

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 7 DECEMBRE 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU MARDI 8 FEVRIER 2011**

## SOMMAIRE

I.	Information du Président de la CME	2
II.	Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur l'examen des demandes de création de postes	9
III.	Point sur les dépenses de permanence de soins	12
IV.	Exécution budgétaire à fin septembre	16
V.	Compte de résultat modificatif	19
VI.	Etat de la dette	19
VII.	Diffusion des indicateurs de performance médicale	21
VIII.	Le bilan social	22
IX.	Avis sur des contrats d'activité libérale	22
X.	Avis sur des candidatures à des postes de PH et PH temps partiel publiés sur le site du CNG le 18 octobre 2010	23
XI.	Avis sur une candidature à un poste de PH (procédure article R 6152-9 du CSP)	23
XII.	Approbation du compte rendu de la séance du 12 octobre 2010	23
XIII.	Questions diverses.	23

## **ORDRE DU JOUR**

### **SEANCE PLENIERE**

- 1- Information du Président de la CME (*Pr Coriat*)
- 2- Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur l'examen des demandes de création de postes (*M. Hubin*)
- 3- Point sur les dépenses de permanence de soins (*Pr Coriat - Pr Cheron*)
- 4- Exécution budgétaire à fin septembre (*M. Sauvage*)
- 5- Compte de résultat modificatif (*M. Sauvage*)
- 6- Etat de la dette (*M. Sauvage*)
- 7- Diffusion des indicateurs de performance médicale (*Dr Gasquet- Dr S. Fournier*)
- 8- Le bilan social (*Mme Ricomes – M. Hubin*)
- 9- Avis sur des contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 10- Avis sur des candidatures à des postes de PH et PH temps partiel publiés sur le site du CNG le 18 octobre 2010 (*M. Hubin*)
- 11- Avis sur une candidature à un poste de PH (procédure article R 6152-9 du CSP) (*M. Hubin*)
- 12- Approbation du compte rendu de la séance du 12 octobre 2010
- 13- Questions diverses.

### **SEANCE RESTREINTE**

#### **Composition C**

Avis sur la désignation de chefs de pôle à titre provisoire

Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire

Avis sur trois demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers

Avis sur deux premières demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers.

## **Assistent à la séance**

- ***avec voix consultative :***
  - M. le Dr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
  - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
  - Mme le Pr AIACH
  - M. le Pr BERCHE
  - M. le Pr SCHLEMMER
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - Mme FAUGERE, directrice générale,
  - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
  - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
  - Mme AULONG, direction de la communication,
  - M. FOURNIER, directeur 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,
  
  - Mme BLUM BOISGARD, chargée de mission auprès de la directrice générale
  - M. DEGUELLE, directeur de Cabinet DG
  - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
  - M. PINSON, direction de la politique médicale,
  
- ***membres excusés :***
  - Mme le Pr AIACH, Mme le Dr DESOUCHES, M. le Pr DOUARD, Mme le Pr GAUSSEM, Mme le Dr VEINBERG

*La séance est ouverte à 8 heures 40.*

## **I. Information du Président de la CME**

En préambule, **le Président** souligne que plusieurs points de l'ordre du jour rappellent les lignes directrices de l'action que la CME s'est engagée à mener. Le premier d'entre eux est l'état de la dette, montrant que la modernisation de l'offre de soins doit être menée activement pour dégager des marges de manœuvre, à moins de laisser une situation qui compromette l'unité et la pérennité de l'AP-HP. Le second point est la révision des effectifs de PH pour l'année 2011, le Président se réjouit de la méthodologie médicalisée utilisée. Celle-ci montre que ce n'est pas en discutant les postes laissés vacants par des départs en retraite que des marges de manœuvre peuvent être dégagées et que ces dernières, dégagées à partir de la révision des effectifs de PH ne peuvent être faibles, à moins de sortir de la médicalisation et d'appliquer des quotas. La CME s'y refuse et s'opposera à tout retrait d'emploi soignant qui ne résulte pas d'une réflexion médicalisée. La permanence des soins, en revanche, offre des marges de manœuvre importantes pour diminuer les dépenses de personnel médical. Ces trois points montrent que la problématique ne peut être résolue qu'en entrant dans une politique de modernisation de l'offre de soins.

Laurent Degos, président de la HAS, a déclaré lors de la journée EPP organisée par l'AP-HP en partenariat avec la HAS, que d'ici vingt ans, le nombre de lits d'hospitalisation aurait diminué de 50 %. C'est donc en termes de parcours patient qu'il faudrait raisonner, l'AP-HP ne peut prendre du retard dans cette démarche. La mise en œuvre de l'action décidée par la CME s'impose donc rapidement, à savoir l'opposition à tout retrait d'emploi soignant non réfléchi et la modernisation volontariste de l'offre de soins avec diminution du nombre de lits d'hospitalisation. L'EPRD 2011 doit par ailleurs être mené par projets et par objectifs. Les restructurations concernent les activités supra GH définies dans le cadre du plan stratégique : les neurosciences, les pôles lourds de cardiologie, la pédiatrie spécialisée, la cancérologie et les urgences. La CME doit s'emparer de l'ensemble de ces sujets pour faire des propositions et s'engager fortement dans la modernisation l'offre de soins, en lien avec la DPM, désormais dirigée par M. FOURNIER.

**La Directrice générale** note la fermeté avec laquelle le président de la CME affirme sa vision de la modernisation de l'offre de soins. Cette vision est en cohérence avec le travail mené avec la Direction générale et la DPM. Si la méthode et le bien-fondé des propos du Président Coriat ne font pas de doute, il convient dès à présent de passer à l'action.

**M. CAPRON** s'étonne de l'absence de présentation sur le NSI (nouveau système d'information), telle qu'elle avait été annoncée lors de la précédente CME.

**La Directrice générale** répond qu'un ordre du jour très chargé et des points non reportables ne permettait pas de traiter ce sujet dans de bonnes conditions. Afin d'avoir du temps pour l'exposé et le débat, la Direction générale a donc proposé de l'inscrire à l'ordre du jour de la première CME de l'année 2011.

Elle fait ensuite le point sur le calendrier budgétaire pour l'année 2011 : entre mi-décembre et fin mars, se tiendra une série de réunions de préparation budgétaire. En mars, une réunion d'arbitrage doit avoir lieu avec l'ARS, un certain nombre de données étant fixé par les tutelles. Ce sera un point de rencontre important, lors duquel les derniers arbitrages se feront.

