance

Le président indique que les quatre candidats qui sollicitent les suffrages de la CME s'engagent tous à être les porte-paroles vigoureux des décisions prises par la CME au conseil de surveillance.

M. CAPRON insiste sur l'importance de cette élection. Les deux collègues qui sortiront de ce scrutin seront les seuls élus dans les instances centrales de la nouvelle gouvernance à l'AP-HP, les autres membres étant désignés d'office ou choisis par le directeur général. Il convient d'adopter une attitude de combat. Avec la loi HPST, la seule manière pour les médecins de s'exprimer ne passe plus par le dialogue mais par le combat. M. CAPRON estime avoir prouvé son attitude combative durant ses trois ans de mandat à la CME et comme président du syndicat des médecins des hôpitaux de Paris. Le conseil de surveillance qui remplace le conseil d'administration constitue une interface de l'Assistance publique, et donc de la CME, avec l'extérieur, et notamment avec la Ville de Paris. Ayant siégé au conseil d'administration depuis trois ans, M. CAPRON a appris à

comprendre l'ambiance qui règne dans les relations entre la Ville de Paris et l'AP-HP. Il a assisté le 10 mai à la délibération du conseil municipal de Paris sur l'Assistance publique en compagnie du président M. Coriat et de M. Faye.

M. FAYE estime que pour animer le combat, il faut rapidement désigner les combattants. Ce vote est d'autant plus important qu'il s'agit du premier vote de représentants de la CME au conseil de surveillance qui se substitue au conseil d'administration dans une version plus resserrée. Le collège des soignants comprendra cinq membres en face desquels se trouveront cinq membres désignés par les élus locaux et cinq personnalités qualifiées. Afin d'assurer sa représentativité, il est important que la CME siège au conseil de surveillance. Par ailleurs, il faudra maintenir une cohésion au sein du collège de soignants.

En tant que chirurgien, secrétaire général du syndicat des chirurgiens et praticien à l'Hôpital George Pompidou, M. FAYE estime que son statut et sa spécialité apporteraient au conseil de surveillance un caractère équilibré et complémentaire de l'indispensable représentativité médicale et universitaire de la CME. Néanmoins, ce mandat transcende les intérêts catégoriels pour défendre le bien commun. Or M. FAYE rappelle qu'il a manifesté son engagement tant au conseil d'administration depuis deux mandats qu'à la commission des soins infirmiers et des personnels médico-techniques. Son mandat à la commission des finances lui a permis d'apprendre à analyser des sujets dont le conseil de surveillance aura à débattre, notamment en matière financière car le conseil de surveillance délibère et statue sur le budget et sur son affectation. Enfin, les rapports que M. FAYE a entretenus avec le monde syndical depuis la contestation de la loi HPST lui semblent constituer un bon catalyseur de l'unité soignante dans ce futur conseil de surveillance.

M. FAYE défendra les valeurs de loyauté et d'écoute de la CME. Il souhaite à cet égard que l'ensemble des membres de la CME aient accès aux débats et aux délibérations du conseil de surveillance et que cette modalité soit inscrite dans le règlement intérieur de la CME. M. FAYE s'engage également à défendre l'offre de soins publics et universitaires de l'AP-HP. Cette offre doit se transformer dans la concertation en privilégiant l'intelligence de la situation et le volontariat. M. FAYE s'engage également à défendre la position de la CME sur les conséquences du remodelage de l'offre de soins en termes d'emplois. Le niveau d'investissement nécessaire pour accompagner les restructurations était chiffré à deux milliards d'euros sur dix ans. Or l'AP-HP atteint actuellement 29,16 % d'endettement tandis que sa capacité d'autofinancement se dégrade. Il faudra donc mener une négociation rude avec les pouvoirs publics. Enfin, M. FAYE s'engage à défendre l'unité des soignants au sein de la communauté médicale et l'unicité de l'AP-HP.

M. PETIT a attendu avant de se porter candidat au conseil de surveillance mais en examinant sa composition resserrée par rapport au conseil d'administration avec seulement quinze membres dont deux médecins, il lui est apparu que la voix de la CME devait être intensément portée par ces deux membres au sein du conseil de surveillance. M. PETIT estime disposer d'une expérience à travers les CCM, les commissions de surveillance et la CME. Il souhaite porter la voix de la CME au conseil de surveillance et exprimer fidèlement ses différentes sensibilités. Il tient à ce que son inquiétude, que la situation actuelle renforce, soit largement portée à la connaissance du conseil de surveillance.

M. SEBBANE est le représentant élu de dix hôpitaux. Sa démarche est à la fois personnelle et portée par ses collègues. M. SEBBAN est donc très attaché à la problématique soignante. Toutefois s'il est élu au conseil de surveillance, il représentera la CME. Cette fonction impose de travailler avec les médecins représentants de la CME au directoire, avec la CME et avec son président. Le

conseil de surveillance présente la problématique de la représentation des soins de longue durée. Il faut assurer une représentation soignante au sein du conseil de surveillance. M. SEBBANE s'engage toutefois à représenter les intérêts de la CME.

