

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
EXTRAORDINAIRE**

DU MARDI 24 MARS 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 23 JUIN 2009

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR

de la CME Exceptionnelle

mardi 24 mars 2009 – 11H00

Salle CORONIS - Hôtel Scipion

13 rue Scipion - 75005 Paris

- 1- Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2009
(*M. Guin*)

Assistent à la séance

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

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens:***
 - Mr le Pr. Patrick BERCHE,
 - Mme le Pr. BOY-LEFEVRE,
 - Mme le Pr. Martine AIACH,
 - Mr Le Pr. SCHLEMMER.

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. GIORGI, Secrétaire général,
 - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. SUTTER, adjoint au directeur de cabinet,
 - Mme AULONG, directrice de la communication,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. MARIAGE, direction économique et financière
 - Mme RICOMES, directrice du Personnel et des Relations Sociales,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mr MORIN, direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient,
 - Mr DUPONT, direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient,
 - Mr BOURDON, direction de l'Investissement – Travaux – Maintenance – Sécurité,
 - Mme RAVIER, Conseiller Technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

La séance est ouverte à 11 heures 20 sous la présidence de M. CORIAT.

M. CORIAT propose d'ouvrir la séance de la CME exceptionnelle dont l'unique point à l'ordre du jour est la discussion et le vote de l'EPRD 2009.

Auparavant, il souhaite s'adresser solennellement aux membres de l'Instance au sujet des grandes inquiétudes que lui inspire la loi HPST telle qu'elle a été votée par l'Assemblée Nationale, c'est-à-dire en ne prenant pas en compte les amendements que la CME de l'AP-HP et la conférence des présidents de CME avaient proposés. On ne peut que constater que, dans l'état actuel des choses, la loi HPST démedicalise totalement tous les processus de décision des communautés hospitalières, et en particulier du CHU.

Plusieurs collègues de l'AP-HP se sont émus et ont protesté jugeant que le service, en tant que structure, n'avait plus sa juste place dans l'organisation de l'hôpital. Ce n'est pas la CME, qui s'est prononcée à plusieurs reprises sur le rôle du service centré sur les missions et porteur de la discipline, qui ne va pas comprendre leur demande parfaitement légitime. Ce n'est cependant qu'une part de la démedicalisation des processus en cours. Car ce n'est pas seulement le service qui est menacé, c'est le projet médical, dont est complètement exclue la communauté médicale.

M. CORIAT insiste sur son opposition à cette loi HPST et annonce son intention de mobiliser la communauté médicale pour qu'elle fasse preuve de l'efficacité qui est habituellement la sienne à l'AP-HP, dans le cadre de la gouvernance actuelle, ainsi que d'une pensée médicale forte, indépendante, appuyée et en relation étroite avec la CME. Cette communauté doit rester partie intégrante du processus de décision de l'hôpital public, face à la Direction dont on ne conteste pas l'importance des responsabilités au niveau de l'hôpital public et du CHU. La pensée médicale doit « vertébrer » le découpage en pôles, les structures, la nomination des praticiens, des responsables de pôles et des chefs de services, sinon il n'y a plus aucun garde-fou.

M. CORIAT rappelle qu'il a eu l'occasion, à plusieurs reprises, de rappeler clairement les dangers de l'exclusion de la pensée médicale des décisions de l'hôpital public au travers de différents médias. Il va revoir Alain Milon, le sénateur rapporteur du projet de loi HPST, pour lui faire part du mouvement de protestation à l'AP-HP, avec une assemblée générale le 25 mars, à laquelle il participera, car il est solidaire des collègues qui s'inquiètent sur la démedicalisation des structures de soins de l'hôpital. Des propositions d'amendements seront faites qui, dans l'hypothèse où elles ne seraient pas retenues, amèneraient la CME à prendre toutes les décisions qui s'imposent pour montrer le rôle qu'il est souhaitable de donner à la pensée médicale associée à une Direction. Ces deux composantes sont essentielles pour la bonne marche de l'hôpital public, avec les Doyens dans le domaine universitaire. Il a été donné la preuve que l'on pouvait faire fonctionner une direction et une pensée médicale dans le cadre d'un conseil exécutif. On ne comprend pas pourquoi cette gouvernance bicéphale est maintenant rejetée par la loi HPST, au profit d'un exécutif fort de direction.

M. CORIAT se déclare en phase avec la conférence des présidents de CME, avec laquelle des actions de grande ampleur sont envisagées, qui seront précisées ultérieurement le cas échéant. Alors même que l'examen de la loi par l'Assemblée Nationale touche à son terme et que des amendements acquis à grand peine, qui ne révolutionnaient pas la loi, ont été retirés à quatre heures du matin sur avis interministériel, on ne peut pas, selon le Président de la CME, passer sous silence,

le fait que la communauté médicale va repartir au combat et montrer sa détermination. **M. CORIAT** ouvre le débat.

Aucune demande d'intervention n'est faite.

M. CORIAT ajoute que s'il s'est exprimé de façon aussi nette, c'est parce qu'il ne faut pas confondre le texte et le contexte : le texte qui occupe la CME aujourd'hui, c'est l'EPRD 2009, qui porte sur des décisions importantes et qu'il ne faut pas utiliser comme mode de manifestation contre la loi HPST. Une telle confusion ne serait pas audible à l'extérieur. De plus, un vrai message doit être passé sur la loi HPST.

I. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2009

M. CORIAT déclare que son introduction sera brève, afin de laisser aux membres de la CME du temps pour poser des questions et obtenir des éclaircissements légitimes. Il rappelle que l'EPRD qui va être présenté a été le fruit d'intenses négociations menées en leur nom et au nom de la CME, par Yves Aigrain et lui-même, dans le cadre d'une démarche à effort partagé. Elles ont été menées par ailleurs par le Directeur général pour que, partant d'un EPRD fortement déficitaire tel que celui qui avait été ébauché « au fil de l'eau », on parvienne à quelque chose de médicalement acceptable, c'est-à-dire qui permette de maintenir la qualité des soins et l'unité de l'Institution. **M. CORIAT** souligne par ailleurs que la présentation de l'EPRD sera très détaillée en ce qui concerne le personnel paramédical, afin de préciser quelle sera l'allocation des ressources et des personnels au sein de l'Institution, sujet auquel les membres de la CME sont particulièrement attachés, dans la mesure où l'ensemble des soignants de l'AP-HP participent à la qualité des soins. A cet égard, les bons résultats de l'année 2008, au cours de laquelle l'AP-HP a accru son activité de 3 % avec un budget équilibré est la résultante du travail de l'ensemble des soignants qui travaillent auprès du malade. Dans le passé, puisque c'est le troisième EPRD, la CME n'a jamais été aussi loin pour demander à la Direction générale de lui expliquer poste par poste quelle allait être, au plan médical et surtout au plan paramédical, l'évolution du tableau des emplois. Or c'est un sujet particulièrement sensible, sur lequel repose la qualité des soins. C'est une nouveauté et un progrès, y compris par rapport à il y a cinq ans, lorsque l'a CME avait refusé de voter le budget, ce qui – mais c'était sans doute une autre époque – était d'ailleurs passé inaperçu. Des précisions ont été également acquises sur l'investissement, ce point étant actuellement vital pour l'Institution.