Le calendrier serait le suivant :

- 15 décembre 2010 : réunion de pré-cadrage avec les directeurs de GH ;
- première quinzaine de janvier 2011 : réunions groupe par groupe sur les cibles d'activité entre la DPM et la DEF (nature de l'activité, volume, anticipation T2A) ;
- première quinzaine de février 2011 : cycle de pré-conférences mené par la Direction générale (DPM, DEF et DRH) qui traitera tous les sujets budgétaires et RH.
- Première quinzaine de mars 2011 : réunion finale au niveau de la Direction générale pour arbitrer les sujets restés en suspens.

Les directeurs de GH avec leurs présidents de CCM assisteront aux réunions de février et mars. Les réunions budgétaires continueront à être menées avec la communauté médicale et la CME y sera associée. Le pré-cadrage qui sera annoncé le 15 décembre aux directeurs de groupes portera sur l'encadrement de l'effort en 2011. Il leur sera demandé de décrire les projets sur lesquels les GH s'appuient en 2010 et les projets de modification de l'offre de soins en 2011 sous-jacents à l'exercice 2011. Ces projets doivent être planifiés afin de s'assurer de la possibilité de leur mise en œuvre.

Il faut par ailleurs être conscient que l'année 2011 sera particulière en termes de fonctionnement. Le CTE central du 6 décembre 2010 illustre le besoin de clarté et la difficulté de méthode que rencontre actuellement l'AP-HP. La Directrice générale indique qu'elle a signé récemment la création des groupes hospitaliers et la nomination de leurs directeurs. Si les directeurs de sites sont effectivement nommés, la définition des responsabilités entre directeurs de groupes, pôles et sites est encore en cours. Ce travail devra coexister avec la représentation syndicale issue de l'ancienne organisation, puisqu'elle n'existe pas encore au niveau des GH. Les directeurs de groupe devront donc être respectueux de l'ancien fonctionnement tout en ayant des points d'appui pour la gouvernance de demain, ce qui ne sera pas facile. Si l'élection de la CME doit avoir lieu en octobre 2011, il faudra avoir finalisé la constitution des pôles en avril. Ceux-ci sont les lieux médicaux, économiques et universitaires qui porteront l'organisation future. Il faut donc y prêter une attention particulière.

La Directrice générale annonce qu'elle fera, la semaine prochaine, des déclarations sur sa vision de l'AP-HP et les priorités de l'institution en 2011 et invite les membres de la CME à y assister. Les présidents de CCM, les directeurs de groupe, leurs collaborateurs, les représentants de l'offre de soins, les collaborateurs du siège, les doyens et les représentants syndicaux seront également invités. Enfin, la Directrice générale présente à la CME Madame Sibyle VEIL, qui a rejoint les équipes de la Direction générale et travaillera sur la mise en œuvre du plan stratégique.

**Le Président** réaffirme le souhait de la CME que le découpage en pôles soit validé par la commission des structures afin de lui donner une cohérence médicale. Il rappelle par ailleurs que la loi HPST ne permet pas aux consultants d'être chefs de pôle. La précédente ministre de la santé avait fait savoir qu'elle envisageait l'abrogation de cet article de loi, mais cela semble techniquement difficile et à ce jour, aucun texte n'est allé dans ce sens. La CME doit donc en prendre acte, à moins que les pouvoirs publics ne prennent une autre décision dans de brefs délais. Or les chefs de pôle doivent être nommés fin avril 2011, puisqu'un collège servira de base à l'élection de leurs représentants à la CME. Celle-ci joue un rôle fondamental dans la nomination des chefs de pôle, qui repose sur les doyens et le président de la CME, lequel s'attachera à porter l'avis de l'instance.

S'agissant du NSI, le nombre de points inscrits à l'ordre du jour ne permettait pas de lui consacrer le temps nécessaire. Le système est déjà déployé à l'hôpital Ambroise Paré et les retours divergent sur son efficacité. En prévision de la présentation de janvier 2011, le Président invite les membres de la CME à prendre contact avec les membres de leur spécialité à l'hôpital Ambroise Paré, afin de pouvoir discuter de la pertinence du système.

**M. LYON-CAEN** demande à la Directrice générale quel sera le rôle de Sibyle VEIL et quel sera son positionnement par rapport au corps médical. Il s'inquiète par ailleurs de l'approche de la Directrice générale qui, telle que présentée précédemment, apparaît essentiellement économique et comptable, alors que les sujets majeurs sont l'emploi soignant et l'investissement. La CME demande donc à connaître la politique de l'emploi 2011, en sachant que ce sujet ne peut attendre le 15 mars, ni être traité dans les conférences budgétaires. Quant à l'investissement, aborder ce sujet à partir du 15 février risque d'être source d'immobilisme pour encore trois mois, alors que l'absence de perspective est préjudiciable à l'activité des structures. Les problèmes stratégiques locaux ou de GH doivent également être abordés dès à présent. A ce propos, M. LYON-CAEN regrette l'absence de collaboration des instances de recherche aux réunions. Un CHU comme l'AP-HP suppose qu'à tout instant, les perspectives de recherche soient intégrées dans la réflexion médicale.

Quant à l'affirmation selon laquelle le nombre de lits d'hospitalisation se réduira de 50 % d'ici vingt ans, il ne faudrait pas en faire un dogme, dans la mesure où seuls certains lits d'hospitalisation sont concernés et où cette évolution nécessite une révision des modes de prise en charge qui n'est pas encore lancée. Il faut bien en mesurer toutes les conséquences.

Enfin, le responsable de l'ARS a annoncé dans une dépêche que l'unité de référence en matière de santé serait désormais le département. Or l'AP-HP est formée d'hôpitaux parisiens et franciliens. Certains GH sont à la fois parisiens et franciliens, d'autres ont développé des relations contractualisées avec des hôpitaux hors AP-HP au sein des structures franciliennes, tandis que d'autres encore, développent des activités intra-parisiennes. Une approche départementale de la santé n'est pas sans conséquence sur les perspectives de l'AP-HP. M. LYON-CAEN souhaiterait connaître les réactions de la Direction générale face à cette annonce inadaptée et rétrograde, qui fait abstraction du fait que l'AP-HP demeure malgré tout la structure de référence nationale.