M. HUBIN explique qu'il s'agit d'un scrutin uninominal secret à un ou deux tours. Pour être élu au premier tour, il faut recueillir la majorité des suffrages exprimés. Ne seront pas comptés dans les suffrages exprimés les bulletins blancs et nuls. Si aucun candidat ne remporte la majorité des suffrages exprimés au premier tour, il sera procédé à un second tour. Sur le bulletin pré-imprimé mentionnant le nom des quatre candidats, il faut laisser apparents deux noms au maximum. Tout bulletin sans enveloppe sera considéré comme nul, de même que toute enveloppe sans bulletin.

Le premier tour du vote des représentants de la CME au conseil de surveillance est ouvert de 10 heures 20 à 10 heures 30.

Le président rappelle que le directoire de l'AP-HP est composé de neuf membres dont cinq médecins. Trois de ces médecins sont membres de la CME. Membre de droit, le président de la CME doit désigner deux autres médecins représentants de la CME au directoire avec l'aval du bureau puis de la CME. Deux derniers médecins ont été désignés, soit le représentant des directeurs des études médicales, Serge Uzan, et un représentant de la recherche, Marc Humbert, qui est également PUPH de pneumologie à l'Hôpital Antoine Béchère, directeur d'unité INSERM et directeur d'un centre de maladies rares. Il faudra désormais décider des modalités de nomination des deux médecins représentants de la CME au directoire.

M. SCHLEMMER rappelle que selon le texte, la désignation des deux autres membres médecins résulte d'une discussion entre le président de la CME et le représentant des doyens ou le doyen.

Le président explique que la problématique actuelle consiste à positionner la présence de la CME au niveau du directoire. Les propositions de la CME seront présentées aux directeurs d'UFR. La force de la CME résultera de son unité.

M. SCHLEMMER estime nécessaire d'assurer un certain équilibre dans la représentation de l'ensemble des médecins au sein du directoire, en particulier entre les représentations universitaires.

M. MUSSET rappelle que le bureau a convenu de désigner des représentants au directoire qui porteront la pensée de la CME. Or la pensée de la CME ne converge pas forcément avec celle des doyens. M. MUSSET n'est pas favorable à une représentation équilibrée des différents CHU de l'AP-HP au sein du directoire.

Sur 42 suffrages exprimés, il fallait obtenir 22 bulletins pour être élu au premier tour. M. Capron a été élu au premier tour avec 34 voix. Il sera procédé à un second tour pour départager les trois autres candidats, soit M. Faye (20 voix), M. Petit (17 voix) et M. Sebbane (10 voix).

Après s'être accordés, M. Faye, M. Petit et M. Sebbane maintiennent leur candidature.

Le président interroge la direction de la politique médicale sur la méthodologie et sur la chronologie qui seront adoptées pour l'étude des demandes de consultanat.

M. HUBIN indique que l'analyse des demandes de consultanat est prévue le 1^{er} juin 2010, à la suite de laquelle deux situations sont possibles. Si aucune des demandes ne pose de difficulté, il

sera possible de statuer dès le 1^{er} juin ; sit certaines demandes posent des difficultés, il faudra éventuellement organiser une deuxième réunion pour statuer définitivement sur ces demandes de consultanat.

Le président tient à rappeler qu'aucune contrainte économique ni aucun tableau des emplois ne doivent guider l'acceptation ou le rejet d'un consultant. La CME ne devrait toutefois pas accepter de consultants qui ne présenteraient délibérément pas de projet d'intérêt général ou de projet d'intérêt pour leur hôpital.

M. MUSSET demande quelle est la position du doyen quant à la demande de prolongation d'activité en tant que consultant que posent certains collègues afin de conserver leur poste au niveau de l'université. Cette demande remet en cause le nombre de postes qui seront mis à disposition dans les universités pour la révision des effectifs 2010.

M. SCHLEMMER explique que la prolongation d'activité pour acquérir le nombre de trimestres maximal nécessaire à l'ouverture du maximum de droits à la retraite ne libère pas l'emploi. Cette procédure est soumise à la demande du collègue concerné et doit s'inscrire dans l'intérêt du service. Les UFR accèdent généralement à ces demandes.