M. CORIAT se déclare conscient du fait que, malgré l'âpreté des négociations menées avec les tutelles, la diminution des emplois paramédicaux excède encore le niveau souhaité. En toute logique, elle aurait dû être la conséquence des mesures de restructuration faites à l'AP-HP, être médicalement dirigée et ne pas pénaliser les structures de soins fonctionnelles. Enlever des emplois de façon arbitraire, c'est en effet mettre la charrue avant les bœufs. Si les réalités économiques ont parfois prévalu, l'EPRD qui va être présenté est celui qui a été obtenu avec le maximum d'énergie de part et d'autre.

M. CORIAT indique également que la discussion sur l'EPRD qui va suivre et au cours de laquelle il sera répondu à toutes les questions, va déboucher sur un pari : si la CME accepte positivement ce pari, elle mettra toute sa légitimité en jeu et sera intraitable pour s'assurer que les engagements pris dans ce cadre seront tenus, que ce soit au niveau médical, paramédical ou de l'investissement. **M. CORIAT** déclare souhaiter que la CME conserve cette légitimité de contrôle alors que s'annonce une période fortement troublée au plan économique et au plan de la politique de la Santé. Au moment où va s'engager un combat contre la loi HPST, il ne sera pas possible de se battre sur deux fronts en même temps.

M. AIGRAIN témoigne de sa solidarité avec ces propos, notamment sur le travail de négociation qui a été mené en amont sur cet EPRD et sur la vigilance qui sera exercée en aval, avec le soutien des membres de la CME.

M. LECLERCQ introduit la présentation de l'EPRD en soulignant qu'il intervient au cours de la dernière année du plan stratégique 2004-2009 et alors que s'élabore le plan stratégique 2010-2014. L'EPRD 2009 se situe, tout au moins pour son volet investissement, dans ce processus, puisqu'il s'efforce de dégager des marges de manœuvre pour poursuivre le développement de l'Assistance Publique. Par ailleurs, **M. LECLERCQ** indique que cet EPRD, résultat d'une négociation assez longue et difficile, comporte l'acceptation d'un niveau de déficit acceptable, avec une activité en progression modérée, la réduction de l'emploi évoquée par le Président, ainsi qu'une aide à l'investissement qu'il considère comme significative, pour ne pas dire considérable. La présentation qui va être faite s'appuie aussi, grâce à l'effort de tous, sur de bons résultats 2008 au niveau des ressources consommées sur l'ensemble des budgets de l'AP-HP, et en particulier de son budget principal.

M. GUIN annonce que sa présentation débutera par un exposé du dernier état quadrimestriel 2008, avant de se poursuivre par celui de l'EPRD 2009.

1. Troisième état quadrimestriel 2008

a. Bilan de l'activité

M. GUIN confirme une augmentation de l'activité supérieure aux attentes en hospitalisation complète, où l'on constate un résultat final de +3,3 %, pour une prévision initiale de 2 %, dont 2,9 % pour les hospitalisations de plus d'un jour, alors qu'il s'agit de la partie de l'activité qui génère le plus de recettes. Au niveau financier, le résultat est également positif. Au plan des hospitalisations partielles, les réalisations ressortent aussi très au-dessus des prévisions, lesquelles

avaient d'ailleurs été jugées par certains exagérément optimistes. Cela prouve que lorsque l'on se propose d'atteindre des objectifs ambitieux on peut les atteindre, et même les dépasser.

Un haut niveau d'activité en hospitalisation complète, est observé dans une majorité des hôpitaux : Beaujon (+7,5 %), Bicêtre (+6,3 %), Antoine-Béclère (+5,1 %), la Pitié-Salpêtrière (+4,9 %), Paul Brousse (+7,8 %). Ces progressions d'activité sont remarquables. Elles ont été tirées essentiellement par la médecine, avec des ouvertures et des développements d'activités en hépatologie et en gériatrie aigue, mais on a aussi la satisfaction de constater que l'activité chirurgicale a significativement repris en 2008 (+1,6 %), l'obstétrique poursuivant sa tendance positive (+2 %), avec les ouvertures récentes de Trousseau ou de Louis Mourier. On note une moindre progression des mono-séjours en zone de surveillance de courte durée (4,5 % contre 7,5 % en 2007). En hospitalisation partielle des progressions de plus de 10 % sont constatées en chirurgie ambulatoire, et pour les séances de dialyse et de radiothérapie.

b. Recettes

Les recettes ont été supérieures de 46 millions d'euros aux prévisions, dont 23 millions d'euros sont en lien direct avec le bon niveau d'activité et l'amélioration de la facturation. Le niveau de dépenses a quant à lui été conforme aux prévisions, ce qui est très encourageant pour l'avenir, avec en particulier un maintien des objectifs en matière de dépenses de personnel, puisqu'un écart de seulement un million d'euros a été constaté sur une base de quatre milliards d'euros, ce qui témoigne d'un très bon pilotage. Un dépassement de six millions d'euros a été observé sur les dépenses pharmaceutiques, en raison notamment d'un surstockage lié au déploiement du NSI. Les dépenses hôtelières sont en très léger dépassement.

c. Dépenses de personnel

On constate une progression de 2,19 % des dépenses de personnel, s'il l'on corrige les effets de périmètre liés à la monétisation des CET. L'exercice s'achève par une légère sous-exécution sur le personnel médical (9 millions d'euros), qui est compensé par un dépassement sur le personnel non médical de 10 millions, soit une différence globale de seulement un million par rapport à la prévision initiale. On constate également une très forte augmentation des dépenses d'heures supplémentaires en raison du dispositif mis en œuvre l'année dernière, ainsi qu'une diminution des dépenses de remplacement et d'intérim, malgré un dépassement de l'objectif dans ce domaine.

d. Les dépenses de médicaments

Les dépenses de médicaments remboursés en sus ont continué à progresser de manière extrêmement importante (+17 % contre + 10,9 % en 2007), avec un fort développement de l'activité de rétrocession (+7,7 %). Les médicaments inclus dans les GHS augmentent de 10 %, mais leur progression est quasiment nulle si l'on exclut les médicaments sous ATU.