**La Directrice générale** répond que la décision du Directeur de l'ARS ne correspond pas à la proposition de l'AP-HP, qui s'appuyait sur sa dimension universitaire et territoriale sans faire de distinction entre Paris et l'Île-de-France. Cette vision départementale ne correspond ni aux GH de l'AP-HP, ni à une vision moderne de l'organisation des soins. Les responsabilités politiques du département et d'autres matériaux ont pu guider le propos de l'ARS, mais cette décision n'en est pas moins regrettable pour l'AP-HP. Il faut cependant en prendre acte et travailler le mieux possible dans ce cadre. Il est donc prévu, dans les prochaines réunions avec l'ARS, d'étudier la mise en cohérence de ce découpage avec l'offre de soins de l'AP-HP sur les territoires des GH. Sur les autres sujets, dont les autorisations médicales, des réunions sont en cours de programmation avec l'ARS.

S'agissant de la recherche, c'est un élément structurant et distinctif de l'AP-HP, qui fait partie de tous les sujets. La dimension universitaire est au cœur de la réflexion sur les pôles. Dans le débat sur la dotation MIGAC, par exemple, la Directrice générale a défendu l'obtention du maximum de ressources pour maintenir cette caractéristique forte de l'AP-HP. Le sujet de la recherche est traité avec attention en termes d'organisation, de ressources humaines et de budget.

Enfin, l'emploi soignant est structurant pour l'offre de soins et concerne l'ensemble du personnel.

**Le Président** regrette la décision de l'ARS d'un découpage par département et rappelle que la CME s'était prononcée pour une autre proposition. En tenant compte des contraintes de la démographie médicale, ce découpage donne au secteur sanitaire privé la main sur l'hospitalisation dans les départements de la Seine-et-Marne, de l'Essonne et du Val d'Oise. L'AP-HP était prête à partager du temps médical avec d'autres institutions dans les spécialités en difficulté, mais ce découpage ne le permet pas.

**M. HARDY** note que l'organisation territoriale prévue par l'ARS (territoires départementaux) paraît peu compatible avec une réflexion supra-départementale et demande si ce type de réflexion, qui intéresse tout particulièrement l'AP-HP (notamment dans sa composante universitaire), pourrait être conduite en direct par l'ARS avec l'appui de cellules de réflexion ad hoc.

**Le Directeur de la Politique Médicale** répond que la structuration se fait strate par strate entre l'ARS et l'AP-HP. Plusieurs sujets avancent déjà et dépassent de fait le cadre départemental. Lors des premières discussions sur la permanence des soins, l'AP-HP a été considérée comme une entité, même si des domaines sont analysés parallèlement. Le sujet est abordé sous cet angle dans tous les domaines.

**M. LACAU ST GUILY** note que la Direction générale évoque à nouveau l'activité en termes quantitatifs mais aussi qualitatifs, ce qui est essentiel. Dans le paysage sanitaire français, l'AP-HP présente des particularités et des capacités qu'il importe de faire valoir face au secteur privé. Des pans entiers d'activité ne sont pas suffisamment valorisés et l'AP-HP est peu efficace en termes d'optimisation de la saisie de son activité. Il serait souhaitable d'aider les équipes médicales à s'améliorer dans ce domaine. C'est une action indispensable pour faire valoir une certaine idée de l'hôpital, consistant dans une prise en charge globale du patient qui ne se limite pas à une vision technique. L'AP-HP a vocation à recevoir des patients de la France entière et remplit une mission à la fois de proximité, régionale et nationale. Il faut donc mettre en avant la valeur ajoutée de son action dans l'enseignement, la recherche et l'activité clinique.

Observant que la volonté de réduire les frontières de l'AP-HP subsiste, **M. GARABEDIAN** craint que le découpage départemental décidé par l'ARS n'annonce une future déstructuration de l'Institution. Il est par ailleurs souvent reproché à l'AP-HP de ne pas réfléchir suffisamment par rapport à l'offre de soins externe en Île-de-France. Sur des thèmes importants comme la cataracte, la cancérologie, la chirurgie de la main par exemple, le positionnement de l'AP-HP n'est pas assez envisagé par rapport aux autres secteurs hospitaliers de l'IDF. Sur la pédiatrie spécialisée, le problème est considéré au niveau de l'AP-HP, qui concentre certes l'offre de soins, mais on ne devrait pas pour autant abandonner les sujets régionaux précités. M. GARABEDIAN souligne par ailleurs que l'université doit être incluse dans les réflexions sur la réorganisation. Il demande si le Ministère de l'Enseignement envisage une réforme du nombre des universités ou veut maintenir les contours actuels, ce qui ne manquera pas de poser problème pour les restructurations futures de l'AP-HP. Enfin, M. GARABEDIAN constate que l'investissement est absent des propos de la Direction générale, alors que certaines restructurations ne peuvent être menées sans. Les discussions avec les tutelles se concentrent sur la rentabilisation, mais ce n'est pas une raison pour oublier l'investissement, facteur essentiel de restructuration.

Selon **le Président**, le problème est de savoir si l'AP-HP peut investir au-delà de ses capacités d'autofinancement. Or il semble que la réponse soit négative et que les tutelles s'y refusent. La politique de la Direction des Finances consiste à valoriser des actifs immobiliers pour dégager des marges d'investissement. Ces restrictions touchent l'ensemble des hôpitaux. Au regard de la vétusté



du bâti, le Président demande donc à la Direction générale d'associer la communauté médicale dans la plaidoirie pour l'investissement en échange de restructurations. Des réponses sur ce point sont indispensables pour avancer.

**M. OURY** souligne que l'investissement ne concerne pas que le bâti, mais aussi la maintenance du matériel et le maintien de l'outil de travail.

**M. CAPRON** remercie la Directrice générale pour l'accroissement des flux des documents d'actualité transmis par E-mail et l'amélioration de la revue de presse, qui constituent de précieuses sources d'information. M. CAPRON a ainsi appris qu'au cours d'une réunion de la FHF en Île-de-France consacrée au budget hospitalier, Mme PODEUR, Directrice de la DHOS, aurait déclaré que l'augmentation continue de l'activité entraînerait une révision de la tarification. Il paraît donc vain d'espérer une amélioration du budget en augmentant l'activité.

**La Directrice générale** souligne l'importance de ces remarques, sur lesquelles elle reviendra ultérieurement. Concernant l'activité, aucune institution ne peut être dans une dynamique d'évolution et de modernisation sans se battre pour elle. Un organisme vivant se bat pour se développer. Il est demandé à l'AP-HP de développer son activité en tenant compte d'une tarification variable selon les activités, de la concurrence et du territoire. L'AP-HP doit être la meilleure sur les activités dans lesquelles elle est performante, en sachant que les gains obtenus ainsi ne seront pas à la hauteur des défis actuels. La contraction sur les charges est un enjeu plus important. Il faut donc mener ces deux sujets de front. Mme PODEUR a simplement rappelé le positionnement de la DHOS. La Direction générale, quant à elle, mène un lobbying intense pour obtenir la meilleure T2A et les meilleures MIGAC. Il ne faut pas pour autant être candide : travailler sur le territoire implique de se battre pour l'activité et de construire des filières qui bénéficient aux patients et donnent un avantage à l'AP-HP.