M. Musset fait en réalité référence à la position de surnombre universitaire qui est acquise de droit à la demande des intéressés. Jusqu'à présent, ces emplois étaient payés directement par le Ministère de la Santé, ce qui permettait aux UFR de médecins de retrouver un emploi disponible et de recruter du personnel. La loi LRU a supprimé le financement par le Ministère de ces emplois qui sont désormais à la charge des universités. Les présidents d'université et les doyens ont alerté les tutelles sur les difficultés rencontrées, en particulier dans les services où le chef en surnombre, ne pouvant plus exercer ses fonctions au-delà de la limite d'âge, ne pouvait pas recruter son successeur sur un emploi universitaire dès lors que cet emploi n'était pas disponible. Aucune réponse officielle n'a pour le moment été donnée mais les rumeurs font état d'arrangements, afin notamment de ne pas susciter une hostilité vis-à-vis de la médecine de la part des autres disciplines universitaires. Pour le moment, les collègues qui demandent le surnombre universitaire pour se voir ouvrir le droit au consultanat libèreraient leur emploi. Ces emplois seraient réutilisables dans le cadre de la révision des effectifs.

M. BERCHE indique que 25 postes en surnombre avaient été prévus dans le budget de l'université de Paris Diderot. Or 30 à 40 postes seront en surnombre en réalité. Comment faire attendre des jeunes médecins pendant trois ans sans révision des effectifs ? Des arrangements pourraient permettre de libérer certains postes. Toutefois, aucune réponse officielle n'a encore été donnée.

Le président demande si le médecin auquel le consultanat est refusé par la CME peut quand même continuer son activité.

M. BERCHE explique que lorsque le médecin a cotisé, il touchera une retraite équivalente à 85 % ou 90 % de son salaire. Être en surnombre ne présente aucun intérêt pour le médecin qui n'obtiendrait pas le consultanat.

M. CAPRON demande si les consultants ne pourront plus être chefs de pôle.

Le président explique que selon le texte de la loi HPST, les consultants ne peuvent ni être chefs de pôle, ni chefs de service. Toutefois, la Ministre de la Santé n'a pas fermé la possibilité de modifier la loi au motif que les chefs de pôle et les chefs de service sont nommés par la CME et le directeur

général de l'AP-HP. Au niveau de la province, les CME de Lille et Lyon se sont déclarées relativement favorables à ce que des consultants soient chefs de pôles alors que les CME de plus petits CHU s'y sont violemment opposés.

M. BERCHE estime qu'il est parfois utile de disposer de chefs de pôle intérimaire.

Le second tour du vote des représentants de la CME au conseil de surveillance est ouvert de 11 heures à 11 heures 05.

M. Faye est élu avec 21 voix contre 14 voix pour M. Petit et 4 voix pour M. Sebbane. Un bulletin a été comptabilisé comme nul et un autre comme blanc.

II. Examen d'un projet de « convention constitutive de CH et U » et d'un projet de « contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques » avec l'université Paris Descartes

Le président indique qu'il était apparu indispensable à la CME de renforcer ses liens avec l'université et avec les UFR. A cet égard, un colloque se tiendra le 22 juin 2010 sur les enjeux hospitalo-universitaire du plan stratégique et sur la nouvelle déclinaison des rapports hospitalo-universitaires avec la loi LRU et la loi HPST.

M. SAUVAT présente aux membres de la CME la convention constitutive de CH et U entre l'Assistance publique et l'Université Paris Descartes. Au bout de la cinquième présentation d'un document de ce type, le dispositif se simplifie et s'épure. L'article 4 de cette convention prévoit une commission de coordination entre l'hôpital et l'université. Il a été suggéré de remplacer les déconcentrations du comité de la recherche biomédicale de santé publique médicale par cette commission de coordination. Par ailleurs, cette convention comprend pour la première fois trois UFR, soit une UFR de médecine, une UFR de pharmacie et une UFR d'odontologie. Est également présenté à la CME le contrat hospitalo-universitaire d'objectifs stratégiques avec l'Université.

M. VARET explique que la convention et le contrat résultent d'un long travail et d'échanges entre l'Université, l'Assistance publique et les UFR concernées. La convention est un document essentiellement administratif. Il a été décidé de ne pas détailler les modalités d'occupation des locaux dans la convention. Il faudra déterminer ces modalités site par site, bâtiment par bâtiment et pièce par pièce dans un autre document.

Les partenaires du contrat estiment que les réflexions en termes de restructurations hospitalières ne doivent pas être menées indépendamment des réflexions sur la recherche et réciproquement. La partie du contrat relative à la recherche et aux soins comprend quatre sous-parties. La première a trait à prise en charge des pathologies selon les âges (enfants, adolescents et sujets âgés) ; la seconde répertorie les grandes pathologies ; la troisième concerne les activités transversales ; la dernière fait état des réflexions site par site. Un compromis a été trouvé sur quasiment tous les points de friction.

M. BERCHE ajoute que ce contrat est calqué sur le contrat quadriennal de l'Université, notamment en termes de déclinaison par pathologie. S'agissant des restructurations, les auteurs sont volontairement restés ambigus pour laisser l'avenir ouvert.

