

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
DU MARDI 6 JUILLET 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU MARDI 16 NOVEMBRE 2010**

ORDRE DU JOUR
de la CME du mardi 6 juillet 2010
(Salle du Conseil d'Administration)

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif	4
II. Présentation du plan stratégique 2010-2014	7
III. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité	19
IV. Présentation du rapport d'activité libérale 2008	20
V. Avis sur les contrats d'activité libérale	22
VI. Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1 ^{er} novembre 2010	22
VII. Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 11 mai 2010	23
VIII. Questions diverses	23

- **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,
- Mme BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
- M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

• ***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,
- M. BOURDON, directeur de l'investissement, travaux, maintenance, et sécurité
- M. PINSON, directeur par intérim de la politique médicale,
- M. MORIN, directeur des affaires juridiques,
- 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. HUBIN, direction de la politique médicale,
- Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

• ***membres excusés :***

- Mme le Dr F. DEGOS, Mme le Dr A. DESOUCHES, Mme le Dr V. GIRAUDEAUX, Mme le Dr L. GOUYET, Mme le Dr MF. LEHEUZEY, M. le Pr P. RUSZNIEWSKI, M. le Pr SCHLEMMER

La séance est ouverte à 8 heures 40.

I. Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif

Le Président souligne l'importance de cette CME, au cours de laquelle un avis doit être rendu sur le plan stratégique. Il importe également de fixer les grandes lignes de travail de la CME pour l'automne prochain, puisque des échéances importantes sont annoncées.

Conformément à la loi HPST, le conseil exécutif a été remplacé par un directoire ; à l'occasion de la première réunion, le directeur général y a présenté l'ensemble des investissements soutenant le plan stratégique 2010-2014. Les propositions retenues comme pertinentes ont été mises en perspective mais aucune décision n'a encore été arrêtée. La CME participe bien à la décision sur la réalisation et l'attribution de ces investissements. Le cadrage de l'EPRD 2010 a également été abordé, il souhaite que la CME y soit associée et puisse largement y contribuer. Dans le cadre de la première évaluation de l'EPRD 2010 présentée par M. SAUVAGE, l'éventuelle perte de 20 millions d'euros sur les MIGAC que reçoit l'AP-HP dans le cadre des maladies rares a suscité des inquiétudes, qui seraient fondées.

Le président rappelle que le conseil de surveillance s'est également réuni. Celui-ci se compose de 15 membres, le président de la CME y assiste avec avis consultatif, et Messieurs CAPRON et FAYE ont été élus pour y siéger, en qualité de représentants de la CME. M. Raoul BRIET, conseiller maître à la cour des comptes, a été élu à la présidence du conseil de surveillance. Il possède une connaissance du domaine de la santé, mais n'est pas familier de l'AP-HP, ce qui pourrait renforcer la CME dans son rôle de porte parole de la pensée médicale.

Quant au directoire, il est composé de neuf membres avec une majorité médicale, comprenant le président de la CME, le représentant des doyens (Serge UZAN), un représentant recherche désigné par les présidents d'université, les doyens et le directeur général de l'INSERM (Marc HUMBERT) et deux représentants de la CME (Yves AIGRAIN et Alain FOURNIER). Mme Roseline VASSEUR, directrice des soins, Mme Monique RICOMES et M. Philippe SAUVAGE, désignés par le Directeur Général, y siègent également.

Il est fondamental que le conseil médical du directoire ne soit pas isolé de la CME ni au sein même du directoire. Le Président Coriat affirme être conscient d'y siéger en tant que mandataire de la CME, dont l'avis sera sollicité sur les mesures médicales à venir. Les questions relevant de la pertinence médicale seront donc débattues au directoire, afin que les représentants du corps médical puissent faire valoir leur avis. Parmi les sujets importants, figurent la restructuration des hôpitaux de l'AP-HP en pôles et la nomination de nouveaux chefs de pôles. A ce propos, le Président apprécie le travail mené par la commission des structures, dont il serait utile de présenter les recommandations à la CME de septembre. Les chefs de pôle seront proposés à la nomination par le président de la CME, de même que les chefs de service qu'il est également temps de nommer. Ceux-ci sont porteurs d'une spécialité, d'un projet et donnent une lisibilité à l'organisation des soins dans l'hôpital. De ce point de vue, il est indispensable de lancer, dès la CME de septembre, une campagne officielle de nomination des chefs de service.

Il importe également de lancer en septembre la réflexion sur la révision des effectifs de PU-PH, en fonction du cadrage fixé par la direction générale. Pour assurer une révision des effectifs ambitieuse, une réflexion préliminaire devra être menée sur les vacances à l'AP-HP, notamment sur la pertinence du recours aux vacataires ayant trois ou moins de trois vacances. Le Président affirme sa volonté d'être porteur des avis de la CME qui travaillera, avec les prérogatives qui sont

les siennes, sur la révision des effectifs, la structuration des contours de pôles et la nomination des chefs de service.

S'agissant de l'EPRD 2010, un équilibre a certes été trouvé sur les emplois soignants et les restructurations, mais les inquiétudes ne peuvent être écartées pour l'année 2011. Il est indispensable de ne pas réitérer la démarche de 2010 où l'annonce des retraits d'emplois en novembre a été suivie d'une forte opposition, au regard des moyens que nécessitaient les restructurations engagées. Il serait préférable de commencer par analyser les contraintes économiques invariantes s'appliquant à l'AP-HP et, dans le cadre d'un groupe de la CME dont la forme reste à déterminer, de définir les restructurations qui seront compatibles avec l'allocation des ressources 2011. Le Président propose donc qu'à l'automne 2010, la CME, associée aux doyens et aux comités recherche, puisse mener une réflexion sur les restructurations envisageables dans le cadre des contraintes économiques qui sont celles de l'AP-HP.

Enfin, le premier point de l'ordre du jour de la CME sera désormais consacré à une information sur les travaux du directoire, les décisions à étudier et les avis à formuler.

Le Directeur général prend ensuite la parole et confirme la mise en place du directoire et du conseil de surveillance. Ces instances vont jouer pleinement leur rôle, en mettant en place les concertations adaptées. Il informe également la CME que le président du conseil de surveillance a convoqué une prochaine réunion le 13 juillet pour présenter le projet de plan stratégique.

D'un point de vue méthodologique, **M. CAPRON** recommande de ne pas attendre que les chefs de pôles soient nommés pour instruire la nomination des chefs de service.

Le Président se déclare conscient du besoin d'information des chefs de service. Il importe effectivement de traiter cette question rapidement.

M. LYON-CAEN signale que le week-end précédent, une publicité a été diffusée sur la rentabilité de l'hospitalisation privée, dont les dépenses et les tarifs, à hospitalisation équivalente, sont présentés comme inférieurs de 20 % à ceux de l'hospitalisation publique. Il demande au directeur général s'il envisage de répondre à ce message erroné.

Le Directeur général répond avoir eu connaissance de la publicité de la fédération des hôpitaux privés, en sachant que cette campagne s'inscrit dans la perspective du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). La fédération des hôpitaux publics prépare une réponse adaptée, d'autant plus que le caractère injustifié de ce message a été démontré à plusieurs reprises.

M. CAPRON demande des précisions sur la remise en cause des demi-journées des praticiens attachés effectuant moins de trois demi-journées. Même si leur efficacité est discutable, ces demi-journées ont une valeur monétaire non négligeable : elles constituent la réserve de temps médical sur laquelle gager des emplois futurs de titulaires. **M. CAPRON** souhaite donc savoir si ce discours annonce une « démonétarisation » des demi-journées.

Le Président constate d'une part, la professionnalisation et la spécialisation de la médecine moderne, d'autre part que le médecin attaché est une particularité de l'AP-HP. Dans la perspective de la révision des effectifs de PU-PH, la CME ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la monétarisation et le financement du temps médical, au regard du nombre de médecins attachés présents à l'AP-HP. Il n'est pas question de supprimer ces gages sans contrepartie.

M. FAGON précise que l'AP-HP compte, en septembre 2010, 6238 attachés (2057 ETP), dont 628 praticiens attachés et attachés associés contrat court bénéficiant de trois demi-journées ou moins soit 10%.

Mme VEINBERG propose d'adopter le terme de « médecins attachés » en lieu et place de « vacataires » et souligne que ces praticiens participent au lien entre ville et hôpital par les nombreux réseaux qu'ils animent.