La Directrice générale invite la CME à être attentive à la présentation de la dette de l'Institution. La pérennité de l'AP-HP demande de faire preuve de responsabilité dans la durée. Les équipements accompagnant les restructurations et les besoins médicaux nécessitent effectivement des investissements, mais le nombre de sujets à traiter est très important.

S'agissant des relations avec les universités, le passé récent montre que des réorganisations non préparées en amont en collaboration avec les doyens n'aboutissent pas. Le principe de réalité implique de les associer étroitement à l'évolution de l'offre supra-GH, d'autant plus qu'ils détiennent un pouvoir certain. L'avenir de l'AP-HP doit également être porté par les universités.

Pour l'investissement, **M. MUSSET** recommande de ne pas s'adresser uniquement aux tutelles et aux ministères, mais de frapper également à la porte des conseils régionaux et départementaux.

**M. le Professeur BERCHE** souligne qu'il faut faire preuve d'imagination dans les relations entre l'AP-HP et les universités, ainsi qu'entre les universités. Il serait utile d'approfondir la question des rapports entre universités, afin qu'elles travaillent davantage dans un esprit de coopération que de compétition.

Abordant le sujet de la cancérologie, **M. LACAU ST GUILY** souligne que l'AP-HP doit exercer sa capacité de concurrence dans les domaines où elle est performante, mais doit aussi trouver le bon niveau de coopération avec les partenaires présents dans la région. Ces partenaires sont indispensables, puisque les patients viennent de loin. Les réseaux sont des lieux d'exercice intéressants de ce point de vue. Il faut donc réfléchir à cette conjonction.

## **II. Révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011 : avis sur l'examen des demandes de création de postes**

**M. HUBIN** présente la synthèse des demandes de création et de maintien de postes, la grille d'analyse des demandes de postes et les enjeux financiers. La grille d'analyse croise trois critères principaux : la pertinence médicale de la demande, la qualité de la candidature et la situation financière du site demandeur, afin de classer les demandes en trois catégories : A pour les demandes acceptées, B pour les demandes « à revoir » et C pour les demandes « injustifiées ». Au niveau financier, le montant des reprises avant la CME du 16 novembre était fixé à 5,195 millions d'euros. Il est ramené à 5,136 millions d'euros, en tenant compte des reprises et taxes au maintien d'une part, de l'effet de la révision des postes de HU en 2011 d'autre part. A ce niveau, 15 des 18 postes de PH dont les titulaires devraient être promus PUPH ont été ainsi valorisés ; le solde sera actualisé au vu des décrets de nomination

S'agissant de l'analyse des demandes de création, 82 demandes de postes autofinancées ont été présentées, dont 71 ont été acceptées et 10 ont été rejetées (candidats et / ou projets insuffisants). Une demande est encore classée B, l'effet est nul en masse salariale. 15 demandes de création de postes par redéploiement interne ont été déposées pour un montant de 1,375 million d'euros, dont 12 sont acceptées, 2 sont rejetées (projet) et 1 est encore classée B. L'effet en masse salariale se traduit par une redistribution de 1,155 million d'euros. 3 demandes de création de postes par retour d'emprunt ont été déposées, dont 2 ont été acceptées et 1 a été différée en 2012. L'effet sur la masse salariale est de 92 000 euros. 66 demandes nécessitaient un complément de financement, dont 45 ont été acceptées et 21 rejetées, pour un coût total de 1,337 million d'euros.

Au global, le montant des reprises s'élève à 5,136 millions d'euros et le montant des créations de postes à 2,584 millions d'euros. La révision des effectifs de PH se solderait par une économie de 2 551 500 euros, un montant insuffisant pour atteindre l'objectif global d'économies pour 2011. Il faut donc explorer d'autres pistes, dont les dépenses de la permanence des soins et le temps médical.

**M. HUBIN** présente ensuite l'historique des efforts sur la permanence des soins. Fin 2010, compte tenu des efforts cumulés demandés et du niveau des dépenses, seuls 12 % de l'effort attendu sur les dépenses de la permanence des soins sont réalisés. Quand on met en parallèle les crédits notifiés et les dépenses, on constate que les crédits chutent fortement, tandis que les dépenses diminuent moins fortement d'où un écart croissant entre le niveau d'économies attendu et les efforts réellement faits.

**M. MUSSET** constate que le poste d'orthopédie à l'hôpital Antoine Béclère a été classé A par le groupe restreint le 25 novembre, qui a tenu compte de la croissance du nombre d'actes d'orthopédie du service (+11 %), du taux d'occupation corrigé des lits (90 %) et de l'augmentation des recettes (6,5 %). Le praticien concerné réalise environ un quart de l'activité du service, est PHC depuis plusieurs années et risque de quitter l'hôpital s'il n'obtient pas le poste de PH. En outre, la discipline d'orthopédie a donné son plein accord pour la titularisation de ce candidat. Il est donc peu compréhensible que ce poste ait été classé en catégorie C après la réunion du bureau élargi.

**M. DOURSOUNIAN** souligne que l'activité orthopédique s'est améliorée depuis l'arrivée d'un chef de service d'orthopédie et ce dernier a pu s'appuyer particulièrement sur ce praticien, demandeur d'une nomination au grade de PH. C'est un très bon candidat qui rend des services locaux. L'AP-HP a tout intérêt à le garder.

**Le Président** en prend note.

**M. JULIARD** émet un vœu au titre de la collégiale de cardiologie quant au classement en C de la demande de poste en réadaptation cardiovasculaire à l'hôpital Corentin Celton. La candidate est déjà reçue au concours de PH en 2010 et occupe actuellement un poste de PH contractuel à temps partiel. Le service de réadaptation est essentiellement assuré par les deux collègues PH. Il s'agit d'un poste de PH à temps partiel autofinancé, classé en A par l'hôpital Corentin Celton et la collégiale de cardiologie. La réadaptation cardiovasculaire est un besoin institutionnel et contribue aux soins de suite des centres lourds de cardiologie. L'évolution de Corentin Celton 2 se traduit par la récupération de 40 lits dans le cadre de l'engagement de l'AP-HP à offrir au moins une centaine de lits de réadaptation cardiovasculaire en Île-de-France. La collégiale proteste contre le classement en C de ce poste et demande son maintien à temps partiel.