Mme AIACH explique que seules deux UFR de pharmacie existent en Ile de France contre sept UFR de médecine. Ce problème a pour le moment été résolu avec l'annexe bis présentant la liste des groupes hospitaliers dans lesquels se trouvent des hospitalo-universitaires des disciplines pharmaceutiques. S'agissant du contrat, le principe de travailler en amont entre l'Assistance publique et l'Université constitue la meilleure façon de travailler.

Le président rappelle que la CME doit être le coordinateur des activités hospitalières et universitaires d'Ile de France. Est-il prévu de prendre contact avec d'autres universités ?

M. SAUVAT a proposé à tous les présidents d'université, et notamment à ceux qui ont déjà signé une convention constitutive de CH et U, d'aborder l'exercice du contrat. Il se dit prêt à signer un contrat avec l'Université Paris Diderot dès que M. Schlemmer sera prêt.

M. SCHLEMMER avait déjà signé une convention hospitalo-universitaire. Toutefois, eu égard à la loi LRU, à la loi HPST, aux dispositions relatives aux CHU et aux contrats d'objectifs et de moyens, les textes qui ont été signés récemment ne sont plus à jour. Il faudra les reprendre.

III. Concertation sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP : point d'étape

Le président rappelle que l'ensemble des documents qui ont permis de porter le plan stratégique sont actuellement accessibles aux membres de la CME et à tous les collègues de l'AP-HP. De nombreuses collégiales ont apporté leur contribution. Le président souhaite porter à la connaissance de la CME les demandes de précisions et d'amélioration qui ont été posées.

M. FAGON indique que six sujets ont connu des évolutions depuis la dernière CME. Le premier sujet concerne les services d'accueil des urgences et notamment le département d'aval des urgences qu'il soit médical, médico-chirurgical ou simplement une structure dédiée dans les disciplines de spécialité. Ces trois schémas seront probablement testés sur différents sites. Il a également été question, avec la médecine interne, du concept d'« hospitalistes », soit des médecins dédiés qui consultent dans les différents services de l'hôpital. L'application de ce concept dans les départements d'aval des urgences méritera d'être étudiée. L'idée que des médecins exerçant en milieu extrahospitalier puissent participer à la prise en charge, à l'orientation ou à la filière des malades en aval du SAU doit être approfondie. Des propositions doivent être présentées à la CME par la discipline dans les quinze prochains jours.

Le deuxième sujet a trait la cancérologie. Le programme de cancérologie devait commencer par la désignation d'un chef de projet médical sur chaque site et par le début d'un diagnostic partagé entre le site hospitaliers et l'équipe qui travaille sur ce projet. Les désignations des chefs de projet sont en cours. Dans tous les groupes hospitaliers, un chef de projet médical et un référent de l'équipe de direction travaillent sur le diagnostic partagé. Les groupes hospitaliers expriment une très forte demande de rentrer dans la démarche. Le schéma et le diagnostic partagé de la prise en charge cancérologique dans les différents groupes hospitaliers sera probablement disponible courant juillet 2010.

Le troisième sujet concerne la biologie avec la distinction de 3 aspects : la biologie d'urgence, la biologie haut débit pour la "routine" sur des chaînes robotisées et la biologie très spécialisée pour laquelle il faut mener une réflexion avec les disciplines et les référents biologistes quant au niveau

d'organisation. La première étape sera la désignation de douze référents biologistes, avec l'appui de douze correspondants des équipes de direction, qui porteront le projet biologique du groupe hospitalier correspondant. Une réflexion autour de la réorganisation est également menée avec les disciplines de biologie.

S'agissant des pathologies infectieuses et de la prise en charge des patients VIH, la collégiale a rendu ses propositions d'organisation GH par GH avec une démarche en cours avec les cinq COREVIH d'Ile de France. Plusieurs étapes sont prévues, notamment la réception par les directeurs des groupes hospitaliers des présidents des COREVIH pour leur expliciter le projet HIV de chacun de ces groupes. L'un des grands axes de réorganisation concerne le rôle de l'infectiologie dans la prise en charge des urgences et le maintien des cinq ou six sites qui ont une expertise spécifique autour des pathologies infectieuses.

Le cinquième sujet concerne un travail hors-discipline qui est mené autour de l'innovation. Les collégiales ont été sollicitées pour désigner des référents de chaque discipline pour travailler sur les innovations et sur les demandes d'acquisition d'équipements souvent onéreux. Seules huit collégiales ont répondu pour le moment.

D'autres thématiques seront abordées secondairement, notamment les quelques disciplines soumises à autorisation qui font l'objet d'un travail détaillé complexe avec la tutelle ARS.

Le président indique que le sixième sujet concerne la cardiologie et la pédiatrie. La collégiale de cardiologie s'est dite satisfaite de la partie du plan stratégique relative à la cardiologie, à l'exception de certains chiffres d'activité erronés. Un accord a été trouvé sur la nécessité pour l'hôpital Antoine Béchère de disposer d'une radiologie vasculaire interventionnelle fonctionnelle. Il a également été question de la chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri Mondor. L'ARS souhaite une diminution de quatre à trois le nombre d'unités de chirurgie cardiaque à l'AP-HP.