M. FAYE se déclare surpris de cette attaque contre les praticiens attachés, qui font effectivement le lien avec la ville. A ce sujet, force est de constater que le projet médical n'aborde pas la notion de territorialité. La présence de ces praticiens représente une valeur ajoutée pour l'AP-HP.

Avant de passer aux points prévus à l'ordre du jour, **le Président** souhaite informer la communauté médicale du prochain lancement de deux appels à projets :

- A l'occasion de la révision des effectifs hospitalo-universitaires, les hôpitaux ayant un centre de chirurgie cardiaque et souhaitant tous maintenir leur activité ont demandé des postes de PU-PH dans ce sens. L'ARS (Agence Régionale de Santé) s'est déplacée au Ministère de l'Enseignement supérieur, pour annoncer qu'elle imposerait la fermeture d'un centre à l'AP-HP, ce qui était non négociable dans la mesure où trois centres ont déjà été fermés dans le secteur privé. Le Président serait ravi de faire évoluer l'ARS sur ce point. Il importe également d'apprécier quels peuvent être les centres lourds de cardiologie à l'AP-HP, y compris avec de la chirurgie cardiaque. Un appel d'offre pour la mise en place des centres lourds de cardiologie sera donc lancé très prochainement. La CME devra formuler un avis sur le sujet, avec l'appui de collègues extérieurs si besoin.
- La problématique est la même pour les centres lourds d'obésité : un appel d'offre sera lancé auprès des hôpitaux souhaitant se porter candidat. L'hôpital Ambroise Paré a d'ores et déjà annoncé qu'il présenterait un dossier.

Le Vice-président précise que les études menées sur les centres lourds de l'obésité ont démontré l'intérêt de projets contenant un adossement de l'activité pédiatrique et adolescente à l'activité adulte. Il est donc possible de soumettre des propositions mixtes.

M. FAGON ajoute que la chirurgie de l'enfant et de l'adolescent est limitée en volume, mais se développera probablement dans les années à venir. L'objectif est donc de lancer un appel pour la constitution de trois à quatre centres d'obésité prenant en charge les adultes et d'une équipe prenant en charge les enfants. Le lien entre la prise en charge adulte et enfant est un des critères de l'appel d'offre.

A **M. REMY** qui demande des précisions sur le calendrier de l'appel d'offre et la sélection des dossiers, **le Président** répond qu'il appartient à la CME de décider de la procédure à suivre. Si l'ARS maintient le principe de trois centres de chirurgie cardiaque, il ne faudrait pas laisser l'université ouvrir des postes dans ce domaine, mais les prévenir suffisamment à l'avance pour anticiper la redistribution des postes. Concernant la méthodologie, les hôpitaux doivent déposer des projets, qui seront analysés par des membres de la CME appuyés par des collègues extérieurs, puis soumis *in fine* à la CME.

M. FAGON rappelle que la méthodologie de l'appel d'offre a été utilisée à plusieurs reprises : elle repose sur la rédaction d'un appel à projet, destiné aux groupes hospitaliers. Une quinzaine de jours avant la réunion d'un groupe d'experts, la composition de ce groupe est annoncée. Jusqu'à présent,

le comité de sélection se composait d'experts extérieurs à l'AP-HP avec un tiers de collègues étrangers. L'appel d'offre devrait être diffusé avant fin juillet.

M. FAYE soulève le risque des délits d'initiés, certains hôpitaux prévoyant déjà de faire de la chirurgie de l'obésité alors qu'ils ne l'ont jamais pratiquée et ne disposent pas de l'environnement nécessaire. Or la chirurgie de l'obésité ne se construit pas en un jour : un certain nombre de centres sont spécialisés et ont même été labellisés. Il serait dommageable de casser les dynamiques existantes.

Le Vice-président rappelle que le contenu d'un centre médico-chirurgical d'obésité fait l'objet d'une description précise, écrite et consensuelle. Le point évoqué par M. FAYE concerne un aspect précis du projet médical, qui ne recouvre pas le périmètre de l'appel d'offre. L'existence d'un plan stratégique n'empêche pas de lancer une procédure d'appel d'offre.

M. FAGON précise que de nombreux groupes hospitaliers ont pour projet de développer un centre intégré de cancérologie, mais tous n'en auront pas. C'est la règle du jeu du plan stratégique et des appels à projet. Qui plus est, les précédents appels à projet ont montré que les conclusions des experts n'étaient pas faciles à prévoir. Il ne faut donc pas mettre en doute *a priori* la capacité d'un jury d'experts étrangers à l'AP-HP de prendre ses décisions en toute indépendance.

II. Présentation du plan stratégique 2010-2014

Le Président souligne l'importance du sujet et rappelle que le plan stratégique de l'AP-HP comprend plusieurs volets, dont le projet médical, qui est l'aboutissement d'une longue réflexion à laquelle un grand nombre a été associé. Le Président remercie M. FAGON, la Direction de la politique médicale et les collègues de la CME pour la qualité du travail qui peut être présenté. Le projet médical se compose de deux parties, qui feront l'objet d'une présentation séparée :

- les grandes lignes directrices du projet médical et organisation supra-GH ;
- les projets présentés par les groupes hospitaliers.

Dans un premier temps, le **Directeur général** rappelle que le volet médical présenté ce jour a pris en compte un nombre d'enjeux non négligeables pour l'institution :

- l'évolution des besoins en santé (maladies chroniques, vieillissement, populations vulnérables, etc.) et de la médecine (modes de prise en charge, nouveaux traitements, etc.) ;
- les attentes des usagers : qualité, sécurité, humanité ;
- la place de l'AP-HP au sein des territoires de santé ;
- les exigences d'une recherche de haut niveau ;
- le problème de la démographie médicale ;
- l'accompagnement des personnels dans la modernisation de l'AP-HP ;
- les contraintes financières (déficit de l'assurance maladie, convergence) et la nécessité de maintenir une capacité à investir.

Le premier objectif est la qualité des soins et une meilleure efficacité de l'organisation à travers :

- une performance organisationnelle, reposant sur organisation des soins en trois niveaux (de la proximité à la spécialisation), la fluidité des parcours de soins au sein de l'AP-HP, la

dynamisation de l'association HU et la structuration de la recherche, ainsi que sur l'efficacité managériale (GH, modernisation du siège) ;

- la territorialisation, qui repose sur des coopérations avec les autres acteurs de santé franciliens et sur l'identification et la structuration des filières de soins externes ;
- la modernisation du parc hospitalier au bénéfice des activités de soins, un objectif d'investissement qui doit rester important, en s'appuyant sur la valorisation du patrimoine hospitalier non nécessaire aux missions de l'AP-HP et sur un processus de sélection des investissements performants.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que le plan stratégique doit être fortement restructurant.

1. Projet médical

a. Lignes directrices du projet médical et organisation supra-GH ;

M. FAGON rappelle les enjeux du projet médical du plan stratégique 2010-2014 pour le CHU que représente l'AP-HP :

- **notamment mieux répondre à des besoins de santé publique en évolution :**
vieillesse, obésité, niveau de précarité et spécificités d'Île-de-France.
- **former différemment :**
répondre aux questions démographiques et mettre en place le LMD (licence, master, doctorat) Santé en Île-de-France.
- **jouer un rôle moteur dans la recherche et l'innovation :**
mieux organiser les activités de recherche, faciliter le développement de nouveaux thèmes et promouvoir des innovations technologiques.

Le plan stratégique portant sur cinq ans, il doit être cohérent avec le précédent et avec les orientations prises précédemment comme l'ouverture de la maternité de Bicêtre, la restructuration de l'activité des greffes hépatiques adulte dans Paris intra muros, la restructuration de l'activité d'implantologie cochléaire, la fermeture du site Broussais, le transfert hématologie pédiatrique de Saint-Louis à Robert Debré, l'ouverture du bâtiment urgences-réanimation de Saint-Antoine et la rationalisation des gardes et astreintes médicales qui reste à mener à bien.

Mais il est également influencé par les opérations programmées pour 2010, qui connaissent un degré variable d'avancement des projets :

- ouverture du nouveau Rothschild (utilisation optimale des capacités du bâtiment) ;
- ouverture de PPR1 (utilisation optimale des capacités du bâtiment) ;
- fermeture de Saint-Vincent de Paul (transfert des activités de pédiatrie puis d'obstétrique) ;
- ouverture du bâtiment Jean Dausset à Cochin et restructuration de la biologie du GH ;
- transfert des brûlés à Saint-Louis ;
- transfert de la chirurgie digestive de l'Hôtel Dieu à Cochin ;
- transfert de la cancérologie digestive d'Ambroise Paré à l'HEGP ;
- transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu à St-Antoine ;
- transfert provisoire de l'urologie de Necker à l'HEGP.