**Le Président** en prend note.

**Mme DURAND** attire l'attention de la CME sur le problème de la physiologie. Le poste devait être classé en A à condition que le GH assure son financement.

**Le Président** répond que si le poste est autorisé, la négociation se déroule au niveau de l'hôpital Ambroise Paré.

**Mme FOURNIER** précise que la réponse est en attente. Le poste sera validé dès qu'il sera financé.

**M. GARABEDIAN** note qu'une demande de poste gynéco-obstétrique à l'hôpital Trousseau reste classée C.

**M. OURY** répond qu'en tenant compte du manque d'expérience du praticien et de la réorganisation en cours, il a été décidé de maintenir le poste de PHC pendant un an, en prévoyant une création de poste de PH l'année suivante.

**M. CHERON** note que la demande de poste à temps plein en néonatalogie à l'hôpital Necker reste classée en B. Il s'agit d'un poste autofinancé et la praticienne souhaite prendre un poste de néonatalogie vacant en 2011. M. CHERON demande que ce poste soit classé en A. En tant que responsable de pôle, il s'engage à faire parvenir à M. MUSSET les accords écrits stipulant qu'il ne s'opposera pas à sa mutation.

**Le Président** en prend note et corrigera ce point.

**M. CAPRON** demande une explication sur le refus de créer un poste pour la prise en charge de la douleur à l'Hôtel Dieu-Cochin.

**M. WEILL** explique qu'avant sa constitution, le GH comprenait deux centres de la douleur, l'un à l'Hôtel Dieu, l'autre à Cochin, et deux unités de soins palliatifs, l'une à l'Hôtel Dieu, l'autre à Cochin. Ces deux dernières ont été regroupées en une seule unité de soins palliatifs à Cochin et poste laissé vacant par le départ en retraite d'un praticien spécialiste de la douleur à Cochin est destiné à l'Hôtel Dieu pour le centre de la douleur. Il y a donc une logique de restructuration interne entre les deux sites.

**Le Président** répond que l'Hôtel Dieu est en train de revoir son projet médical. Il propose d'accorder l'autorisation de recruter sur ce poste, sous réserve que l'Hôtel Dieu dégage des marges de manœuvre pour le financer.

**M. VALLEUR** fait part à la CME d'une proposition d'ajout de 6 demi-journées au poste en urologie à l'hôpital Tenon.

**Le Président** répond qu'il n'y a pas de raison de s'y opposer, sous réserve de l'autofinancement.

**M. VALLEUR** transmet une demande de relance pour le poste de chirurgie à la Pitié-Salpêtrière. Le responsable du service est prêt à augmenter sa quote-part.

**Le Président** ne se prononce pas sur ce poste et s'en remet à l'avis des chirurgiens, sous réserve de l'autofinancement du poste. Il recommande de ne pas se précipiter, dans la mesure où la Pitié-Salpêtrière souhaite déposer un projet sur la prise en charge de l'obésité et doit recruter un chirurgien spécialiste pour devenir centre de référence, puisque le transfert attendu ne se fait pas.

**M. FONTAINE** s'étonne de voir figurer le poste d'odontologie de l'hôpital Bicêtre au titre des demandes de maintien, puisqu'il s'agit d'une création.

**Le Président** explique que le poste de stomatologie a été repris et donné à l'odontologie conformément au projet de l'hôpital. C'est une erreur sémantique à corriger.

**M. RILLIARD** est surpris de l'absence de l'avis de la collégiale sur un poste de l'hôpital Bicêtre.

**Le Président** répond que l'avis de la collégiale sera ajouté. S'il est négatif, le poste sera retiré.

Concernant l'hôpital Saint-Louis, **M. RYBOJAD** souligne que le fonctionnement du cyclotron nécessite deux ETP.

**Le Président** croit savoir que l'hôpital peut faire fonctionner le cyclotron. La question était de retrouver les crédits de financement du poste.

**Mme MAUGOURD** note qu'en gériatrie, les hôpitaux Bicêtre-Paul Brousse ont déposé trois demandes de postes, dont une par redéploiement institutionnel partiel. Il est maintenant possible de créer les trois postes de gériatrie puisque le problème de financement est résolu pour l'ensemble.

**M. FAYE** observe que des demandes sont en discordance avec l'avis du syndicat des chirurgiens. C'est le cas de deux candidats à l'HEGP, qui souhaitait en prendre au moins un, lequel était PHU jusqu'en 2013. C'est un candidat d'excellente qualité, classé en A par la communauté chirurgicale. Si sa candidature ne passe pas cette année, il faudra veiller à l'accepter l'an prochain.

**Le Président** en prend note.

Concernant le poste de chirurgie maxillo-faciale de Beaujon encore classé B, **M. FAYE** rappelle que cette spécialité a rendu deux postes qui étaient proposés en maintien. Le chef de service se retrouve isolé. De surcroît, l'antenne de Bichat, précieuse, nécessite un minimum d'encadrement.

**Mme DEGOS** indique que l'hôpital Beaujon a accepté la suppression du poste de chirurgie maxillo-faciale pour pouvoir maintenir un poste en radiologie.

**Le Président** note que seule la demande de passage du PHC de Bicêtre en PH modifie le compte financier. Les autres demandes sont acceptées sous réserve d'autofinancement. La Pitié-Salpêtrière, quant à elle, doit déposer une demande formelle en s'engageant à autofinancer le poste en chirurgie. Ces remarques étant posées, il soumet la révision des effectifs au vote de la CME.

*Sous réserve de la prise en compte des remarques précédentes, la CME approuve à l'unanimité la révision des effectifs de PH au titre de l'année 2011.*

### **III. Point sur les dépenses de permanence de soins**

**Le Président** souligne que la rationalisation des dépenses liées à la permanence des soins s'impose dans le cadre de la réflexion menée sur l'optimisation des dépenses de personnel médical, une démarche dans laquelle s'inscrit la révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers 2011. Il faut s'assurer de la pertinence des dépenses engagées en raison des nouvelles modalités de financements de la permanence des soins et de son coût important, à la fois direct (80 millions d'euros d'indemnité de sujétion en 2009) et indirect (dépenses liées aux fonctionnements des structures assurant la permanence des soins). L'ARS considère les efforts de réduction des dépenses dans ce domaine comme un signe que l'AP-HP s'engage dans une démarche vertueuse. Depuis 2009, ces 80 millions d'euros sont donnés dans les MIG. Dans les prochaines années, l'ARS pourrait diminuer ce montant, ce qui augmenterait le déficit de l'Institution.