e. Anticipation de clôture 2008

Le résultat anticipé pour 2008 est globalement plus favorable que prévu lors de la prévision budgétaire du mois d'octobre. Le déficit sur le compte de résultat principal ressort à un peu plus de 20 millions d'euros au lieu des 37 millions d'euros prévus lors de l'EPRD rectificatif, lié aux bons

résultats sur les activités et les recettes. Pour mémoire, le solde des opérations et dotations relatif aux provisions sur le CRPP améliore conjonctuellement le résultat. C'est notamment le cas avec la reprise de la provision au titre du CET, qui représente un peu plus de 50 millions d'euros. Cela souligne le fait que le résultat auquel nous parvenons en 2008 a un caractère en partie conjoncturel. Il faut également noter la passation d'une dotation aux provisions au titre des contrôles de l'Assurance Maladie réalisés en 2008 et portant sur l'exercice, avec la perspective quasiment certaine de devoir payer 6 millions d'euros au titre des indus et des pénalités liés à des erreurs de codage. Cette somme déjà importante, pourrait croître dans le futur si l'on ne surveille pas ce sujet avec la plus grande vigilance. Globalement, le résultat principal, auquel on intègre les autres résultats, dont celui de la dotation non affectée, qui représente un solde excédentaire de 35 millions d'euros lié aux cessions que nous avons réalisées l'année dernière, fait apparaître un résultat consolidé légèrement excédentaire de 11 millions d'euros, ce qui est une bonne nouvelle au regard des prévisions de la fin de l'année 2008.

f. Tableau de financement

La capacité d'autofinancement de 2008 est supérieure de 37 millions d'euros par rapport aux prévisions (256 millions d'euros), grâce à l'amélioration du résultat comptable. Les dépenses d'immobilisation ont représenté sur l'année 564 millions d'euros. Ce montant, le plus important depuis 8 ou 9 ans, est supérieur aux prévisions de 14 millions d'euros. On constate aussi un apport net au fonds de roulement de 135,7 millions d'euros, mais il n'a qu'un caractère temporaire, puisqu'il est lié à une mobilisation importante des crédits renouvelables en fin d'année liée à l'optimisation de la gestion de la trésorerie. Il ne traduit pas un enrichissement net de l'Institution, dans la mesure où il a été corrigé au début de l'exercice 2009.

M. CORIAT rappelle que ces comptes sont à mettre au crédit de l'ensemble de l'AP-HP. Il demande pourquoi l'on parle dans certaines revues économiques, comme *Les Echos* d'un déficit plus important que prévu pour l'Institution. Un déficit de l'AP-HP de l'ordre de 100 millions d'euros y est même évoqué.

M. LECLERCQ affirme que l'information à prendre en considération est celle que vient de présenter M. Guin, après vérification du Trésorier Payeur Général. Il peut y avoir un débat autour des provisions. Il faut néanmoins constater que le résultat comptable consolidé de l'Institution est excédentaire de 11 millions d'euros. Le compte de résultat principal est déficitaire de 20,6 millions, contre un déficit prévu par le CPRD rectificatif d'octobre 2007 de 37 millions d'euros, ce qui témoigne de la réalité des efforts de gestion.

2. Présentation de l'EPRD 2009

M. GUIN rappelle le point de départ de la construction budgétaire 2009, tel qu'il avait été présenté à la CME. La projection tendancielle laissait alors envisager le risque, si aucune mesure n'était engagée, d'aboutir à un résultat fortement déficitaire de 229 millions d'euros. Les membres de la CME avaient considéré un tel niveau de déficit inenvisageable, puisqu'il se traduirait par des conséquences dramatiques pour l'Institution, et plus particulièrement sur sa capacité à financer sa modernisation à travers l'investissement. A la suite de cette première esquisse, un travail assez approfondi de négociation avec les tutelles a été engagé, avec la participation du Président de la

CME. Il a conduit, début décembre à l'adoption d'un plan d'actions prioritaires médicalement justifiées de 80 millions d'euros. Ce plan a été validé en conseil exécutif et intégré dans cet EPRD 2009. Des décisions favorables à l'AP-HP ont été obtenues au cours de ces discussions, dans la mesure où elles traduisent une meilleure valorisation de notre activité, aussi bien au plan financier qu'au plan de la reconnaissance de ses spécificités. Troisième élément intégré dans l'EPRD : la priorité accordée à l'investissement, en ce qui concerne des investissements considérés comme décisifs, ce qui a pour effet de dégager l'horizon financier et d'apprécier les marges de manœuvre en matière de financement de l'investissement, dans la perspective du prochain plan stratégique.

a. Objectifs d'activité 2009

L'objectif de progression de l'activité pour 2009 est fixé au global à +1,1 % et à 1,9 % pour les hospitalisations de plus d'une nuit. Ce sont des hypothèses parfaitement réalistes, établies sur la base du travail qui a été réalisé par la DPM et chacun des hôpitaux. Elles sont soutenues par l'existence de leviers bien identifiés, tels que :

- la poursuite de la reprise de l'activité chirurgicale ;
- le développement de la médecine gériatrique, neurovasculaire et oncologique ;
- l'ouverture de la maternité de Bicêtre à partir du mois de mai et la poursuite de la montée en charge de celle de Louis Mourier ;
- l'extension de l'activité hématologie pédiatrique ;
- l'ouverture de lits UHCD.

Il est anticipé par ailleurs un recul net de l'activité en hospitalisation partielle (-4,2 %), en raison d'un effet de périmètre, puisque la partie de l'activité correspondant à l'hôpital de jour a été transférée en soins de suite et de rééducation en gériatrie, pour des raisons liées à son mode de financement. Sans cet effet, l'augmentation en hospitalisation partielle aurait été de 1,5%.

L'EPRD 2009 prend en compte les priorités du plan stratégique et les développements des activités nouvelles, notamment :

- l'ouverture de la maternité de niveau 3 de Bicêtre ;
- les extensions de capacités de la maternité de niveau 3 de Louis Mourier ;
- le bâtiment des urgences de Saint-Antoine ;
- la chirurgie ambulatoire et le second scanner à Saint-Antoine ;
- le centre d'endoscopies de Beaujon.

Toutes ces opérations sont considérées comme efficaces, puisque si elles vont mobiliser des ressources importantes en personnel médical et non médical (200 ETP en moyenne sur l'année pour ce dernier), on s'est assuré qu'elles étaient productives de recettes et qu'elles contribueraient à l'équilibre global de l'Institution.

b. Recettes

Recettes liées à l'activité

La progression attendue de l'activité (hospitalisation + consultations externes) devrait majorer les recettes de 44,7 millions d'euros, ce qui est équivalent à l'impact de la baisse du coefficient de transition dans le cadre de la convergence T2A. La principale nouveauté intervenue en 2009 du fait de l'évolution du modèle de financement concerne le changement d'échelle tarifaire et de la classification V11, dont l'impact a été estimé à un peu moins d'une vingtaine de millions d'euros. L'AP-HP devrait être, parmi les grands hôpitaux, le principal bénéficiaire de cette mesure. Autre élément très positif, et pour un montant proche (17,4 millions d'euros) : la prise en compte, pour la première fois dans le modèle de financement, de la précarité, étant entendu qu'il n'existait pas auparavant de dispositif de financement particulier à ce titre. C'est le résultat de la mobilisation de l'AP-HP au travers de la DPM et de la CME. La troisième grande réforme du modèle de financement concerne le changement du mode de prise en charge de la permanence des soins, la diminution des tarifs étant compensée par une dotation en mission d'intérêt général, pour un impact budgétaire neutre. Le dernier élément tient à l'obtention, à la suite d'une intervention assez poussée, de la remise en cause des modalités de calcul du forfait annuel des urgences plus favorables, qui permet, en compensant le passage dans ce service des non assurés sociaux, de dégager 16,5 millions d'euros supplémentaires.