S'agissant de la pédiatrie spécialisée, les collègues ont accepté le jury pressenti par la CME, en particulier le Pr. Collins, la présidente de la CME de l'hôpital *Great Ormond Street* de Londres, et les présidents respectifs des CME de Lyon, Marseille et Toulouse. Il faut trouver une date à laquelle l'ensemble des collègues sera disponible pour travailler sur les chiffres d'activité. Ces données seront communiquées à l'ensemble des sites qui pourront en demander la modification en cas d'erreur, afin que le jury puisse travailler sur des chiffres qui reflètent au plus près la réalité.

M. GARABEDIAN souhaite que soit clarifié le contenu de la lettre de mission qui a été envoyée au jury car il n'en a pas eu connaissance.

Le directeur général rappelle qu'il est bien prévu que la lettre de mission du jury sera transmise aux sites hospitaliers avec les données d'activité.

M. MUSSET remercie la Direction de la politique médicale, la Direction générale et la CME d'avoir pris en compte la situation de la cardiologie interventionnelle à l'hôpital Antoine Béchère.

M. ABDOUN demande si la transparence responsable s'appliquera à tous les salariés de l'AP-HP, au-delà de la CME. Par ailleurs, il est urgent de connaître la règle du jeu et la lettre de mission qui a été adressée au jury. La communauté médicale souhaite en effet pouvoir s'organiser pour contribuer au débat. Il est par ailleurs étonnant que les chiffres d'activité puissent être contestés alors qu'ils sont validés par l'administration.

Le directeur général explique que les établissements concernés par la pédiatrie spécialisés présenteront des projets devant un jury dont les membres ont reçu une lettre de mission. Chaque établissement s'organisera ensuite pour préparer son argumentaire.

Le président ajoute que le jury se réunit au mois de juin 2010. Les chiffres d'activité devront être validés par tous les établissements afin de ne pas donner la possibilité de les contester ultérieurement. La CME prendra acte des recommandations du jury par la suite. Le directeur général souhaitait que tous les membres du jury aient accepté la mission avant de diffuser la lettre de mission. Elle sera diffusée prochainement. Il s'agit d'une phase de concertation. La CME du 8 juin et la CME exceptionnelle du 29 juin seront d'ailleurs consacrées à la concertation sur l'avis de la CME au sujet du plan stratégique.

M. LYON-CAEN estime qu'il existe un problème de calendrier et de méthode. Il ne faudrait pas que les membres de la CME découvrent les documents sur lesquels ils doivent statuer le jour même de la réunion consacrée à l'analyse du plan stratégique.

M. FAGON explique que le document de plan stratégique qui sera soumis à l'avis de la CME comprend d'une part un projet médical et d'autre part les projets résumés des groupes hospitaliers. Un document résumant les grandes lignes du projet médical sera envoyé aux membres de la CME avant le 15 juin. Le document final qui regroupe l'ensemble du plan stratégique sera remis aux membres de la CME dix jours avant la réunion.

M. MUSSET demande si le document qui sera présenté aux membres de la CME comprendra un avis sur les notions de retours d'investissement des projets majeurs en question.

Le directeur général estime qu'une CME ordinaire sera consacrée aux questions administratives. A l'occasion d'une autre CME informative, le projet de plan stratégique et ses conséquences seront présentés. Enfin, une CME extraordinaire sera organisée pour que les membres de l'instance puissent rendre un avis.

Le président suggère de commencer à présenter le maximum d'aspects du projet médical dès la CME du 8 juin. Les sujets ouverts comme la pédiatrie seraient analysés par la suite.

M. GARABEDIAN estime qu'il est impossible de faire abstraction du coût de la restructuration dans le cadre du projet médical.

M. FAYE souhaite que soient indiquées les conséquences de ce projet médical en terme d'emploi.

IV. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité

M. HARDY explique que la création des groupes hospitaliers entraînera une refonte quasi-totale des structures internes. Il faudra établir d'ici la fin du mois de juin un calendrier qui devrait aboutir avec la création de nouveaux pôles et la nomination des chefs de pôles.

Hôpital Charles Richet :

Pôle 1 « hospitalisation » et pôle 2 « soins de longue durée ». Le projet de modification fait suite au départ du chef de service de gériatrie 3, il consiste en la suppression de ce service et la redistribution des UF qui le composaient entre les services de gériatrie 1 et de gériatrie 2.

Hôpital San Salvador :

Pôle 1 « adultes » et pôle 2 « pédiatrie ». Les rattachements proposés sont conformes aux préconisations institutionnelles.

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière :

Dans le pôle « infection – immunité – inflammation », deux services sont supprimés et contribuent à la création d'un département d'immunologie. Ce regroupement correspond à une logique médicale et scientifique, tout en permettant une proximité géographique, une mutualisation des ressources technologiques et une rationalisation des moyens humains.