Force est de constater que les démarches menées en 2009 et 2010 pour rationaliser les dépenses liées à la permanence des soins n'ont eu qu'un effet relatif : la diminution de ces dépenses fin 2010 est estimée entre 1,1 et 1,3 million d'euros. Une nouvelle méthodologie doit donc être proposée et deux approches doivent être envisagées. Il convient tout d'abord de revoir le nombre de sites assurant une permanence des soins, dans les spécialités médicales et chirurgicales, pour mettre en adéquation l'offre et la demande de soins dans le cadre de l'urgence. Cette réflexion doit être menée en lien avec la mise en œuvre du plan stratégique, dont les effets ne peuvent être envisagés à court terme. Il faut commencer par harmoniser la nomenclature des gardes et astreintes et par revoir le nombre de gardes par spécialité.

La deuxième approche méthodologique consiste à comparer les dépenses liées à la permanence des soins dans chaque établissement, spécialité par spécialité. Il existe plusieurs postes pour lesquels les établissements doivent justifier l'importance des dépenses consacrées à la permanence des soins (*versus* continuité des soins). Il n'est pas acceptable, par exemple, que l'astreinte couvre des plages additionnelles, et il est indispensable de se mettre en conformité avec les exigences de la sécurité sociale.

Le Président projette une analyse comparée des dépenses liées à la permanence des soins par spécialité médico-chirurgicale, à majorer d'un tiers, ainsi qu'une analyse des dépenses d'astreintes par hôpital et spécialité.

En conclusion, cette présentation se fonde sur la base des données émanant de la Direction des finances. Les hôpitaux sont invités à reprendre la partie qui les concerne, pour vérifier et réviser la désignation de leurs gardes et astreintes. S'agissant d'un problème de santé publique, il serait utile d'associer un PU-PH de santé publique sur le sujet, afin d'obtenir des renseignements sur l'activité réellement faite et facturée et de pouvoir faire basculer les dépenses de gardes et astreintes non justifiées sur le personnel médical.

**M. GARABEDIAN** souligne que le nombre de gardes d'ORL n'est pas de douze mais de deux.

**Le Président** répond que cet écart témoigne du fait que des gardes désignées comme ORL sont mal nommées, ce qui n'empêche pas que ces douze gardes soient payées. Le problème se pose certainement pour d'autres spécialités. Il existe même des gardes « recherche », « troubles du sommeil » et « médecine de la reproduction ». La révision de la nomenclature est donc indispensable. Il est proposé que chaque hôpital nomme les gardes selon les appellations du CNU, en les décrivant brièvement.

**Mme MAUGOURD** précise que l'hôpital Sainte Périne est obligé de recourir aux astreintes, puisqu'il emploie des médecins étrangers.

**Le Président** répond que les astreintes peuvent être justifiées, mais qu'il faut vérifier qu'elles ne recouvrent pas d'autres types de dépenses médicales. En chirurgie vasculaire, par exemple, des dépenses de 75 000 à 100 000 euros à Ambroise Paré ne sont pas explicables. Ce montant est également trop élevé à la Pitié-Salpêtrière (80 000 euros). Les astreintes de néphrologie pédiatrique existent dans plusieurs hôpitaux de l'AP-HP, alors qu'elles pourraient sans doute être regroupées. Il faut avant tout s'interroger sur le service rendu.

**M. LYON-CAEN** souligne que M. CHERON travaille sur le sujet depuis trois ans. Le temps d'aboutissement du projet sera long, alors que les problèmes rencontrés par l'AP-HP requièrent une résolution à court terme. Il faut donc avancer beaucoup plus rapidement. Constatant que les propositions précédentes, bien que fondées, n'ont pas été appliquées, M. LYON-CAEN demande qui appliquera les nouvelles propositions. Le véritable problème est la justification des gardes, qui rejoint celui du regroupement des activités, lequel ne fait l'objet d'aucune réflexion objective. Face à ce risque de non-aboutissement, M. LYON-CAEN recommande d'aborder le sujet à travers une réflexion sur la réorganisation des gardes et astreintes.

**Le Président** partage ce point de vue et affirme son intention d'avancer très rapidement sur le sujet.

**M. CHERON** appelle à une collaboration totale et immédiate des GH et des établissements. Il cite l'exemple d'un hôpital dans lequel la garde de PH a été rémunérée pendant 10 ans au tarif de HU, représentant 9 millions d'euros versés à tort. Il faut donc s'assurer que le PH est rémunéré comme tel dans tous les établissements, de même, lorsqu'un PH d'astreinte revient pour une transplantation hépatique, il ne peut la réaliser en moins de trois heures. L'astreinte devrait donc être transformée en garde, mais ce n'est pas le cas.

**M. CARLI** attire l'attention de la CME sur le pragmatisme que requiert le sujet. Faisant partie de la commission nationale sur les urgences, il observe que la différence entre les soins PDSH (permanence des soins hospitalière) et la continuité des soins est un constat partagé par tous les hôpitaux. La majorité des écarts provient du fait que l'AP-HP a financé de l'activité relevant de la continuité des soins avec un dispositif de permanence des soins. Il faut donc régler deux problèmes, le premier étant celui de la continuité, qui va se poser de manière aiguë dans les sites où seront supprimés des gardes, le second étant celui de la rémunération des heures supplémentaires des médecins qui n'ont pas vocation à être financées par le dispositif de permanence. Par ailleurs, l'absence de résultat des trois dernières années montre que le problème concerne l'ensemble du dispositif. Il faut donc l'étudier globalement. Sans être négatif sur la réforme des gardes, M. CARLI rappelle aussi que certaines gardes sont réglementaires et que 70 % de la PDSH répond à des obligations réglementaires. M. CARLI a donc attiré l'attention de l'ARS sur ce point, en

soulignant que la proximité géographique des hôpitaux permettrait d'optimiser le nombre de gardes.

**M. DASSIER** rappelle que la garde et l'astreinte ne sont pas un complément de salaire mais rémunèrent une activité de nuit ou de week-end. Pendant longtemps, elles ont constitué de fait un complément de salaire sans la véritable contrepartie d'un travail ! Elles permettent aussi, dans de nombreux blocs opératoires, de terminer un programme froid au delà des heures ouvrables. Il faut récuser une telle dérive, en instaurant une meilleure organisation des blocs opératoires. Avant les négociations de 2003, l'astreinte, était rémunérée au même tarif que la garde quand elle s'étendait sur la totalité de la nuit. Depuis la réforme, elle peut être rémunérée 430 euros au lieu de 250 euros. Une astreinte déplacée coûte donc plus cher qu'une garde. Enfin, s'il existe certes des gardes statutaires, il ne faudrait pas revenir à la situation antérieure à 2003 dans laquelle la garde et l'astreinte s'apparentaient à du travail dissimulé et non reconnu. S'agissant de la plage additionnelle, elle nécessite des tableaux de service réels, des volontaires et une contractualisation.