Les autres produits versés par l'Assurance Maladie

En dehors du court séjour, l'AP-HP continue à bénéficier de deux grandes dotations à travers d'une part le SSR et la psychiatrie (soit 15,7 millions d'euros) et d'autre part la dotation MIGAC, cette dernière couvrant les mesures en matière de précarité et de permanence des soins, dans le cadre des plans de santé publics (financement de la recherche et de l'innovation supérieur de 4 millions à celui de 2008), au titre des MERRI (4,5 millions d'euros) et du Plan Hôpital 2012 (+ 6 millions d'euros).

Les prévisions de recettes inscrites à l'EPRD

Globalement, la structure des recettes de l'AP-HP fait apparaître que celles-ci proviennent à 78 % de l'Assurance Maladie. Les recettes provenant de l'activité sont très majoritaires, avec une augmentation très rapide des molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI) (+15 %). Globalement la contribution de l'Assurance Maladie aux ressources de l'AP-HP augmente de 2,3 % par rapport à 2008.

c. Prévisions de dépenses

Evolution de la masse salariale et des effectifs

Le titre I de l'EPRD 2009 consacré à la masse salariale prévoit une dépense de 4 016 millions d'euros, en progression de 0,83 %, en raison d'effets prix liés aux mesures salariales dont les personnels bénéficient au GVT, ainsi que de la prise en compte du schéma d'emploi, soit l'évolution moyenne des effectifs rémunérés entre 2008 et 2009, soit une diminution de 700 ETPR sur l'ensemble de l'année sur le personnel non médical, laquelle se décompose en moins 350 ETP

sur le personnel permanent et moins 350 ETP sur le personnel non permanent. Il est à noter que l'effort demandé pesait initialement sur l'emploi permanent mais il a été obtenu que l'emploi des titulaires soit davantage préservé. Ces départs portent à la fois sur le Siège, avec un objectif de réduction des effectifs rémunérés moyen de 100 par rapport à 2008, le reste, soit 600 postes, étant réalisé sur les hôpitaux, avec le souci de concentrer les efforts sur les effectifs non soignants, en préservant l'emploi infirmier, qui continuera à augmenter par rapport à 2008.

La variation des effectifs de personnel médical tient compte de l'accord obtenu des tutelles pour mettre en place les révisions des effectifs de l'exercice 2009. Au total, l'emploi des PH va augmenter sensiblement, avec la mise en œuvre de la révision des effectifs 2009, compensé en partie par une diminution sur les autres catégories, de sorte qu'au total les effectifs médicaux moyens vont progresser de 50 ETPR entre 2008 et 2009, une évolution positive dans un contexte difficile, et conforme aux engagements pris dans le cadre de la révision des effectifs.

La diminution des effectifs non médicaux

Il est prévu une réduction de l'effectif des personnels non médicaux (PNM) de 1 % par rapport à 2008 (permanents et non permanents compris). Cette diminution a été principalement ciblée sur le Siège et les effectifs non soignants, en préservant le personnel infirmier. Si le nombre de 700 ETP à supprimer résulte d'une négociation serrée, on a essayé de le ventiler en préservant, dans le cadre du plan d'actions prioritaires, un certain nombre d'opérations restructurantes, ce qui se traduit par des redéploiements importants d'effectifs entre hôpitaux, dans le cadre d'un schéma d'amélioration de l'offre de soins. Il s'agit de :

- l'ouverture de la maternité de Bicêtre compensée par la fermeture de celle de Jean Rostand et par la restructuration de Saint-Vincent de Paul avant sa fermeture en 2010 ;
- l'engagement de la fermeture du bâtiment des Mariniers de Broussais, avec un redéploiement partiel sur Corentin Celton ;
- les opérations de mutualisation administrative et logistique, comme celle des cuisines de l'Hôtel Dieu et des hôpitaux Cochin, Ambroise Paré et Raymond Poincaré ;
- les réorganisations internes dans de nombreux hôpitaux, plus nombreuses que les années précédentes (blocs, consultations, hôpitaux de jour, services administratifs, fonctions logistiques).

d. Une progression des dépenses contenue

La progression attendue des dépenses en 2009 est de 2,1 % (hors provisions et CET). La part des dépenses de personnel représente près des deux tiers des 6 459 milliards d'euros. Les amortissements et les frais financiers augmentent de manière importante (+6,8 %), ce qui est la traduction financière des investissements réalisés au cours des récentes années. Les charges à caractère médical augmentent de manière importante, du fait de la hausse des dépenses de médicaments T2A et des dispositifs médicaux remboursés en T2A.

La décomposition de l'effort d'efficience de 80 millions d'euros évoqué précédemment se décomposera ainsi :

- réduction des dépenses de personnel non médical (47 millions d'euros) ;
- réduction des dépenses de personnel médical, au travers de la révision du dispositif de gardes et astreintes (3 millions d'euros) ;
- réduction de dépenses sur les titres 2 et 3 (11,5 millions d'euros) ;
- recettes supplémentaires (18,2 millions d'euros).

e. Equilibre recettes/dépenses

Sur la base d'une situation présentant de très lourds risques pour l'Institution, le déficit prévu atteint 95,5 millions d'euros, soit 1,5 % des dépenses, ce qui reste cependant acceptable, car inférieur à 2 %, seuil au-delà duquel les hôpitaux risquent d'être placés sous un régime de tutelle encore plus stricte. Cette estimation permet de préserver la capacité d'autofinancement en investissements à un niveau élevé.

f. Les comptes de Résultats Prévisionnels Annexes (CRPA)

Le long séjour (CRPA B)

Le compte de résultat annexe du long séjour représente 270 millions d'euros. Il est marqué par la poursuite des opérations prévues au plan stratégique (794 fermetures de lits par an sur la période 2005-2009), ainsi que par un objectif de taux d'occupation maximal ou quasiment maximal (99 %). A cela s'ajoute la poursuite de la réforme du financement des longs séjours avec un rendu de crédits de 8,6 millions sur la dotation aux soins, avec des tarifs globalement stables sur la dépendance et l'hébergement.

Ecoles (CRPA-C)

Au plan des écoles, la proposition budgétaire faite au Conseil Régional rend compte d'une volonté de développer l'offre, pour un EPRD basé sur une hypothèse d'équilibre entre les charges et les recettes (63 millions d'euros).

DNA (CRPA – A)

Il est anticipé une assez forte augmentation des charges d'exploitation en matière de DNA (+6,5 millions d'euros, à 23,5 millions d'euros), en raison de mesures d'actualisation et de mesures nouvelles. La prévision en matière de cessions d'actifs est en retrait par rapport à celle de 2008 (12 millions d'euros soit moins 14 millions d'euros). Le compte de résultat prévisionnel ressort significativement positif à 12 millions d'euros, contre 35 millions d'euros en 2008.