Enfin, les opérations immobilières en cours, livrables entre 2011 et 2013, impacteront également l'organisation de l'offre :

- bâtiment BUCA à Tenon (80 millions d'euros de travaux) ;
- bâtiment Laënnec à Necker (180 millions d'euros de travaux) ;
- bâtiment complémentaire de cardiologie à la Pitié Salpêtrière (20 millions d'euros de travaux) ;
- Corentin Celton II (30 millions d'euros de travaux) ;
- ouverture des blocs opératoires d'Avicenne (30 millions d'euros de travaux) ;
- deuxième tranche de la maternité de Louis Mourier.

Les grandes orientations stratégiques reposent sur une forte implantation territoriale en vue d'une meilleure insertion de l'AP-HP dans son environnement, raison de la création des GH et d'une meilleure lisibilité de l'offre de soins, raison de la définition de trois niveaux de soins :

➤ Le socle commun aux GH se compose des services suivants :

- SAU et son aval dédié ;
- prise en charge de la précarité ;
- réanimation et surveillance continue ;
- anesthésie-réanimation ;
- chirurgie générale et traumatologique ;
- centre d'interruption volontaire de grossesse ;
- odontologie ;
- SSR ;
- consultations externes ;
- organisation de la prise en charge des personnes âgées ;
- accès aux soins des personnes handicapées.

➤ des activités spécialisées réorganisées par GH ;

➤ des activités très spécialisées, missions régionales ou interrégionales; activités « rares » ou de référence.

L'autre grande orientation concerne la définition de thématiques prioritaires :

- service d'accueil des urgences (SAU) et son aval ;
- filières gériatriques ;
- soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- pédiatrie ;
- cancérologie ;
- plateaux médico-techniques (biologie et imagerie).

Ainsi que la réorganisation des activités supra-GH, la psychiatrie et la pédopsychiatrie, ainsi que sur la fédération du poly-handicap et du multi-handicap.

Un certain nombre de mesures ou d'outils doivent être mis en place pour mettre en œuvre et suivre les réorganisations :

- le système d'information patient ;

- l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins (qualité et gestion des risques, lutte contre les infections nosocomiales, gestion des crises sanitaires, douleur et soins palliatifs, nutrition) ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
- la prise en charge des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique avec l'exemple de la prise en charge du VIH ;
- les formes d'hospitalisations non conventionnelles et l'utilisation des nouvelles technologies ;
- les nouvelles coopérations entre professionnels.

M. FAGON fait ensuite le point sur les missions universitaires, de recherche et les relations internationales. Les relations avec les universités sont en cours de refonte en raison d'un contexte institutionnel évolutif, de la dimension territoriale (sept universités partenaires à l'AP-HP), de l'universitarisation des professions de santé et de la problématique de l'articulation avec les activités de recherche. La politique de recherche doit être renouvelée, à travers la définition des axes de recherche devant bénéficier d'un soutien spécifique, le développement des dimensions internationales et régionales et la mise en place d'un pôle innovation et de veille technologique. A ce jour, la DRCD a soutenu plus de 2 000 projets et les délais de mise en œuvre des essais se raccourcissent. Il convient également de rechercher un partenariat équilibré avec les acteurs de la recherche institutionnelle et industrielle, de développer des sources de financement et d'organiser la recherche dans les GH. Quant à la politique internationale de l'institution, il est indispensable de rester un centre de formation pour les personnels de santé étrangers, de définir des priorités géographiques et thématiques, de participer davantage à la politique d'échanges de personnel et de revoir l'accueil des patients étrangers.

A l'issue de cette présentation dont la qualité du travail est saluée par plusieurs membres de la CME, **le Président** soumet la première partie du projet médical à l'avis de la CME.

M. MUSSET observe que le projet imagerie contient des propositions de transferts de tâches qui mériteraient d'être présentées à la HAS. S'agissant de la périnatalité, le texte ne contient aucun mot sur la fœtopathologie alors que des orientations ont été prises à ce sujet par la DPM et la Direction Générale de l'AP-HP, dont il souhaiterait l'inscription dans le projet médical. Concernant la télémédecine, il est écrit que chaque GH sera incité à se doter d'un projet de télémédecine ou à participer à un projet plus large. **M. MUSSET** souhaite que la DPM et la CME proposent un calendrier d'actions dans ce sens, afin de donner des orientations claires aux GH sur ce sujet. Dans le chapitre sur les coopérations entre professionnels, **M. MUSSET** suggère de substituer le terme « taille adaptée » au terme de masse critique. Sur les missions universitaires, il demande que soient notées les décisions validées sur les projets de départements hospitalo-universitaires. S'agissant de la politique d'encadrement, il serait souhaitable de détailler le nombre de professionnels de l'encadrement en faisant apparaître le nombre de personnels de direction.

Le Directeur général précise cependant que le personnel de direction est une catégorie qui ne cesse de décroître : le nombre de directeurs d'hôpital est de 280, soit une réduction de 20 par rapport à 2009. De surcroît, c'est la seule catégorie dont l'effectif doit être ramené à 200 en 2014.

M. MUSSET signale que selon un rapport parlementaire comparant les personnels de direction des CHU, l'AP-HP compterait 692,58 ETP de directeurs.

Mme RICOMES répond que ce chiffre qui émane de la « statistique SAE » comprend la totalité des cadres dirigeants, y compris les directeurs de soins, ingénieurs, médecins du travail et chargés de mission contractuels. Il ne peut donc être comparé au nombre de directeurs, qui n'a jamais été de ce niveau.

M. CAPRON émet deux remarques, la première concerne la médecine du travail, qui est préventive et non curative. Affirmer qu'elle utilisera la médecine traditionnelle chinoise pour les agents souffrant du dos ou d'autres troubles musculo-squelettiques (TMS) lui semble discutable. La seconde remarque porte sur les départements d'aval des urgences (DAU), dans la mesure où le DAU médico-chirurgical lui semble à ce jour une utopie. Aucune spécialité d'aval n'est pour l'instant mixte à ce point, à moins de la créer. La médecine interne est parfaitement disposée à jouer un rôle de premier plan dans l'aval médical, à condition qu'on lui laisse la souplesse de s'organiser à l'échelle de chaque GH selon les modalités qui lui semblent les plus performantes.

Concernant la médecine du travail, **M. CHOUDAT** répond que celle-ci a pour mission de couvrir tous les aspects de la prévention des risques professionnels aussi bien primaire, secondaire que tertiaire. C'est dans ce cadre que la place de la médecine chinoise traditionnelle est envisagée.

Sur les DAU, **M. FAGON** précise que trois scénarios ont été actés :

- maintien du *statu quo* ;
- création d'un département médical d'aval des urgences ;
- évaluation d'un département médico-chirurgical.

Ce sont donc les projets des GH qui feront l'histoire des DAU. Le deuxième schéma sera vraisemblablement dominant. En revanche, il est préférable de se méfier de la première hypothèse, qui n'a pas démontré sa performance en toutes circonstances.

M. SEBBANE s'associe aux félicitations adressées à la DPM et remercie M. FAGON au nom des présidents de CCM pour la prise en compte de la gériatrie, puisque pour la première fois, un plan stratégique évoque explicitement cette problématique. Toutefois, il ne faut pas confondre la prise en charge des personnes âgées, qui irriguent tous les services, et celle des malades âgés, un service spécifique. Le projet médical prend en compte l'importance de la filière gériatrique, et en son sein, la problématique des soins de suite et de réadaptation. De ce point de vue, il conviendrait d'inscrire le mot « gériatrie » dans le document, les points précédents s'intégrant dans une logique globale. M. SEBBANE suggère d'ajouter également un commentaire sur l'importance de l'existence d'hôpitaux gériatriques, leur coopération avec les hôpitaux MCO du groupe et le fait qu'ils possèdent des lits de court séjour, de soins de suite et de soins de longue durée. Enfin, il demande que le maintien des lits de court séjour gériatrique, confirmé par M. FAGON, soit inscrit explicitement dans le texte.

M. SINGLAS estime que l'expression « maîtrise complète » employée à propos du circuit du médicament mérite d'être explicitée. C'est plutôt le développement d'une prescription réfléchie et argumentée que le plan doit viser. Il constate par ailleurs avec satisfaction qu'est mentionnée la nécessité du renfort de la gestion pharmaceutique des essais cliniques. Enfin, M. SINGLAS recommande de supprimer l'expression « politique globale du médicament » qui apparaît dans le plan stratégique de la biologie.