**Le Président** observe que le recours aux astreintes encourage les blocs opératoires à finir plus tard, car la contrainte est moindre.

**M. DEVICTOR** rappelle qu'il a été demandé aux présidents de CCOPS de trouver une solution pour appliquer la révision des gardes et astreintes et qu'à cette occasion, tous leurs collègues ont su justifier les leurs et ont avancé de bonnes raisons. Ceci explique en partie pourquoi la situation n'a pas évolué en trois ans. Le risque est que cela se reproduise.

**Le Président** répond qu'il faut justifier les gardes et astreintes par les malades traités. L'ARS, qui fixe les montants de la permanence des soins, peut considérer que ces montants sont trop élevés et décider de les revoir à la baisse, ce qui créerait un déficit pour l'hôpital.

**M. VALLEUR** rappelle qu'un rapport datant de douze ans proposait déjà cette analyse. Le problème est difficile et réside en partie dans la dispersion des structures et la culture de l'établissement. L'existence de dix gardes de chirurgie digestive, par exemple, correspond davantage à l'histoire de l'Institution qu'à un besoin actuel. Au niveau du nombre d'appendicectomies réalisées par an, les disparités entre établissements sont considérables. Il est possible que certains services d'urgence transfèrent des patients dans les cliniques privées proches.

**M. LACAU ST GUILY** souligne que le nombre de sites concernés est un aspect important du problème. Certaines astreintes répondent aux besoins d'hôpitaux dépourvus de spécialistes et ne sont pas rémunérées. Dans ce contexte, un certain nombre de médecins se déplacent gratuitement, pour lesquels la configuration actuelle ne permet pas d'obtenir d'astreintes. Ainsi, les besoins en astreinte sont supérieurs dans certaines disciplines ou sites à leur nombre actuel.

**Le Président** souligne un problème médical. Il faut veiller à ce que le besoin ne soit pas créé par l'existence d'une astreinte.

**M. FAYE** souligne l'importance des tableaux présentés par le Président à partir des données de la Direction des Finances. Ce travail est effectivement difficile à conduire en interne et doit être dirigé par le Siège de l'AP-HP et les collégiales. Il faut par ailleurs distinguer la continuité des soins de la permanence des soins, régie par le forfait urgence et nécessaire pour faire fonctionner le service tant en termes d'accueil que sur le plan thérapeutique. Constatant qu'une réunion se tient le 15 décembre sur la permanence des soins à l'ARS avec des urgentistes, des anesthésistes et des chirurgiens, M. FAYE demande quelle sera la composition de la délégation de l'AP-HP.

**Le Président** considère qu'il faut préalablement réactualiser la base de données et harmoniser la nomenclature, afin de disposer d'arguments fiables pour défendre le maintien des MIG. La labellisation et la justification de la garde font pour l'instant défaut.

**Le Directeur de la Politique Médicale** répond que la réunion de l'ARS portera essentiellement sur des aspects méthodologiques et confirme que l'AP-HP y sera représentée. Concernant la permanence des soins, le sujet requiert une investigation médicalisée. Le bien-fondé des gardes et astreintes sera vérifié par des médecins, sur la base d'un échantillon significatif. La DPM estime que l'analyse de l'existant prendra plusieurs mois, pendant lesquels les transferts de gardes, permutations et restructurations à venir ne pourront pas être mis en œuvre.

**Le Président** remercie Madame BLUM-BOISGARD, PU-PH Santé Publique de s'impliquer, avec les internes de Santé Publique de la DPM, dans la vérification des noms de garde et de leur justification auprès des hôpitaux. Ce travail doit être réalisé dans un délai d'un mois, afin de disposer rapidement d'une base de données fiable.

**M. MUSSET** s'associe à la crainte exprimée par M. LYON-CAEN sur la lenteur d'application et l'absence de résultats. Il rappelle que la CME a voté le fait que les plages additionnelles et les CET ne pourraient être abondés que sous condition d'un planning prévisionnel validé par les chefs de pôle et les directeurs d'établissement. Or cette décision n'est toujours pas suivie d'effets et les rémunérations continuent à être versées à partir de planning rétrospectifs. Il est inadmissible de continuer à dépenser les ressources de l'AP-HP pour des services qui ne respectent pas les règles institutionnelles.

**M. DASSIER** recommande de ne pas perdre de temps dans la phase d'étude. Les données disponibles sont suffisantes pour agir dès à présent. Il faut un planning prévisionnel, mais aussi définitif. Il est nécessaire que les tableaux de service correspondent à l'activité et que la charge de travail soit répartie de manière régulière sur l'ensemble du personnel médical.

**M. LYON-CAEN** insiste sur l'idée d'une rationalisation. La contribution d'un PU-PH de Santé publique est importante de ce point de vue. Il faut en profiter pour repenser l'organisation des structures d'accueil de garde. Il insiste également sur la notion d'anticipation. Il faut parvenir à soumettre aux responsables de l'ARS des propositions d'une grande précision. Enfin, il rappelle que s'applique une notion de fongibilité. Le problème d'organisation des gardes et astreintes recouvre des problèmes financiers, qui ont des conséquences sur le personnel soignant. M. LYON-CAEN demande pour le début de l'année 2011 des précisions sur le personnel soignant.

**Le Président** insiste auprès de la Direction générale sur ce dernier point, qui constitue une préoccupation constante. En termes de calendrier, il souhaite que les gardes et astreintes soient labellisées selon l'appellation du CNU avec description et grade de celui qui l'assure pour chaque hôpital d'ici un mois. Dans une seconde phase, il faudra aller sur site pour déterminer les pathologies qui ont justifié l'astreinte. Parallèlement, il faut étudier la possibilité d'une diminution du nombre de gardes, mais il faut pour cela disposer d'une base de données fiable. L'objectif d'économie pourrait être fixé à 4 millions d'euros. La communauté médicale doit montrer qu'elle participe à l'effort d'efficacité et veiller à son application pertinente. En février 2011, il serait souhaitable de présenter à la CME un état des lieux analysé par la CCOPS.

Au regard de l'importance de l'enjeu et de sa complexité, **M. HARDY** suggère de faire un point d'avancement à chaque CME.