Toxicologie et addictologie (CRPA – P)

Ce compte de résultat représente un périmètre de charge de 2,4 millions d'euros seulement. Il concerne le financement de six structures de toxicologie et d'addictologie distribuées sur cinq sites

à l'AP-HP. Il est entièrement financé par une subvention de l'Etat versé par l'intermédiaire des DDASS et devrait être équilibré.

g. L'investissement

Comme l'a indiqué précédemment le Président, l'investissement est une des grandes priorités des discussions budgétaires et de la préparation de l'EPRD 2009. L'enjeu était de pouvoir confirmer et soutenir l'ambition en matière d'investissement telle qu'elle avait été définie dans le cadre du plan stratégique, sachant que 2009 sera la dernière année de celui-ci. Cette ambition est respectée, dans la mesure où il est prévu, dans des conditions financières équilibrées par la capacité d'autofinancement et par la poursuite des emprunts, un volume d'investissement de 600 millions d'euros sur l'année, contre un peu plus de 550 millions d'euros en 2008. On le constate l'effort considérable d'investissement qui a été réalisé dans le cadre du plan stratégique se poursuit, et cela tout en préservant des marges de manœuvre pour l'avenir, les limites de taux d'endettement restant acceptables puisqu'inférieures à 30 % des recettes annuelles.

Les autorisations de programmes

M. GUIN rappelle que les autorisations de programmes consistent à autoriser annuellement un volume d'investissement, de travaux ou d'équipements dont la réalisation et les coûts s'étalent sur plusieurs années, les crédits de paiement étant versés à mesure de l'avancement des différents projets. Le montant des autorisations de programme a connu une très forte progression jusqu'en 2007, lors de la phase de démarrage du plan stratégique, avant une diminution depuis. La prévision d'AP est d'un peu moins de 300 millions d'euros pour 2009 ; ce montant permettra de solder les objectifs du plan stratégique, de sorte qu'un volume d'investissement d'un peu moins de 2,6 milliards d'euros aura été réalisé sur la période 2005-2009. Cette somme, conforme aux engagements initiaux a été financée de manière à peu près équilibrée entre l'autofinancement et le recours à l'emprunt.

Les AP/AE pour l'immobilier

Des autorisations de programme importantes portent sur l'achèvement d'opérations immobilières significatives comme des maternités (Bicêtre, Louis Mourier), pour 6 millions d'euros ou diverses autres comme le nouveau service des brûlés de Saint-Louis, la restructuration de Rothschild, le bâtiment cardiologie de la Pitié-Salpêtrière, à hauteur de 7 millions d'euros. Des opérations nouvelles ou récentes sont également lancées (neuro-chirurgie de Beaujon, Bichat, chirurgie ambulatoire ophtalmologique à Lariboisière), pour un total de 10 millions d'euros. Par ailleurs des études ont été engagées au titre de futures grandes restructurations (la PPR2, la réanimation et les blocs opératoires de Mondor, l'hémodialyse à Saint-Louis, la restauration, des crèches, etc.), pour un total de 24 millions d'euros. L'EPRD prévoit aussi des opérations inéluctables de mises aux normes de sécurité technique et incendie (14 millions d'euros), ainsi que des rénovations et d'entretien courant (63,8 millions d'euros).

L'évolution prévisionnelle des dépenses d'investissement en crédits de paiement fait apparaître que 2009 sera le point haut du niveau de la dépense d'investissement depuis 10 ans, avec 600 millions d'euros, dont 356 millions pour les travaux, 109 millions d'euros pour les équipements et 135 millions pour l'informatique. La progression du montant global a été continue depuis 2002, ce

qui témoigne de la priorité donnée aux investissements en matière de financement. Il est à noter que le montant des investissements au cours de la deuxième partie de la décennie a été supérieur de 200 millions d'euros en moyenne à celui de la première partie de celle-ci. Cela reflète le respect des engagements pris dans le cadre du plan stratégique, qui fait jouer à l'investissement un rôle capital dans la stratégie de l'Institution.

Les aides à l'investissement obtenues lors des négociations de l'EPRD

Dans le cadre des négociations qui se sont tenues jusqu'au mois de mars 2009, un accord a pu être obtenu pour que le Plan Hôpital 2012 aide spécifiquement l'AP-HP au titre sa première tranche, étant entendu que ce qui a été obtenu est sans préjudice de ce qui pourra être obtenu au titre des tranches suivantes. Au total les opérations sont soutenues à hauteur de presque 380 millions d'euros, avec une aide qui représente globalement un appui de 50 %, soit 189 millions d'euros de marge de manœuvre supplémentaire, ce qui représente l'équivalent du pôle mère-enfant de Necker ou davantage que le volet patient du NSI. Les opérations retenues correspondent à des opérations à fort contenu de restructuration, comme le Corentin Celton 2 (39 millions d'euros), le transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu à Saint-Antoine (6,8 millions d'euros), le pôle mère-enfant de Necker (183 millions d'euros), le bâtiment complémentaire de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière (19 millions d'euros) ou des investissements informatiques au titre du NSI (130 millions d'euros). Ces investissements seront soutenus sous deux formes possibles : d'une part des subventions d'équipement comptabilisées comme une ressource du tableau de financement et d'autre part des aides à l'exploitation qui seront lissées sur toutes les années d'exploitation des bâtiments, ce qui constitue une source de financement pérenne pour l'AP-HP.

h. Le PGFP

Pour conclure, **M. GUIN** présente le Plan Global de Financement Pluriannuel établi sur des bases assez conservatoires et assez peu détaillées. Il prévoit de s'inscrire dans la logique d'un retour à l'équilibre structurel des comptes à l'horizon 2012. D'ici là, les effets de la montée en charge de la T2A vont exiger la poursuite des plans d'efficience. Les années qui mènent à 2012 doivent permettre de financer des investissements avec la volonté de s'inscrire dans la continuité de l'actuel plan stratégique. Le PGFP aboutit à identifier à ce stade un effort d'efficience d'une centaine de millions d'euros par an, par le biais de la maîtrise de la dépense et des recettes, éléments qui devront être approfondis au cours des prochains mois.

M. LECLERCQ rappelle en synthèse que cet EPRD repose sur l'acceptation par l'autorité de tutelle d'un déficit de 95 millions d'euros, avec une progression d'activité de 1,5 %, un retrait d'emplois de 700 ETP, de 50 emplois médicaux maintenus en plus, ainsi qu'une aide substantielle à l'investissement de 189 millions d'euros.

A l'issue de la présentation de **M. GUIN**, **M. CORIAT** sollicite les questions des membres de la CME.

M. ALVAREZ demande si la multiplication de l'investissement par un facteur 6 à 7 entre 2000 et 2009 tient compte de l'évolution des coûts des investissements. Par ailleurs, il demande où se situe la suppression des techniciens de laboratoire dans la suppression des postes : va-t-on les sacrifier

une fois de plus ? Est-ce le Siège qui va décider quels emplois devront disparaître ou cette décision relèvera-t-elle de chaque administration locale ?

M. CORIAT insiste sur le besoin d'information sur le suivi par la CME des mesures proposées, qu'elles portent sur les diminutions d'emplois ou la façon dont celles-ci vont être opérées.