M. FAGON prend note de l'ensemble des remarques formulées.

M. FAIN regrette que le plan stratégique ne prévoit pas la consultation des collégiales sur les différents projets.

Le Président répond que la consultation des collégiales est en cours et qu'il veillera à ce que cela soit mieux formalisé.

M. GARABEDIAN demande que le plan stratégique acte l'existence de trois hôpitaux pédiatriques dans Paris *intra muros* et qu'un effort soit réalisé pour développer leur capacité d'investissement. Il estime qu'il est temps d'apaiser la situation et d'organiser une véritable discussion entre ces trois hôpitaux, afin de travailler en collaboration. Le plan stratégique peut être la base d'un nouveau dialogue constructif. Enfin, concernant l'implantologie cochléaire il s'étonne de l'évocation uniquement de la problématique adulte, en effet, l'AP-HP possède l'un des plus grands centres pédiatriques de France et d'Europe, La taille de son activité pose la question du centre unique pédiatrique.

Pour **M. FAGON** l'engagement pris était de dissocier pédiatrie générale et spécialisée, dans l'attente des conclusions du comité d'experts. Il est difficile pour l'instant d'aller plus loin.

M. FAYE souligne l'aspect consensuel de la première partie du plan stratégique. Il signale cependant que les chirurgiens s'interrogent sur la pertinence de la création de départements d'aval des urgences, les urgences de ces spécialités étant prises en charge au sein des services de spécialité. Si des expérimentations doivent avoir lieu, elles devront être évaluées très précisément. **M. FAYE** considère que c'est au niveau du pôle que les flux doivent être endigués et qu'il n'y a pas matière à créer une nouvelle forme de département d'aval des urgences. Sur les enjeux du plan stratégique, l'aspect de la territorialité n'apparaît pas assez clairement dans le document comme les partenariats territoriaux. Quant au sujet de la démographie médicale, il n'est pas suffisamment explicite et il appartiendra à la CME de le décliner avec pertinence. **M. FAYE** souhaiterait enfin connaître les conséquences du projet stratégique sur le personnel et l'évolution des compétences. Il apprécie néanmoins l'expression d'une volonté d'équité entre les efforts demandés à l'administration et au corps médical et souhaiterait connaître l'évolution des effectifs des services de direction sur les cinq dernières années.

Le Directeur général répond que les GH sont l'une des réponses à la territorialité. Concernant l'évolution des effectifs, il propose de transmettre à la CME des chiffres précis par catégorie, l'effort des services « tertiaires » ou administratifs, peut faire l'objet d'une présentation spécifique à l'instance.

b. Les projets médicaux des GH

Le Président indique que les commentaires des présidents de CCM sur les projets médicaux des GH, lorsqu'il y en a eu, ont été pris en compte.

M. FAGON rappelle que pour chaque GH, le chapitre 10 du projet de plan stratégique présente sous forme de fiche les principales évolutions envisagées. Les projets médicaux complets, qui seront finalisés à l'automne, intégreront l'ensemble des axes médicaux des GH.

Les fiches comprennent 4 chapitres :

- les spécificités du territoire du GH ;
- les principaux points du projet médical ;
- les éléments de modernisation, le cas échéant ;
- les principaux axes universitaires et de recherche.

La plupart des présidents de CCM ont adressé leurs commentaires, mais tous n'ont pas répondu. Les dernières propositions de rectificatifs ont été remises sur table aux membres de la CME.

En tant que membre du directoire du GH Avicenne-Jean Verdier-René Muret, **M. SEBBANE** précise que la proposition de rectificatif émane d'un président de CCM, dont les remarques n'ont pas été validées collégalement. Il convient donc de s'en tenir au document précédent, jusqu'à ce que le directoire rende sa décision.

M. FAGON en prend note. Il liste ensuite les GH ayant fait part de leurs commentaires.

Concernant le rectificatif adressé par le GH Antoine Béclère-Kremlin Bicêtre-Paul Brousse, **M. REMY** souligne que le projet de développement de l'activité par l'intégration de l'équipe de transplantation hépatobiliaire de l'hôpital Henri Mondor vers l'hôpital Paul Brousse est encore en pleine discussion. Il demande que la mention de ce souhait soit retirée du plan stratégique.

M. MUSSET adhère au retrait de cette phrase et précise que ce point n'a pas été ajouté par les présidents de CCM, mais figurait dans le document précédent remis par le comité directeur du GH. Le véritable projet médical du GH repose sur la possibilité du transfert du centre de greffe hépatobiliaire de Paul Brousse vers Bicêtre. Pour que ce projet puisse être acté, il est indispensable d'investir dans la construction d'un bâtiment permettant au personnel de l'hôpital Paul Brousse de travailler à l'hôpital Bicêtre dans des conditions similaires à celles qui sont actuellement les leurs. Si ces investissements sont prévus au plan stratégique, la communauté médicale donnera son accord à ce projet de transfert.

Par ailleurs, il serait souhaitable de rectifier un oubli en mentionnant la pathologie hépatobiliaire dans le projet du GH. Dans les activités d'excellence universitaire, un projet d'IHU (Institut Hospitalo-Universitaire) « foie » est prévu au niveau du GH. Enfin, dans les activités de proximité sur l'amélioration de la lisibilité et l'optimisation de l'offre chirurgicale au sein du GH, c'est la chirurgie hépatobiliaire et la transplantation hépatique adulte qui doivent être inscrites dans le document pour Paul Brousse et non l'hématologie.

M. SINGLAS soulève le problème de la permanence pharmaceutique dans les petits hôpitaux que sont l'hôpital maritime de Berck et l'hôpital Paul Doumer. Il considère que celle-ci ne peut être assurée que dans le cadre d'accords avec les hôpitaux voisins. L'activité pharmaceutique de ces petits hôpitaux éloignés ne justifie certes pas la présence de deux ETP de pharmaciens. La permanence pourrait être assurée à raison de 1,5 ETP de pharmaciens avec la création d'un poste d'assistant pharmacien partagé avec les hôpitaux voisins. Une réflexion sérieuse sur les petits hôpitaux s'impose, d'autant plus que le problème peut être réglé avec un investissement modéré, de 23 000 € par hôpital, correspondant à ½ poste d'assistant.

M. FAGON répond que des solutions peuvent effectivement être trouvées au niveau des modalités de collaboration avec les offreurs hospitaliers de la région. C'est un sujet de concertation avec les autres établissements.

Avant de passer au vote, le **Directeur général** précise que les deux parties du projet médical doivent faire l'objet d'un vote distinct du reste du plan stratégique.

M. FAYE aurait souhaité un éclairage plus complet sur l'efficience dégagée par les restructurations prévues dans ce plan stratégique.

Le Président rappelle que la CME pourra se prononcer sur ce sujet lors du vote de l'EPRD 2010. Sont ici présentées les orientations médicales qui servent de base à la réflexion et ont été élaborées ensemble. Le Président demande donc à la CME d'apporter son soutien à l'ensemble du projet médical, afin de conforter la position de la communauté médicale.

M. GARABEDIAN s'enquiert de la procédure à suivre pour le dossier de la pédiatrie spécialisée, à l'aune de ce qui est inscrit dans le plan stratégique.

Le Directeur général répond qu'est tout d'abord prévue une phase de concertation avec les hôpitaux pédiatriques. Le directoire prendra ensuite les décisions qui lui reviennent.

Préalablement au vote, **M. MUSSET** souhaite avoir confirmation que celui-ci porte sur les derniers documents présentés, en particulier celui adressé hier par le GH Bicêtre – Bécère – Paul Brousse, et non le document préalablement présenté. Le Président et M. FAGON n'y voient pas d'inconvénient, sous réserve de l'étude approfondie du document.

A l'issue des discussions, **le Président** soumet le projet médical du plan stratégique 2010-2014 au vote de la CME.

Le projet médical du plan stratégique 2010-2014 est approuvé par 33 voix pour, 0 voix contre et 1 abstention. 3 personnes n'ont pas participé au vote.

Le Président remercie les membres de la CME et ne doute pas que ses représentants au Conseil de surveillance défendront ce projet.

M. FAYE fait part de sa loyauté par rapport au vote, même s'il regrette une absence de précisions sur les projets médicaux des GH. Il considère ce vote comme la feuille de route commune de la CME vis-à-vis de la Direction.