Le pôle « maladies du système nerveux » création d'un département de neurophysiologie clinique et de 4 UF au sein du département. Cette demande s'inscrit dans le projet médical du groupe.

Hôpital Saint-Antoine :

Pôle « cancérologie – hématologie » : création d'un département d'hématologie composé de 6 UF, suppression des deux services d'hématologie et création d'une UF « centre d'étude et de recherche épidémiologique et statistique en thérapie cellulaire » rattachée au pôle. Ce projet s'intègre dans le projet médical de l'établissement, en apportant une valeur ajoutée avec l'atteinte d'une masse critique de médecins spécialistes, de patients et de plateau technique de pointe.

Compte-tenu de la complexité de cette opération, la réflexion a été longue mais elle est aujourd'hui aboutie.

Hôpital Necker Enfants Malades :

Les opérations à ne concernent que les unités fonctionnelles avec fusion de deux UF en une seule unité de diabétologie et la création d'une UF de mucoviscidose, correspondant à une logique médicale et scientifique.

Hôpital Coeurin-Celton – Hôpital européen Georges Pompidou :

Coeurin Celton : pôle « rééducation – imagerie – pharmacie 2 » : transfert des services de rééducation cardiaque et rééducation vasculaire de l'HEGP au sein du pôle 2.

HEGP : pôle « prévention et réadaptation » : suppression du pôle 6.

Il s'agit d'une régularisation de l'opération déjà achevée de transfert des services de rééducation de l'HEGP vers Coeurin-Celton.

Hôpital Ambroise Paré - Hôpital européen Georges Pompidou :

Pôle « cancérologie – spécialités » : ces modifications d’inscrivent dans le cadre de la succession à la chefferie du service de chirurgie digestive générale et cancérologique, du projet de centre intégré de cancérologie et de centre expert en cancérologie digestive, et à l’accueil de l’activité médico-chirurgicale de cancérologie digestive de l’hôpital Ambroise Paré. Il s’agit d’une étape transitoire dans l’attente de la redéfinition des périmètres des pôles dans le cadre du GH. Il répond également à l’objectif du transfert d’activité de la chirurgie de l’obésité d’HEGP sur le site d’Ambroise Paré, sans modification des structures de l’HEGP.

M. FAYE constate avec satisfaction que le projet de suppression d’une unité de prise en charge des urgences chirurgicales dépendant du service de chirurgie digestive cancérologique à Ambroise-Paré. Le CCM de l’HEGP s’est d’ailleurs prononcé contre la suppression de cette unité à plus de 85 %. Il s’est également prononcé aux deux tiers contre la création du service d’hépto-gastro-entérologie à orientation oncologique.

Le président rappelle qu’il est demandé à la CME de voter sur l’ensemble du travail réalisé par la commission des structures.

M. CAPRON demande ce qu’il adviendra des commissions de la CME dans la mesure où les décrets d’application de la loi HPST n’y font pas mention.

Le président estime fondamental de conserver les commissions issues de la CME, et notamment celles de la stratégie, des effectifs et des structures. Le directeur général ne peut en effet pas se prononcer sur les recrutements des effectifs médicaux sans l’avis essentiel de la CME instruite par les CCM. De même, le président ne voit pas comment les cinq médecins représentants de la CME au directoire pourraient donner leur avis sur les structures sans avoir été informés au préalable par une commission des structures. Il faut intégrer les commissions dans le règlement intérieur de la CME.

M. CAPRON demande que le projet de règlement intérieur fasse explicitement mention des commissions de la CME.

Le président s’engage à veiller à ce que les commissions soient intégrées dans le règlement intérieur de la CME en cours d’élaboration.

M. MORIN explique que le règlement intérieur de la CME permet au président d’organiser la CME en formations particulières afin d’argumenter l’avis qu’il rend au directoire. Toutefois selon la loi HPST, la CME n’a plus de droit de regard sur les recrutements. Il ne servirait à rien de mentionner l’existence de commissions dans le règlement intérieur de l’AP-HP car l’avis de la CME et de ses commissions sont nuls devant le directoire. Seul compte l’avis du président.

M. GARABEDIAN rappelle que les commissions ont toujours été consultatives.

M. MORIN suggère de mentionner dans le règlement intérieur que le président s’engage à consulter la CME sur tous les sujets qu’il souhaite afin de rendre ses avis au directoire.

Le président demande à la direction des affaires juridiques et des droits du patient d’aider la présidence du CME à élaborer un règlement intérieur qui survivra à la présente formation.

La CME approuve la proposition de la commission des structures relative à HEGP-Ambroise Paré à la majorité (treize voix favorables contre une voix défavorable).

La CME approuve à l'unanimité les propositions de la commission des structures relatives aux autres établissements hospitaliers.