M. CAPRON déclare s'exprimer en qualité de Président du Syndicat des Médecins des Hôpitaux de Paris, lequel possède 15 élus dans la présente assemblée. Ceux-ci se sont mis d'accord le 5 mars, lors d'une réunion au cours de laquelle 10 d'entre eux étaient présents, pour s'accorder sur une motion dont voici un extrait : « *Le SNMHP ne veut pas signer de chèque en blanc à la Direction générale. Il veut connaître exactement le projet d'investissement restructurant de l'AP-HP avant de se prononcer sur la réduction de personnel médical et non médical qu'il permet. Où ? Combien ? Comment ?* ». **M. CAPRON** dit avoir écouté attentivement l'exposé de M. Guin et lu attentivement, le mémoire au Conseil d'Administration intitulé *Séance du 27 mars 2009 : EPRD 2009 – rapport définitif*, dont on peut s'étonner qu'il n'ait pas été remis aux participants de la présente séance. Il affirme ne pas y avoir trouvé de réponses précises aux questions posées par l'assemblée des élus du SNMHP. **M. CAPRON** recommande donc à ces élus, à moins que l'on nous apporte les précisions souhaitées, de se prononcer contre l'EPRD 2009.

M. RYMER s'étonne que M. GUIN ait évoqué une prévision budgétaire de 57 millions d'euros pour la permanence des soins, alors que son coût pour l'AP-HP était de 82 millions d'euros et qu'il n'était envisagé qu'une réduction de 10 millions d'euros de son montant. En ce qui concerne l'investissement, il demande ce qu'il adviendra, si l'EPRD 2009 est voté, des opérations prévues au plan stratégique mais gelées. Enfin, **M. RYMER** demande comment l'on palliera la disparition de 50 postes de personnel médical.

M. LECLERCQ répond à M. Alvarez que ce n'est pas le Siège qui décide d'enlever tel ou tel agent dans telle ou telle catégorie, dans telle ou telle entité. S'agissant des techniciens de laboratoire, il explique que figure dans le projet de restructuration de l'AP-HP un projet de regroupement des laboratoires qui se traduira vraisemblablement par des diminutions du nombre de techniciens de laboratoire, lesquelles seront gérées dans le cadre de ces restructurations.

M. GUIN explique que se sont évidemment les coûts courants des investissements qui ont été présentés. Ils incluent pour une part l'augmentation des coûts de la construction qui a été constatée, cet effet prix n'ayant toutefois représenté qu'une partie marginale de l'augmentation de l'investissement global depuis 2000.

M. LECLERCQ indique à M. Rymer qu'en cas de vote positif sur l'EPRD 2009 la Direction générale qu'il anime aura à cœur de présenter à la CME lors des prochaines séances la façon dont est réparti l'effort et le suivi des différentes mesures, que ce soit sur l'emploi médical ou non médical, ainsi que sur les opérations d'investissement. En réponse aux questions de M. Capron, **M. LECLERCQ** explique qu'il ne s'agit aucunement de faire un chèque en blanc à la Direction générale. Il souligne que seront dépensés en 2009, au titre des investissements restructurants, 356 millions d'euros d'opérations de travaux, dont :

- 8 millions d'euros à Avicenne dans le cadre du regroupement des salles d'opération et de la salle de réveil ;

- 16 millions d'euros pour l'achèvement de la maternité de Bicêtre ;
- 52 millions d'euros à la maternité de Port Royal ;
- 36 millions d'euros pour les bâtiments de laboratoire et de logistique de Cochin ;
- 6 millions d'euros pour la maternité Louis Mourier ;
- 15 millions d'euros pour le pôle mère-enfant de Necker ;
- 12 millions d'euros pour le bâtiment complémentaire de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière ;
- 47 millions d'euros pour la reconversion de l'hôpital Rothschild ;
- 10 millions d'euros pour l'extension du service des grands brûlés de Saint-Louis ;
- 11 millions d'euros pour le bâtiment de chirurgie et d'anesthésie des urgences de Tenon.

Il a en outre été prévu d'engager en 2009, 4 millions d'euros de provision pour des études en vue de futurs travaux. Les futures opérations déconcentrées représentent 41,3 millions d'euros, auxquelles s'ajoute Corentin Celton à hauteur de 15,55 millions d'euros. Enfin, un plan de travaux d'un montant de 76,5 millions d'euros, répartis entre les différents hôpitaux, est programmé, toujours en 2009. En ce qui concerne le « Comment ? » **M. LECLERCQ** indique que certaines de ces opérations sont déjà en cours. En ce qui concerne la gestion des emplois, elle sera précisée par la suite. A la question du professeur Rymer sur les gardes, il répond que l'on retire des tarifs des GHS le coût de la permanence des soins, tels qu'estimés par la DHOS, cette dernière restituant les sommes correspondantes sous la forme de dotations MIGAC.

M. GUIN confirme que l'AP-HP supporte bien une charge d'environ 80 millions d'euros au titre des gardes et des astreintes, le chiffre de 57 millions d'euros résultant d'un débasage / rebasage effectué par l'AP-HP, avec changement de périmètre. Il se propose de donner ultérieurement à la CME le détail de la décomposition de ce dernier montant.

M. FAGON indique qu'il a été introduit une différence entre les notions de continuité et de permanence des soins, les 57 millions d'euros évoqués ne prenant en compte que la permanence.

M. LECLERCQ confirme qu'un certain nombre d'opérations prévues et instruites ont été mises en attente. Il s'agit d'une part des résultats des discussions concernant l'EPRD 2009, et d'autre part de la validation des programmes, car il apparaît que des programmes médicaux et capacitaires nécessitent d'approfondir ces questions. Un mode d'instruction plus serré a été mis en place, pour s'assurer de l'intérêt médical des opérations, de leur utilité en termes d'apport de soins aux populations et du respect par celles-ci de l'environnement, notamment au plan de l'intégration dans l'urbanisation, ce dernier point pesant désormais lourdement dans la prise de décision et enfin, en prenant en compte l'aspect de l'efficacité et sur le plan économique. Chacun sait par exemple qu'une opération de sécurité électrique n'aura pas de rentabilité immédiate. Des projets seront instruits jusqu'au mois d'octobre 2009, en vue de leur inscription, compte tenu de l'aide apportée. C'est le cas notamment du bâtiment, des blocs opératoires et des réanimations à Henri Mondor ou de l'opération de reconstruction en bail emphytéotique hospitalier à Joffre Dupuytren, qui représente 240 lits de personnes âgées. On pourrait aussi citer les efforts sur le plateau technique et la maternité à Bicêtre. Ces projets pourront être réinscrits dans les autorisations de paiement puis dans les crédits de paiement, en fonction de l'aide obtenue au titre du plan Hôpital 2012 actuel et futur en investissement. **M. LECLERCQ** souligne toutefois que tout ce qui est inscrit à ce jour n'aura pas d'effet immédiat. Ainsi le projet de l'hôpital Henri Mondor ne sera effectif, compte tenu des études, qu'en 2011, c'est-à-dire dans le cadre du plan stratégique 2010-2014, pour lequel il faut

conserver des marges de manœuvre. Le fait est que lorsqu'on a débuté les travaux de l'EPRD 2009, on pouvait estimer *a minima* que le plan 2010-2014 pouvait comporter un montant total d'investissement de 1,5 milliard d'euros. A ce jour, et grâce à l'aide obtenu, ce montant dépasse les 2 milliards d'euros. Dans la mesure où le plan Hôpital 2012 va connaître une autre tranche en 2010, on peut espérer une aide complémentaire, qui permettrait d'atteindre un niveau d'investissement proche du plan stratégique actuel.