Outre le projet médical pour lequel l'instance vient de se prononcer favorablement, **le Directeur général** rappelle que le plan stratégique plusieurs volets :

- un projet de soins structuré autour de la qualité et de la sécurité des soins pour répondre aux besoins des malades et accompagner l'exercice des professionnels paramédicaux ;
- un projet ressources humaines contribuant à la modernisation de l'institution ;
- un système d'information contribuant à la modernisation de l'institution ;
- un projet de développement de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers ;
- un projet de ressources logistiques, patrimoniales et de prestations de service au bénéfice des soins et des équipes médico-soignantes ;
- un projet immobilier ;

qui sont complétés par un cadrage financier à même de garantir le retour à l'équilibre, tout en dégageant des capacités d'investissement.

2. Projet immobilier

Le Directeur général rappelle qu'il a pour objectifs l'amélioration des conditions d'accueil et de sécurité des bâtiments existants, la mise en œuvre du projet médical de l'AP-HP et donc de rendre possible la réalisation d'un hôpital modernisé, efficace et sûr, intégrant la nécessité de maîtriser les coûts de construction et d'exploitation.

Cela repose sur une politique technique ambitieuse et sur la définition et la mise en œuvre de trajectoires immobilières. Celles-ci sont issues des schémas directeurs immobiliers et techniques réalisés pour chacun des groupes hospitaliers, qui consistent à rechercher des hypothèses de

réorganisation du foncier, du bâti et des infrastructures techniques des sites afin de répondre au mieux au projet médical des nouveaux groupes hospitaliers et de retrouver des organisations fonctionnelles efficaces. Le corollaire de cette démarche est la libération de surfaces valorisables, soit en conservant les bâtiments actuels, mais en modifiant leur usage, soit en libérant des parcelles constructibles. La politique immobilière repose également sur l'identification d'un ensemble d'opérations structurantes au niveau de l'AP-HP ou des groupes hospitaliers et sur un ensemble d'opérations de moindre envergure, mais tout aussi efficaces et nécessaires à l'atteinte des objectifs de l'AP-HP. Ces opérations sont à l'étude et pourraient faire l'objet d'un début d'exécution en fonction des ressources financières disponibles.

Le Directeur général présente ensuite les opérations structurantes :

- reconstruction des hôpitaux Bichat et Beaujon ;
- restructuration de l'hôpital Lariboisière ;
- plateforme du handicap de l'hôpital Raymond Poincaré ;
- densification des activités médicales de Cochin tout en dégageant Hôtel Dieu des activités lourdes, en le consacrant à des activités d'urgence, post urgence et médecine ambulatoire ;
- différentes opérations de restructuration dans les hôpitaux gériatriques ;
- différentes opérations de restructuration de la pédiatrie spécialisée ;
- restructuration de l'hôpital Avicenne ;
- différentes opérations de restructuration de la biologie ;
- centre de cancérologie intégré du GH Pitié-Salpêtrière-Charles Foix ;
- restructuration des réanimations et blocs opératoires à Henri Mondor ;
- modernisation des écoles vers un campus, soit à travers la modernisation des 17 écoles de soins, soit à travers la création de quatre campus, dont une serait inscrite au plan stratégique 2010-2014.

Le projet immobilier prévoit une politique technique ambitieuse pour faire face au vieillissement du patrimoine, se mettre aux normes des installations techniques dans un cadre réglementaire évolutif et faire face à des impératifs de mutation fonctionnelle. L'objectif est d'assurer la mise en sécurité des installations tout en assurant le maintien de l'ensemble bâti et technique. La maintenance et l'exploitation sont également un axe du projet immobilier.

Les investissements techniques comprennent les opérations techniques identifiées, le gros entretien et réparations et les plans de travaux d'efficience.

Pour finir, le projet immobilier contribue à la politique de développement durable : l'éco-construction, l'éco-gestion, le confort et la santé pour les occupants feront l'objet d'une attention particulière.

3. Cadrage financier

M. SAUVAGE présente ensuite le cadre financier du projet d'investissement. Il est construit sur le fondement d'un retour à l'équilibre de l'institution en 2012 et du respect d'un ratio d'endettement de 30 %. Le projet présente les niveaux des efforts d'efficience pour la période 2010-2014 et les crédits de paiement d'investissement.

M. SAUVAGE projette ensuite la prévision des résultats d'exploitation :

- Résultat consolidé de -96 548 871 euros en 2010 ;
- Résultat principal de -114 839 643 euros, au-delà des -80 millions d'euros initialement prévus.

Le dépassement des prévisions sur le compte du résultat principal s'explique par une refaçon de MIG d'environ 27 millions d'euros, par rapport aux trajectoires habituelles, qui résulte de la décision du Ministère de procéder à une péréquation des enveloppes MIG régionales. L'AP-HP, qui possède des dotations MIG élevées, est particulièrement touchée. Vu le caractère tardif de cette refaçon, il est proposé de considérer que la diminution de l'enveloppe MIG n'ait pas de conséquence sur la façon dont est menée l'exécution 2010, ce qui conduit à dégrader le résultat par rapport aux présentations précédentes. Une enquête est en cours auprès des GH et des hôpitaux afin de disposer d'éléments plus solides pour justifier le niveau des dotations et d'éviter une nouvelle réduction. Parallèlement, une démarche a été lancée auprès du Ministère pour demander que les enveloppes de péréquation MIG régionales prennent mieux en compte certaines caractéristiques régionales (santé, précarité, etc.).

Le cadrage des investissements 2010-2014 repose sur 2,2 milliards d'euros de crédits de paiement (CP) 2010-2014, répartis comme suit :

- travaux : 1,15 milliard d'euros de CP, dont 500 millions d'euros pour les opérations concentrées, 300 millions d'euros pour les opérations déconcentrées et 350 millions d'euros pour les plans de travaux des GH et la politique technique ;
- équipements : 500 millions d'euros de CP ;
- système d'information : 550 millions d'euros de CP.

Au-delà de ces prévisions, des investissements supplémentaires pourront être réalisés en fonction des produits de cessions effectifs.

Sur la refaçon de l'enveloppe MIG, **M. LYON-CAEN** recommande de réfléchir à une forme d'action plus vigoureuse, au regard de l'impact d'un retrait de 27 millions d'euros sur les projets d'investissement. Il est inquiet quant aux conséquences pour l'institution si aucune démarche n'est entreprise.

M. ABDOUN s'associe à cette remarque au nom des personnels non-médicaux.

M. LYON-CAEN souligne qu'elle résulte nécessairement d'un processus initié depuis de longues semaines.

Le Président répond qu'il ne connaît cette mesure que depuis quelques jours, et suggère d'étudier la véracité, afin de se battre pour la restitution de cette somme. Il souhaite que **M. SAUVAGE** présente les aspects techniques du problème.

M. SAUVAGE répond que la péréquation étant nationale et non régionale, elle est moins favorable à l'Île-de-France. Son montant a effectivement été connu récemment. Le fonds du sujet consiste à s'assurer que cette situation ne se reproduise pas et à obtenir d'autres dotations. Il faut donc travailler sur les conditions de la péréquation et sur les modalités selon lesquelles l'AP-HP effectue des missions d'intérêt général. C'est le sens de l'enquête lancée et des travaux menés par la direction financière.

M. LYON-CAEN demande la transmission d'un document d'information sur le sujet. Il souhaiterait également savoir si le montant général des MIGAC est resté inchangé au niveau national, ou a été modifié.

Le Directeur général rappelle que la présentation porte sur le cadre financier du plan stratégique. Il était possible de le présenter sans faire apparaître les évolutions les plus récentes, mais il semblait plus correct d'en faire une présentation actualisée à la CME. Le cadrage financier reprend les hypothèses 2010-2014 en prenant en compte les dernières nouvelles de l'ARS. Ce constat étant posé, le plan stratégique, lorsqu'il sera adopté par le conseil de surveillance, va faire l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS, dans lequel les conditions financières pourront être déclinées. Le Directeur général invite par ailleurs les membres de la CME à relire la circulaire fixant la campagne tarifaire des hôpitaux publics pour 2010 : celle-ci fait apparaître la nouvelle répartition des enveloppes MIG pour l'ensemble de la France, par région.