V. Etat des lieux du rendu des gardes et astreintes

Le président indique que la révision des effectifs des postes de PH que la CME avait approuvée a été publiée au Journal Officiel. En contrepartie, la CME s'était engagée à diminuer le coût de la permanence des soins (PDS). Celle-ci étant désormais directement payée par la direction des hôpitaux, ces derniers ne la financeront pas si son coût n'est pas diminué. Par ailleurs, le directeur de l'ARS d'Ile de France, Claude Evin estime que la diminution du volume de la PDS constituerait le meilleur indicateur de la bonne volonté de l'AP-HP à se restructurer et le meilleur élément qui conditionnerait l'aide stratégique que l'ARS apportera à l'investissement de l'AP-HP. Le directeur de l'ARS considère comme une provocation l'augmentation des dépenses de PDS en 2009 et en 2010 alors que l'AP-HP avait prévu une diminution. Il faut poursuivre le travail. Des gardes dont la CME avait demandé la suppression avaient été fléchées. Il est constant que les directions hospitalières n'ont pas suivi ces recommandations. Deux solutions existent : soit l'argent que l'AP-HP dépense en gardes malgré son engagement à ne pas le dépenser est rendu en personnel soignant non médical, ce qui n'est pas souhaitable ; soit la CME supprime le financement de la garde aux hôpitaux qui s'étaient engagés à diminuer le coût de la permanence des soins.

Les membres de la CME optent pour la seconde option.

M. HUBIN rappelle qu'une économie globale de 5 millions d'euros avait été envisagée en début d'année sur les dépenses de personnel médical relevant des deux agrégats que sont les effectifs et la permanence des soins. A cette fin, 2,2 millions d'euros d'économies proviennent de la révision des effectifs H et HU 2010 pour un rendu de postes équivalent à 50 ETPR (effectifs temps plein moyens rémunérés sur l'année) par rapport à 2009. Le tableau des emplois 2009 était plafonné à 8 992, le tableau prévisionnel des emplois médicaux rémunérés 2010 serait donc plafonné à 8 942 pour tous les postes de médecins hors internes, FFI et étudiants. Dans le détail, la révision H produit -46,14 ETPR pour 1,6 million d'euros d'économies et la révision HU produit -4,08 ETPR pour 372 000 euros d'économies. Les 3 millions d'euros d'économies restantes doivent être réalisées sur les dépenses de la permanence des soins. Cette somme s'ajoute aux efforts qui étaient attendus en 2009 et qui se sont en réalité traduits par un dépassement des dépenses de PDS de 2,4 millions d'euros à fin 2009 par rapport aux crédits notifiés en début d'année 2009 et qui tenaient compte des objectifs d'économies proposés par les sites eux-mêmes. Au total, 5,4 millions d'euros d'économies sont attendus sur les dépenses de PDS sur une cible de réduction initiale globale de 10 millions d'euros à atteindre par rapport aux dépenses constatées fin 2008.

S'agissant du suivi des effectifs, le TPER pré-notifié aux établissements a été décliné par site en fonction des rendus réalisés dans le cadre des révisions des effectifs. Cinq fichiers ont été envoyés aux sites, l'un sur les mouvements liés à la révision des effectifs de PH et les rendus de postes, l'un sur les mouvements liés à la révision des effectifs HU, l'un sur les mouvements et les transferts de postes liés à des opérations de restructurations connues, un autre sur les internes, les FFI et les étudiants et un dernier fichier répartissant les 3 millions d'euros d'économies attendus sur la PDS entre les différents groupes hospitaliers. A partir de ces fichiers, les sites doivent construire un TPER et décliner des mesures pour atteindre l'objectif attendu en termes de réduction de PDS.

Pour suivre ces réalisations mois par mois, le progiciel Opale permet de remonter au niveau de la direction de la politique médicale les dépenses de PDS et d'effectifs de chaque site. Les sites disposent également de cet outil et peuvent suivre les dépenses jusqu'au niveau des pôles.

A fin avril 2010, les dépenses liées aux effectifs rémunérés en personnel médical pour 2010 se situent en dessous des dépenses réalisées en 2009 avec en moyenne 25 ETPR de moins qu'en 2009. La tendance semble donc plutôt favorable.

Parallèlement, 224 postes de PH ont été créés.

Le président insiste sur le souhait de la CME de recruter des jeunes sur des postes de praticiens hospitaliers pour anticiper les contraintes démographiques. La publication des 224 postes de PH s'inscrit dans cette perspective.

M. HUBIN rappelle que les économies sur la PDS annoncées en 2009 s'élevaient à 1,6 millions d'euros. A fin 2009, les dépenses de PDS constatées représentaient un dépassement de 2,4 millions d'euros par rapport aux crédits notifiés en début d'année. La nature de ce dépassement s'expliquait pour 1,5 million d'euros par un effet prix lié à une revalorisation du coût des gardes et astreintes et à une modification de la structure des gardes et astreintes (davantage de gardes prises par les effectifs HU, plus d'astreintes transformées en gardes que les années précédentes). Pour 1 million d'euros, le dépassement était lié à un effet volume dû à des retards dans l'exécution, voire à une non exécution des mesures d'économies annoncées par les sites.