M. FAGON explique que l'augmentation des dépenses liées au personnel médical résulte en 2009 de 4 facteurs :

- l'extension en année pleine de la révision des effectifs 2008 ;
- des postes vacants pour lesquels des recrutements vont être effectués ;
- un certain nombre de postes liés à des crédits fléchés obtenus, non utilisés, du fait le plus souvent de l'impréparation des candidats pressentis ;
- l'impact de mesures statutaires telles que la mise en place de la prime de responsabilité pour les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

Afin de respecter le plafond d'emplois imposé par nos tutelles sur les effectifs médicaux, il a toutefois été nécessaire de procéder à différents abattements sur les demandes initiales présentées par les hôpitaux. Un travail a ainsi été conduit conjointement par la DEF et par la DPM pour ajuster les TPER des hôpitaux afin de limiter la progression des effectifs médicaux entre 2008 et 2009 à +50 ETPR.

M. RYMER demande ce qu'il résulte de tout cela en pratique.

M. FAGON poursuit en indiquant que ces ajustements ne remettent en rien en cause les engagements pris dans le cadre de la révision 2009 des effectifs de PH, cette dernière ayant été vertueuse, avec un solde net négatif en emplois (109 ETP de PH créés par transformation de 167 ETP d'autres statuts).

M. CORIAT ajoute que l'on attend la réponse à deux questions :

- Tous les postes de praticiens hospitaliers créés lors de la révision 2009 clôturée en décembre 2008 pourront-ils être tous recrutés et rémunérés ?
- La révision des effectifs 2010, qui va débiter au mois d'octobre 2009 pourra-t-elle se faire à budget de personnel médical constant, ou y aura-t-il un retrait de postes pour payer des dettes passées ?

M. LECLERCQ confirme les propos de M. Fagon : la révision des effectifs décidée en 2008 pour 2009 est honorée. Ce qui permet le passage des 109 ETP à 50 ETP c'est le fait qu'un candidat peut prendre son poste avec des délais plus longs que prévus. **M. LECLERCQ** s'engage personnellement à ce que s'il y a 109 postes au recrutement, on en recrute finalement 109. En ce qui concerne la révision 2010, il prévoit que l'effet d'extension en année pleine de l'année 2009 ne sera plus aussi lourd qu'a été l'effet 2008 sur 2009. Ce fait permet d'entamer à masse salariale constante une révision des effectifs moins consommatrice des engagements antérieurs, puisqu'ils auront été, pour une part significative, soldés en 2009, mais nécessitera la poursuite de l'effort.

M. GUIN explique que l'acceptation par les tutelles de voir les effectifs de personnel médical évoluer positivement de 50 ETP constitue en soit un acquis de négociation très substantiel. S'agissant des effectifs de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, les chiffres présentés dans l'EPRD 2009 aboutissent à une progression du nombre moyen de PH rémunérés de 180 en 2009 par rapport à 2008, ce qui est un chiffre considérable, qui représente une hausse de plus de 6 %. Elle intègre l'extension en année pleine de la réduction des effectifs de 2008, plus les créations de postes liées à la révision des effectifs de l'année 2009.

M. MUSSET rejoint ce qu'a dit M. Rymer au sujet des investissements, en signalant la grande déception et le moral très bas des équipes qui avaient pensé avoir obtenu non seulement les autorisations mais également le financement d'opérations ciblées. Dans le cas Antoine Béclère, l'architecte retenu doit refaire pour la 3^{ème} année son esquisse. Le fait qu'un projet notifié à ce point soit finalement remis en question est tout à fait démoralisant pour les équipes, alors que celles-ci s'engagent beaucoup au profit de l'Institution. **M. MUSSET** ajoute, s'agissant des investissements, qu'une notification supplémentaire vient d'être adressée, qui consiste en une baisse de 30 % de l'enveloppe des investissements qui ont été attribués aux hôpitaux en 2009. Cette note intervient brutalement, alors que les hôpitaux ont largement commencé à engager leur plan d'investissement. Pour ce qui est de l'impact des nouveaux projets, qui concerne 200 PNM, il demande combien de PM seront impactés. Enfin **M. MUSSET** demande si les 100 personnels supprimés au niveau du Siège sont des personnels permanents ou non permanents.

M. CORIAT demande pour sa part que l'on précise la nature des emplois supprimés dans le cadre du nouvel EPRD et quelle sera la méthodologie employée pour les retirer sans perturber le bon fonctionnement des soins.

M. SEBBANE déclare s'exprimer à l'adresse du Directeur général et au nom des présidents de CCM de gériatrie, lesquels représentent quasiment 5 600 lits, dont 3 600 lits de soins de longue durée, 2 800 lits de SSR et 400 lits de court séjour. Il explique que le secteur gériatrique s'inquiète de la réduction du personnel soignant, dans la mesure où celui-ci veut participer à l'activité de l'Institution. Pour autant un certain nombre de secteurs de la gériatrie se trouvent dans une situation catastrophique sur le plan du personnel non médical soignant. Telle est la vraie vie et le message qu'il faut faire passer. La perception de l'EPRD 2009 est, en l'état, évidemment défavorable. Le secteur gériatrique attend une mesure spécifique adaptée, car il ne saurait être à nouveau affaibli. **M. SEBBANE** déclare de manière solennelle, en s'adressant au Directeur général, que si la gériatrie n'a pas les moyens de participer à l'activité de l'Institution, la variable d'ajustement sera l'activité, sous la forme d'une réduction du nombre de lits, avec les effets délétères que l'on imagine. Une réponse aussi précise que possible est attendue sur ce point par ses collègues dès ce jour.