M. SAUVAGE précise que les MIGAC sont en augmentation. Entre 2009 et 2010, l'AP-HP devrait percevoir une enveloppe en diminution de 1,6 million d'euro, dans la mesure où la réfaction de 27 millions d'euros sur les enveloppes MIG régionales et sur les enveloppes AC est compensée par la prise en compte d'éléments tels que les effets de prix (+ 10,7 millions d'euros) ou l'effet en année pleine de la MIG précarité 2009 (+ 4 millions d'euros).

M. LYON-CAEN se pose des questions près l'annonce d'un retrait de 27 millions d'euros pour les MIG, il est précisé que la récupération par d'autres moyens porte ce montant à 1,6 million d'euros.

M. SAUVAGE explique que l'évolution tendancielle positive des dotations MIGAC chaque année le conduisait à définir une évolution à la hausse des recettes de 25 millions d'euros. La nouvelle d'une réfaction des recettes MIGAC de 27 millions d'euros a nécessité de revoir les prévisions, pour un écart final de 1,6 million d'euros entre 2009 et 2010.

Le Directeur général souligne que cette discussion porte sur l'EPRD 2010 : elle sera conduite avec la CME en temps voulu. Il propose d'adresser une note technique à la CME afin que celle-ci soit assurée de la volonté de transparence de la Direction générale. Il importe de noter que les négociations ont permis à l'AP-HP d'obtenir l'acceptation d'un déficit de 114 millions d'euros en maintenant l'effort demandé à 80 millions d'euros. L'objectif n'est pas de faire plus d'efforts, mais de discuter sur la justification de la reprise de 27 millions d'euros. C'est pour l'instant le dernier élément chiffré connu.

M. ABDOUN rappelle qu'à la dernière CME, une menace semblait peser sur le maintien de la permanence des soins dans la MIG. Il demande s'il existe un lien de cause à effet entre ces deux sujets.

M. SAUVAGE répond par la négative. Le lien est de nature différente : le maintien des dotations services d'urgence a été obtenu sur la base du comptage des factures d'urgence. Si la facturation avait été complète, l'AP-HP aurait bénéficié d'une légère augmentation.

M. FAYE souhaite savoir si l'aide à la contractualisation, dont l'enveloppe est conséquente, est menacée, dans la mesure où l'AP-HP ne peut pas toujours apporter la preuve des contractualisations.

M. SAUVAGE précise que l'AP-HP bénéficie de plusieurs aides à la contractualisation. Il n'y a pas d'impact sur celle à laquelle il est fait référence.

M. SAUVAGE répond par ailleurs à **M. FAYE** que le coût global des opérations déjà engagées ou en cours est estimé à 500 millions d'euros.

M. MUSSET souhaite que soit ajoutée aux opérations structurantes le projet de restructuration des réanimations de l'hôpital Antoine Bécclère, validé par toutes les instances.

Le Directeur général précise que la liste présentée ici est non exhaustive, le regroupement des réanimations de l'hôpital Antoine Bécclère est une opération individualisée déconcentrée et fait bien partie des décisions qui seront soumises, en temps utiles, au directoire.

M FOURNIER observe que les négociations avec les tutelles seront constantes et que les ajustements et conflits d'intérêt seront permanents. Il faut donc réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour mener ces négociations le plus efficacement possible : le vote massif sur le projet médical en est un, le dégageant des recettes attendues dont l'AP-HP est moteur en est un autre. Enfin, il faudrait être en mesure de calculer le retour sur investissement pour l'institution, secteur par secteur.

Le Directeur général souligne que le vote massif de la CME sur le projet médical témoigne d'une vision claire. En outre, c'est un projet très restructurant qui appuie la démonstration sur les questions de financement. Il est aussi possible d'augmenter la capacité d'autofinancement de l'AP-HP par la gestion des cessions : il n'est pas question de vendre à perte les terrains et bâtiments de l'institution. Le soutien de la CME est attendu sur ce point. Enfin, le retour sur investissement des projets informatiques a été évalué préalablement aux projets. Il est effectivement temps, à l'heure de son déploiement, d'évaluer les liens finaux.

Le Président souhaite que la CME se prononce sur les autres projets du plan stratégique.

M. CAPRON considère qu'il est impossible de revenir à l'équilibre en deux ans, à moins de vouloir briser l'établissement. La CME doit marquer son refus de l'ultimatum par un vote contre.

Le Président souligne que la CME n'a aucune idée de l'investissement extérieur promis à l'AP-HP dans le cadre de sa modernisation. Des demandes précises ont été adressées aux tutelles, y compris au Président de la République. Il aurait été souhaitable que les investissements promis par les pouvoirs publics accompagnent la démarche vertueuse déclinée par M. SAUVAGE.

Le Directeur général précise que ce n'est pas à la CME d'approuver le cadrage financier et le cœur du plan stratégique, mais bien le projet médical et le projet de soin, dont le versant opérationnel est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à discuter en Directoire et devant les instances. Il affirme son intention de mener à bien les projets RH, de politique de soins et d'investissement. Il s'agit donc de prendre connaissance du cadrage financier au vu des informations financières et conditions 2010 actuellement disponibles et non de voter l'EPRD 2010.

Le Président estime important d'approuver le projet RH et le projet soignant, tels qu'ils ont été présentés. Concernant le projet investissements, il regrette l'absence de perspectives allant au-delà des capacités d'autofinancement. Il craint qu'un vote favorable ne cautionne l'idée selon laquelle l'AP-HP peut s'en sortir par autofinancement.

Le Directeur général estime qu'il y a là confusion. Si la CME veut un soutien, il faut au moins lui permettre de présenter les projets d'investissements du plan stratégique, qui renforceront les propres capacités de l'AP-HP. C'est d'ailleurs pourquoi une politique de cession est inscrite au plan stratégique, qui justifie les demandes d'investissement complémentaire dans la mesure où l'AP-HP utilise toutes les ressources possibles. Le cadrage financier n'est pas soumis à l'approbation de la CME, c'est un éclairage, et sans confirmation des projets d'investissements, la CME ne peut pas demander un soutien à l'investissement.

M. GARABEDIAN signale que la stratégie de la pédiatrie spécialisée est conditionnée par les investissements. Il avait été demandé que les restructurations soient accompagnées d'investissements lourds. Or l'impossibilité d'investir au-delà des capacités d'autofinancement est un problème posé de manière récurrente.

MM. HARDY et **RICHARD** estiment que la CME doit affirmer son refus du cadrage financier présenté prévoyant un retour à l'équilibre en 2012.

Le Président demande quelles sont les alternatives, dans la mesure où un déficit en 2012 conduirait à réduire les investissements.

M. CAPRON répond qu'on ne peut voter sur des propositions irréalistes.

M. MUSSET souligne que le projet stratégique prévoit des opérations ciblées qui permettent un retour sur investissement à terme. Sans ressources adéquates, ces opérations n'auront pas lieu et la convergence ne pourra être réalisée. L'AP-HP a besoin d'investissements extérieurs. Ce n'est pas un vœu, mais une injonction de la CME d'obtenir des financements complémentaires pour la modernisation des hôpitaux de l'AP-HP.

Le Président propose d'approuver le projet RH et le projet de soins. Sur le projet d'investissements, il souhaite que l'instance puisse exprimer une demande forte selon laquelle seul un investissement au-delà des capacités d'autofinancement permettra de réaliser le plan stratégique. Il soumet donc au vote de la CME le projet RH, le projet soignant et le projet qualité et gestion des risques.

Le projet RH, le projet soignant et le projet qualité et gestion des risques du plan stratégique 2010-2014 sont approuvés à l'unanimité.

Le Président propose que la CME approuve le projet d'investissement avec l'injonction d'obtenir des crédits supplémentaires pour permettre à l'AP-HP de poursuivre ses restructurations profondes et d'être au rendez-vous de la convergence intrasectorielle 2012.

Le projet d'investissement est approuvé avec 25 voix pour, 0 contre, 8 abstentions. 4 membres de la CME n'ont pas participé au vote

Le Directeur général remercie la CME pour son vote favorable sur les orientations de l'AP-HP, qui lui permettra d'appuyer le projet de plan stratégique auprès du conseil de surveillance. Il remercie par ailleurs toutes les équipes qui ont contribué à l'élaboration du plan stratégique, ainsi que l'ensemble des membres de la CME pour leur qualité d'écoute.