Les mesures d'économies qui avaient été énoncées lors du conseil exécutif du 19 janvier 2010 reposaient notamment sur une mutualisation des gardes de biologie et d'imagerie, sur une mutualisation des gardes de chirurgie dans chaque groupe hospitalier (GH) et sur un regroupement des gardes de psychiatrie au cas par cas selon les GH. Cette liste de mesures était indicative, charge aux GH de proposer des alternatives dès lors que la cible d'économies est atteinte en 2010. La répartition des 3 millions d'euros d'économies entre les GH leur a été communiquée le 8 février 2010. A ce jour, seul le groupe hospitalier Paul Brousse-Bicêtre-Antoine Béclère a répondu en proposant des mesures d'économies.

Les dépenses de PDS à fin mars 2010 sont en très légère baisse de 0,2 % par rapport à celles du premier trimestre 2009 (cela représente une baisse de 57 000 euros). En extrapolant ce rythme de dépenses sur l'année, 81,4 millions d'euros d'économies pourraient être réalisées sur l'année, soit un dépassement de 3,4 millions d'euros par rapport au budget. A fin avril 2010, la baisse des dépenses de PDS se confirme avec -151 000 euros par rapport aux dépenses du premier quadrimestre 2009. Toutefois, en rythme mensuel, le montant théorique des dépenses de PDS s'élèverait à 82,3 millions d'euros en fin d'année, soit une augmentation du niveau de dépassement des dépenses par rapport au budget. Au vu de la lourdeur et de l'inertie de la mise en place des mesures d'économies et de leur prise en compte au niveau des dépenses, la cible d'économies sur les dépenses de PDS ne sera probablement pas atteinte en 2010.

Les 151 000 euros d'économies réalisées sur le premier quadrimestre 2010 procèdent des évolutions suivantes :

- 500 000 euros d'économies sur les dépenses des gardes et astreintes seniors,

- 300 000 euros de dépenses supplémentaires sur les plages additionnelles
- 99 000 euros de dépenses supplémentaires sur les astreintes transformées en gardes.

L'hypothèse retenue fait état d'un dépassement de 3 millions d'euros sur les dépenses de PDS en fin d'année par rapport aux crédits notifiés en 2010. Pour gommer ce dépassement sur les dépenses de PDS, il faudra probablement envisager de reporter l'effort d'économies non réalisé sur la PDS sur l'agrégat des effectifs rémunérés autrement dit en procédant à des rendus d'emplois sans contrepartie. 3 millions d'euros représentent l'équivalent de 28 postes de praticiens hospitaliers temps plein en année pleine ou l'équivalent de 55 postes de praticiens attachés en année pleine. Au minimum, il faudrait donc rendre une centaine de postes de praticiens attachés pour rattraper le dépassement si les mesures sont prises au 1^{er} juillet. Cette solution poserait des problèmes de répartition de l'effort au niveau des sites alors que les mesures d'économies ont été déclinées par groupe hospitalier. Cela hypothèquerait également la révision des effectifs 2011 car il s'agirait de rendus sans contrepartie. Au terme des restructurations annoncées, le rendu des emplois sur 2010 sera sans doute insuffisant et trop tardif pour rattraper le dépassement des dépenses de PDS.

S'agissant des recettes, la permanence de soins repose désormais sur l'enveloppe MIGAC. En 2009, cette enveloppe s'élevait à 69 millions d'euros et compensait l'ensemble des dépenses. L'enveloppe MIGAC sera sûrement diminuée en 2010. Les restructurations se réaliseront donc par le biais des recettes.

M. MUSSET souhaiterait savoir quelle part de l'augmentation des dépenses de gardes revient aux augmentations tarifaires obligatoires.

M. FAGON suggère qu'en l'absence de preuve du respect des engagements vis-à-vis des objectifs 2009 et 2010 en matière d'économies sur la PDS, les sites hospitaliers concernés se verraient retirer de leur masse salariale 2010 le montant des économies non réalisées sur la PDS. Il appartiendra alors aux communautés médicales locales concernées, en lien avec les directions de sites, de revoir à la baisse leur TPER pour tenir compte de ces abattements.

Le président propose que cette décision soit votée au prochain conseil exécutif.

VI. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à l'avis de la CME :

4 nouveaux contrats, 1 renouvellement et 1 avenant, l'ensemble de ces dossiers ayant reçu un avis favorable de la CTEM.

La CME émet un avis favorable avec 13 voix pour et 1 vote contre.

VII. Questions diverses

En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 13 heures.

*

*

*

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

Mardi 8 juin 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 26 mai 2010 à 16 heures 30

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

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