M. LECLERCQ souligne, s'agissant des décisions d'investissement, que la déception intervenue au sujet des opérations ciblées pour lesquelles les autorisations n'ont finalement pas été encore données, mais aussi de la baisse de 30 % des crédits de plan de travaux courants des hôpitaux, que de la liste des investissements lourds qu'il a évoquée précédemment nécessitant un montant de crédits de paiement à hauteur de 600 millions d'euros prévu pour 2009, est réelle. Par ailleurs, un certain nombre d'opérations sont en réexamen, non pas d'opportunité, mais de programmation calendaire, de sorte qu'elles soient soutenables sur le plan financier, aussi bien pour l'Institution que pour les établissements. En matière d'effectifs, **M. LECLERCQ** précise que se seront

essentiellement des permanents qui seront retirés au Siège. Sur l'ensemble de l'AP-HP il est prévu une perte de 350 emplois permanents et une perte de 350 non permanents. S'agissant des personnels administratifs, il est prévu, Siège inclus, une diminution de 190 ETP. Les personnels ouvriers reculeront de 40 ETP, essentiellement au niveau du Siège. Les personnels hospitaliers décroîtront de 170 ETP, ce qui est le résultat d'un solde de moins de 420 agents de service hospitaliers et aides-soignants et de plus 250 infirmiers, 50 autres étant redistribués pour permettre le fonctionnement de nouvelles activités ou d'activités dont l'ouverture est prévue en 2009. **M. LECLERCQ** répond à M. Sebbane au sujet de la gériatrie, secteur auquel il se dit très attaché, qu'il faudra y consacrer une attention importante, non seulement dans l'immédiat mais dans l'avenir, à la question du taux d'encadrement paramédical et d'aides soignantes des personnes âgées. Il rappelle le combat de l'AP-HP pour que l'Agence Régionale pour l'Hospitalisation ne soit pas tenter de retirer la qualification de soins de longue durée à quelques centaines de lits, pour les classer en EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes), avec un financement moindre. Les négociations sur ce point semblent sur la voie plutôt positive, même si le résultat final n'est pas connu. Les difficultés fortes tiennent d'une part à un taux d'encadrement théorique et d'autre part à la difficulté de recruter du personnel qualifié dans la spécialité gériatrique. Il faut retravailler sur l'attractivité du secteur gériatrique et **M. LECLERCQ** précise s'y consacrer de manière intensive.

M. CAPRON demande comment trouver 250 infirmières diplômées d'Etat en plus quand à ce jour tous les postes correspondants ne sont pas pourvus dans les hôpitaux ?

M. LECLERCQ lui répond que ce nombre résulte de la somme des établissements qui ont été validés. Le nombre d'infirmières à l'AP-HP n'a pas diminué au cours des trois dernières années, puisqu'il a même légèrement augmenté. De plus, le travail autour de la formation initiale commence à payer, ainsi sans doute que la conjoncture, de sorte que l'on peut améliorer encore le recrutement infirmier. S'il est incontestable que des postes infirmiers vacants subsistent, l'évolution actuelle tend vers la résorption de ce phénomène.

M. MUSSET réitère sa question portant sur l'explication pour laquelle les hôpitaux ont reçu une notification budgétaire réduisant de 30 % l'enveloppe des investissements pour 2009.

M. LECLERCQ explique que ces 30 % ne portent pas sur l'ensemble de l'opération d'investissement dont peuvent bénéficier les établissements, mais seulement sur la partie laissée à leur libre choix. Cette mesure prend en compte les investissements déjà engagés (600 millions d'euros en 2009), ainsi que la capacité d'autofinancement et d'emprunt de l'Institution. Plus précisément, les 30 % de réduction portent sur les 76,7 millions des opérations du plan de travaux.

M. FAIN déclare que la communauté présente ce jour a montré par le passé sa volonté de s'engager dans des restructurations, sur lesquelles reposait avant tout l'effort d'efficience. S'il prend en compte le budget de 76,7 millions d'euros débloqué pour effectuer ces restructurations, il souligne la nécessité de présenter simultanément les investissements, les restructurations et les emplois, sans quoi on verra disparaître des personnels partant à la retraite sans qu'il s'agisse d'opérations qui puissent être qualifiées de restructurantes. Il demande, alors qu'il est annoncé dans le PGFP un effort d'efficience de 116 millions d'euros en 2010, 103 millions en 2011 et en 2012, si l'effort de 90 millions consenti en 2009 n'est que le premier étage d'une fusée qui va prendre forme au cours des prochaines années.

M. LECLERCQ rappelle que 2009 est une année charnière. 2010 bénéficiera déjà du travail effectué en matière d'efficience, sur les groupes hospitaliers, sur la réforme du Siège et du système d'information, et du Programme Efficience. La Direction générale accompagnera cet effort, toutes choses égales par ailleurs.

M. CORIAT demande au Directeur général, avant de procéder au vote sur l'EPRD 2009, quelles seraient les conséquences d'un vote négatif des membres de la CME.

M. LECLERCQ rappelle qu'un vote négatif de la CME ne préjugerait pas *a priori* du vote du Conseil d'Administration, qui est aussi composé d'élus, d'organisations syndicales et de personnalités qualifiées. Ce vote est néanmoins très important, car il exprime l'opinion de la pensée médicale. Si le vote de la CME est négatif et qu'il génère un vote négatif du Conseil d'Administration, la négociation avec les autorités de tutelle repart au point de départ. **M. LECLERCQ** souligne à nouveau que l'EPRD 2009 présenté prend acte de l'acceptation d'un déficit de 95 millions d'euros, une activité en augmentation de 1,5 %, une réduction de 700 ETP non infirmiers, un gain de 50 postes de médecins et une aide supplémentaire à l'investissement de 189 millions d'euros, par rapport aux premiers travaux budgétaires.

Pour sa part, **M. CORIAT** souligne l'effort consenti par la gouvernance pour présenter un EPRD le plus précis possible. Prenant en compte les succès de l'année 2008, on aurait pu espérer ne retirer des emplois paramédicaux que dans le cadre de restructurations médicalement programmées. Si ce n'est pas le résultat obtenu, il n'en demeure pas moins que la CME reste le seul rempart médical pour garantir que les conséquences du retrait d'emplois imposé par l'EPRD ne perturbent pas la qualité des soins, et d'autre part pour garantir que les engagements importants en matière d'investissement, qui ont été obtenus en reconnaissance de l'activité 2008, soient tenus. Il ne faut pas refuser ce rôle qui est partie intégrante de la mission de la CME.

M. AIGRAIN déclare qu'il s'apprête à voter positivement sur l'EPRD présenté. Il estime qu'il sera essentiel que la présente assemblée soit l'arbitre des choix de réduction de personnels non médicaux prévu. Il prend acte de l'engagement obtenu de la part du Directeur général que ce point soit présenté et débattu au niveau de la CME. Cet EPRD est la résultante d'une négociation qui a été menée au nom des membres de la CME aux côtés de la Direction générale, en sachant dès le départ qu'il ne serait pas possible de tout obtenir. Remettre en question les acquis de cette négociation serait extrêmement préjudiciable à l'avenir de l'Institution.

M. CORIAT rappelle que la question soumise au présent vote est la suivante : « Approuvez-vous ou non l'EPRD qui vous est présenté ? ».

Un vote à bulletin secret est organisé.

M. CORIAT prononce le résultat du vote suivant :

- Votants : 40 ;
- Exprimés : 40 ;
- Pour : 23 ;
- Contre : 15 ;
- Nuls : 2 ;

- Abstentions : 0.

M. LECLERCQ remercie la Commission Médicale d'Etablissement pour sa confiance et déclare qu'elle pourra compter sur son soutien.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 13 heures 20.

*

*

*

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

Mardi 14 avril 2009 à 08h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} avril 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.