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

M. HARDY présente le dossier des structures médicales et créations de pôles d'activité :

- **Hôtel Dieu-Rothschild :**

Création d'un pôle Odontologie composé de 4 UF à l'ouverture du nouveau Rothschild en septembre 2010 (UF d'accueil des urgences-consultations-orientation, UF d'accueil de traitement de l'enfant, de l'adolescent, UF de pathologie et chirurgie buccale et parodontale et UF de réhabilitation buccale) dans le cadre du transfert partiel de l'activité odontologie de

Garancière-Hôtel Dieu. Cette organisation s'inscrit à titre transitoire avant la mise en place des pôles en configuration de Groupe Hospitalier.

- **Charles Foix-Rothschild-Tenon :**

Le pôle MPR de l'hôpital Rothschild est modifié : création d'un service de Rééducation Neurologique, suppression du service de Rééducation Neurologique et explorations Périnéales (fermeture prévue le 1^{er} septembre 2010) et création d'une UF Consultation Externes. Le pôle UNIMED de l'hôpital Tenon est modifié du fait de l'accueil du service de Rééducation Neurologique et Explorations Périnéales venant de Rothschild : création d'un service de neuro-urologie et explorations périnéales.

- **Saint-Louis :**

La modification consiste, dans le pôle PARMUR, en la suppression de l'UF site d'accueil ville-hôpital/ unité de cs de médecine ambulatoire, en la création de deux unités fonctionnelles rattachées au service de médecine interne (UF de Médecine interne à orientation pathologie vasculaire et UF de Médecine interne). L'unité de médecine interne à orientation pathologie vasculaire contribuera à la prise en charge de l'aval des urgences médicales en coordination avec les autres structures du pôle amenées à prendre en charge les patients provenant des urgences, et en particulier avec l'autre unité fonctionnelle de médecine interne de Saint-Louis. L'unité de médecine interne assurera une mission d'expertise et de référence dans les domaines de compétence du responsable de la structure, en particulier les vascularités systémiques et les maladies systémiques. L'individualisation de cette UF de médecine interne s'accompagnera à terme d'une demande de labellisation en tant que site constitutif du centre de référence des « vascularites systémiques nécrosantes ».

- **Necker Enfants Malades :**

Le projet consiste en la transformation des pôles communs Necker-Enfants Malades / Saint Vincent de Paul en des pôles exclusivement rattachés à la structure du Groupe Hospitalier Necker-Enfants Malades (Pôle pédiatrie générale et pluridisciplinaire, Pôle médico chirurgical pédiatrique, Pôle réanimations, urgences et anesthésies), en la modification des trois pôles communs et des UF « miroirs » de chacun des sites, qui deviennent des pôles directement rattachés à Necker EFM. Toutes les structures médicales deviennent monosite.

A l'issue de cette présentation, **Le Président** soumet ces projets à l'approbation de la CME.

Les créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activité présentées par M. HARDY sont approuvées à l'unanimité.

IV. Présentation du rapport d'activité libérale 2008

M. PARC précise qu'il s'agit du rapport concernant l'activité enregistrée en 2008. La première constatation est: une stabilité du nombre de contrats Il apparaît que 77 % des praticiens ayant une activité libérale sont des PU-PH, majoritairement des chirurgiens (70% des PU-PH chirurgiens ont une activité libérale)

Depuis Octobre 2008, la redevance hospitalière est calculée sur la totalité des honoraires perçus, avec modulation des taux selon la nature de l'acte. Le volume des redevances 2008 évolue peu par rapport à 2007, ce qui était attendu. Les hôpitaux assurent la perception des redevances du trimestre écoulé Il faut donc attendre les résultats du prochain exercice pour avoir une idée précise

de la progression réelle des sommes reversées par les praticiens à l'hôpital. Avec ce nouveau mode de calcul, le relevé SNIR devient un élément encore plus déterminant pour le suivi de l'activité.

La Commission Centrale d'Activité Libérale (CCAL) a voulu solliciter au maximum les administrations locales et les commissions locales d'activité libérale (CLAL), avec des résultats variés. Des courriers ont été adressés aux CLAL pour essentiellement clarifier des chiffres d'activité fournis en raison d'un seuil d'activité libérale supérieur ou très proche de celui de l'activité publique d'une part et des discordances entre les nombres d'actes déclarés par des praticiens et ceux des relevés SNIR. Il s'avère que ces anomalies résultaient le plus fréquemment d'un défaut de transmission, par l'administration locale, des chiffres fournis par les praticiens. Pour ce qui concerne les écarts, supérieurs à 15%, constatés entre le nombre des actes figurant sur les relevés SNIR et les chiffres déclarés par les praticiens il s'agissait essentiellement d'erreurs de codification. L'ensemble des praticiens concernés a été contacté et les réponses obtenues témoignent pour la majorité d'entre eux de leur bonne foi.

La CPAM de Paris a signalé au Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Ville de Paris (et à la CCAL) six praticiens dont les honoraires pour consultation étaient jugés par elle excessifs. En réalité, il s'agissait d'un défaut de cotation. Trop fréquemment la consultation était cotée CS (23Euros pour la Sécurité Sociale) alors qu'elle devait être cotée C3 (66 Euros). Ces praticiens ont été informés de leur erreur et la CPAM a précisé quelques semaines plus tard que leurs tarifs étaient rentrés dans les normes.

S'agissant des honoraires, différents décrets encadrent les conditions dans lesquelles les patients doivent être informés avant les actes. Une note d'information doit leur être remise quand le montant prévisible des honoraires dépasse 70 euros (impossible pour la première consultation). Cette note d'information doit préciser la somme restant à la charge du patient et de sa mutuelle après remboursement par l'Organisme d'Assurance Maladie Obligatoire. Pour conclure sur ce point, le décret prévoit des contrôles de l'affichage et la Direction Générale du Contrôle de la Concurrence, et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) est déjà intervenue.

La plaquette d'information aux patients conçue par la CCAL aborde plusieurs points. Les conditions dans lesquelles le praticien est autorisé à développer une telle activité, la transparence sur les informations que doit recevoir le patient ; les redevances reversées par le praticien à l'hôpital, sont abordées. Il est aussi expliqué la différence existante entre les conditions de réalisation d'un acte en secteur public et en secteur privé. Dans ce dernier secteur c'est le praticien qui assure lui-même la totalité de l'acte et son suivi. Pour le secteur public il est rappelé que l'AP-HP est un CHU et que, dans le respect des patients, les missions de recherche et d'enseignement doivent y être assurées. Le praticien senior qui prends en charge un patient doit pouvoir décider en cours d'acte, selon les difficultés rencontrées et le niveau de formation de son assistant (interne, chirurgien ou tout autre spécialiste en formation,) de faire réaliser par celui-ci, sous sa direction tout ou partie de l'acte. La plaquette précise en conséquence le droit pour tout patient de se faire traiter en secteur libéral à l'hôpital et rappelle les interlocuteurs auxquels il peut s'adresser en cas de difficulté.

La commission centrale de l'activité libérale s'est donnée pour objectifs de développer les actions suivantes au cours de l'année 2010 :

- diffusion de la plaquette d'information à destination des patients ;
- mise à jour du guide de l'activité libérale ;

- conditions de prise de rendez-vous dans le secteur public et le secteur libéral, notamment pour la couverture des besoins urgents ;
- stimulation des CLAL.

A ce sujet, M. PARC a proposé aux présidents de CLAL de se réunir avec la CCAL pour définir les meilleures pistes d'amélioration des délais de rendez-vous dans les hôpitaux, qui vont en moyenne de 78 jours pour la neurologie à 39 jours pour la gastroentérologie.

Le Président remercie M. PARC pour sa présentation et son action à la présidence de la CCAL ; comme il le propose, la CME continuera à soutenir l'action de cette commission, en incitant les présidents des CLAL à exercer leur rôle de contrôle des normes d'activité libérale.

M. GARABEDIAN estime que de nombreux problèmes peuvent être résolus rapidement au niveau local, les relevés SNIR doivent restés confidentiels.

A ce sujet, **M. PARC** demande à tous de veiller au respect de la confidentialité des relevés SNIR. Le relevé SNIR est consultable par toute personne qui le demande, mais uniquement sous la forme d'une copie nominale. Sortir de ces règles de précaution est une erreur.

M. REMY demande s'il existe des moyens coercitifs pour obliger les praticiens qui ne déclarent pas leur activité libérale à le faire.

M. PARC le confirme, sur la base d'une comparaison avec le relevé SNIR. Toute récidive peut aller jusqu'à proposer la non-reconduction du contrat d'activité libérale.

M. CAPRON remercie M. PARC pour son travail, dont l'importance est capitale pour l'institution. Supprimer l'autorisation de l'activité libérale à l'AP-HP aurait en effet un impact désastreux dans certaines disciplines. Afin de répondre aux articles régulièrement publiés dans la presse contre les supposés abus à l'AP-HP, il suggère de rendre publique la synthèse de la CCAL.

M. PARC répond que suite à un article polémique, le rapport de la CCAL a été mis en ligne 48 heures sur le site Internet d'un quotidien, sans être consulté.

M. FAYE souligne l'autorité de M. PARC, en tant que membre du Conseil de l'Ordre de la Ville de Paris, et sa capacité à convaincre les praticiens. Il souligne par ailleurs que les fuites dans la presse sont inacceptables et propose d'interroger la CNIL pour essayer d'en trouver l'origine.

V. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. HUBIN soumet à la CME un renouvellement de contrat et un avenant qui sont approuvés à l'unanimité, moins deux abstentions.

VI. Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1^{er} novembre 2010

M. HUBIN indique qu'il existe trois canaux de création de postes d'assistant :

- examen des demandes déposées en 2009 ;

- examen des demandes autofinancées en tout ou partie pour 2010 ;
- allocation de 16 postes à l'AP-HP, financés à 100 % par le ministère, en compensation des efforts de redéploiement de moyens réalisés au profit de la médecine générale.

Ces 16 postes sont répartis entre les UFR à raison de 2 postes par UFR pour les 7 UFR de médecine et d'un poste supplémentaire pour Paris 11 et Paris 13. Les postes sont donnés par l'UFR, puis affectés à un GH, en relation avec les doyens.

Le Président souligne que ce point ne peut faire l'objet d'un vote, en particulier pour les postes créés par autofinancement sans avoir vérifié la pertinence des demandes et la réalité du rendu des gardes et astreintes.

M. DOURSOUNIAN précise qu'il était impossible de demander des postes sans justifier des demi-journées.

M. FAGON précise que ce point a été soumis à la commission des effectifs médicaux qui s'est prononcée favorablement, mais il comprend qu'il soit difficile de valider des créations de postes dissociées du rendu des gardes et astreintes.

Suite aux remarques de **Messieurs SINGLAS et DOURSOUNIAN**, **le Président** répond qu'il est impossible de publier les 16 postes octroyés par le ministère faute de connaître leur affectation. Il suggère donc de publier les postes ensemble.

M. SINGLAS précise que si les postes d'assistants sont nouveaux dans les disciplines médicales, ils existent depuis longtemps en pharmacie et biologie, avec un *turn over annuel* sur un tiers des postes. Si ces postes ne sont pas affichés pour le 15 septembre au plus tard, les services seront désorganisés.

Le Président précise que la CME approuve le maintien des postes créés l'an dernier. En revanche, les demandes de création et les 16 postes du ministère seront étudiés lors du prochain bureau.

VII. Approbation du compte-rendu de la séance du mardi 11 mai 2010

Le compte-rendu est approuvé sous réserve de modification dans la liste des présents.

VIII. Questions diverses

1. Point sur le recours déposé auprès de la Directrice de la DHOS

M. CAPRON sollicite un point sur le recours déposé auprès de la Directrice de la DHOS au sujet des chefs de clinique assistants émanant du DES de médecine générale, ce qui est normalement interdit par le règlement.

M HUBIN répond avoir saisi le Ministère de la Santé il y a trois semaines. Lors des conférences hospitalo-universitaires au ministère de l'enseignement supérieur, le conseiller de la ministre s'était engagé à introduire dans la circulaire sur la révision des effectifs hospitalo-universitaires pour 2011, des précisions concernant cette question. Aujourd'hui, la DPM est dans l'attente de cette circulaire.

M. CARLI répond que cela a eu pour effet de bloquer l'accès des médecins en formation au DES de médecine d'urgence aux postes de chefs de cliniques. Un moratoire devrait être déposé en attendant la transformation du DESC en DES. Ce sujet a impacté l'AP-HP, puisque plusieurs postes devaient être mis à disposition par les universités pour ces praticiens. Il ne s'agit pas de postes de médecine générale captés par les urgences, mais de postes de chefs de cliniques consacrés par les universités au DESC de médecine d'urgence, à condition d'avoir validé la formation et de faire un post-internat spécialisée. Une confirmation officielle est attendue, mais les doyens auraient reçu l'instruction verbale de ne plus bloquer ces dossiers.

2. Recours de la communauté médicale de l'hôpital Antoine Béchère contre la politique d'intégration menée par la directrice hospitalière

M. MUSSET informe la CME que l'hôpital Antoine Béchère a déposé un recours contre la politique d'intégration menée par la directrice hospitalière, qui s'avère en contradiction avec la politique de fédération actée par le conseil d'administration de l'AP-HP le 3 juillet 2009. Une expertise a également été demandée par le CHSCT de l'hôpital sur les conséquences potentielles d'une intégration au sein du groupe des « trois B ». **M. MUSSET** souhaite que le directeur général demande à la directrice du GH de ne pas diffuser les appels d'offre sur les postes de directions fonctionnelles, dont les profils sont incompatibles avec une organisation en fédération, tant que le recours n'aura pas été statué par les instances réglementaires.

Le Directeur général répond que l'intersyndicale de l'hôpital Béchère et le président de CCM ont déposé un référé au tribunal administratif suite une lettre en date du 11 juin, dans laquelle il précisait sa position, suite à une discussion avec le président, des membres de la CME et des représentants de l'hôpital Antoine Béchère. Le référé étant en cours, il ne lui appartient pas de se positionner aujourd'hui. La décision du référé, pour autant qu'elle soit favorable à l'intersyndicale, peut être suspensive. Mais tant que celui-ci n'a pas abouti, il dispose des pleins droits pour organiser les services administratifs. Si le référé s'avère en faveur de l'intersyndicale, les décisions qui s'imposent seront prises.

3. Point sur la situation du service d'urologie à l'HEGP

M. FAYE attire l'attention du directeur général sur la situation de l'HEGP suite au transfert de l'activité d'urologie de l'hôpital Necker vers l'HEGP. La communauté médicale de l'HEGP désapprouve le courrier du Directeur général qui vise à demander que les patients d'urologie soient pris en charge prioritairement par les anesthésistes, ce qui implique de faire un choix entre les malades. Or, l'examen des tableaux de service d'anesthésie montre qu'il n'existe pas de marges de sécurité pour absorber l'activité d'urologie. C'est pourquoi la communauté médicale de l'HEGP rappelle le directeur général à ses obligations d'employeur, à savoir mettre à disposition les moyens nécessaires pour le fonctionnement normal de cette activité, dont le transfert était prévu depuis longtemps.

Le Directeur général précise avoir demandé au chef de service d'anesthésie réanimation de l'HEGP de faire en sorte que les malades relevant de l'urologie puissent également être endormis. Par ailleurs, ce courrier insiste sur le fait que des mesures d'organisation adaptées en chirurgie pourraient améliorer la productivité de l'activité chirurgicale et anesthésique de ce site. En outre, le service d'anesthésie-réanimation compte environ 60 ETP, qui par ailleurs dépasse le TPER autorisé. Ce constat étant posé, le Directeur général mesure la nécessité d'adapter les moyens, mais est au regret de ne pouvoir le faire avant d'avoir traité d'autres situations plus urgentes.

M. DASSIER souligne que l'arrivée de l'urologie à l'HEGP résulte d'une décision centrale, dans le cadre d'une rocade, que personne ne conteste. Le problème du dimensionnement n'est pas nouveau et il faut savoir que les 60°ETP assurent une activité de 64 ETP avec 56 personnes physiquement présentes. La gestion de l'arrivée de l'urologie est chaotique et des précisions s'imposent sur le juste dimensionnement des effectifs nécessaires.

M. FAYE explique qu'il est demandé au directeur général d'accompagner les restructurations en mettant à disposition les liens budgétaires pour le recrutement, afin de pallier immédiatement au manque d'anesthésistes. Il revient ensuite au chef de service de procéder au recrutement.

Le Président précise qu'il faut vérifier que les postes ont bien été transférés.

Le Directeur général répond que le chef de service d'anesthésie-réanimation a été informé de la mise à disposition de 2,5 postes de praticiens hospitaliers anesthésistes. Il n'existe donc aucun obstacle de ce point de vue pour recruter.

M. DASSIER tient à manifester son désaccord sur le nombre de postes mis à disposition.

La séance est levée à 13 heures 20.

*

* *

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

Mardi 14 septembre 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} septembre 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.