**Le Président** s'y engage.

#### **IV. Exécution budgétaire à fin septembre**

**M. SAUVAGE** présente l'état infra-annuel n°2 (9 premiers mois de l'année) et l'EPRD modificatif 2010. Les tendances constatées en juin se confirment : recul des séjours en chirurgie (-2 % par rapport à 2009), dynamique des séjours en obstétrique (+4,5 %) et stabilité des séjours en médecine. Le développement en chirurgie ambulatoire s'accélère par rapport aux années précédentes. L'activité est également très dynamique en chimiothérapie (+10 %) et dans une moindre mesure en radiothérapie (+2,5 %). En termes de volume de séjour, l'objectif est pratiquement atteint mais les recettes sont moins favorables que prévu.

##### **1. Evolution des recettes**

Les recettes d'activité apparaissent en ligne avec les prévisions. Les recettes d'hospitalisation sont légèrement supérieures aux prévisions (+1,2 %) sous l'effet PMCT, en sachant qu'une partie de cet effet est liée à la réintégration dans les GHS de certains médicaments de la liste en sus. Les produits MO et DMI T2A sont très inférieurs aux prévisions (-23 millions d'euros), sans conséquence néanmoins sur le résultat. Les recettes des consultations et actes externes sont inférieurs de 5,8 millions d'euros aux prévisions. L'activité des consultations est stable et les taux de facturation s'améliorent tandis que, pour la première fois, le nombre de passage aux urgences diminue (-2 %). A ce propos, l'exhaustivité du passage aux urgences représente un enjeu majeur (MIGAC). Concernant les recettes liées à l'amélioration des pratiques de codage, le PMCT global est en augmentation sensible et le taux de facturation des forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) s'améliore sensiblement.

Les autres recettes sont en ligne avec le budget. Les retards constatés sont conjoncturels (retards de facturation internes hors AP-HP) et, dans une moindre mesure, structurels (rétrocessions des médicaments). Les produits exceptionnels sont supérieurs aux prévisions en raison de rattrapages de factures.

En conclusion, les recettes de titre 1 sont en retrait par rapport aux prévisions de 25 millions d'euros, dont 23 portent sur les produits T2A et sont sans impact sur le résultat prévisionnel. Les recettes de titre 2 sont légèrement supérieures aux prévisions et les recettes de titre 3, inférieures, mais essentiellement pour des raisons conjoncturelles.

##### **2. Evolution des dépenses**

Les dépenses de personnel dépassent légèrement les prévisions, ce qui confirme la tendance constatée fin juin. La baisse d'ETPR en PNM atteint 95 % de l'objectif. En revanche, il existe des tensions sur l'intérim, les heures supplémentaires et le remplacement. Les dépenses de personnel médicales sont supérieures aux hypothèses, en partie pour des raisons conjoncturelles (reconstitution des carrières de PU-PH et MCU-PH). Quant aux dépenses médicales, elles sont maîtrisées dans l'ensemble. Des effets de stock s'exercent, qui entraînent une réduction des dépenses de 6,7 millions d'euros qui serait liée à la mise en ligne des stocks sur SAP. L'analyse de ce poste requiert néanmoins de la prudence, le passage à SAP entraînant des changements méthodologiques. L'effet peut être lié à des erreurs comme à une optimisation. Les dépenses de

titre IV dépassent nettement les prévisions, notamment en raison de l'accroissement du nombre d'annulations type et réémissions.

En conclusion, les dépassements sur les dépenses d'exploitation de titre II, III et IV sont essentiellement liés à des charges exceptionnelles. En matière de masse salariale, les dépenses sont satisfaisantes, à l'exception de la permanence des soins, de l'intérim et des heures supplémentaires. A ce stade, les cibles globales peuvent être maintenues sur ces postes.

### **3. EPRD modificatif**

En conséquence, le résultat prévisionnel est maintenu à -113 millions d'euros. Des ajustements de chapitres sont effectués pour régler la question du caractère limitatif de certains. Dans le calcul du TPER, la règle de comptage des temps partiel ne sera plus 0,80 mais 0,86. Ce changement des règles nationales de calcul n'exerce aucun impact sur les finances. Les charges de personnel sont augmentées, les charges médicales diminuées et les charges hôtelières prennent en compte l'effet de stock. Les charges exceptionnelles sont également augmentées, mais l'ensemble des charges baisse de 5,5 millions d'euros. Les ajustements sont donc essentiellement techniques, l'objectif global ne changeant pas. Ils se sont avérés nécessaires pour éviter les problèmes de mise en paiement de la trésorerie générale pour les chapitres limitatifs du personnel.

### **4. Budgets annexes**

Les budgets annexes connaissent des tendances similaires. *A priori*, le conseil de surveillance a acté des cessions, il y aura donc réalisation des objectifs, mais avec un délai. Sur les unités de soins de longue durée et d'hébergement des personnes dépendantes, des retards conjoncturels sont à noter, qui sont liés aux relations avec les conseils généraux et aux difficultés de refacturation. Des ajustements techniques sont apportés sur les chapitres limitatifs pour éviter tout problème de paiement. Sur les instituts de formation, les mêmes ajustements sont apportés avec cependant un risque de clôture (Conseil Régional). La capacité d'autofinancement augmente de 0,5M€ En revanche, les immobilisations sur l'année sont revues à la hausse en raison d'un investissement de 530 millions d'euros contre une prévision de 500 millions d'euros. Les cessions d'actifs diminuent de 11 %, les subventions d'équipement augmentent de 11 %. Pour financer le décalage lié à la révision de l'investissement, 25 millions d'euros supplémentaires sont empruntés.

A l'issue de cette présentation, **M. LACAU ST GUILY** estime qu'il est indispensable d'avoir de la visibilité sur le coût et l'apport du projet informatique, compte tenu du contexte budgétaire.

**Le Président** partage cette remarque.

**M. LYON-CAEN** s'enquiert du nombre de lits fermés en 2010 par rapport à 2009. Il serait intéressant de savoir si la diminution de l'activité est liée à cet élément. La suppression des emplois peut se traduire par une réduction de l'activité entraînant une augmentation du nombre de jours où les lits sont fermés. Dans le contexte d'une marchandisation de la santé, il conviendrait de s'interroger sur l'impact de la suppression des 743 ETP sur l'activité de l'AP-HP.

**M. SAUVAGE** prend note de cette question. Il souligne que le développement de l'activité en chirurgie ambulatoire peut expliquer une partie de la diminution du nombre de lits.

**Le Président** s'inquiète moins des 743 ETP supprimés que de ceux qu'il faudra supprimer l'année suivante. Au cours de l'année 2010, ont été retirés principalement des emplois non soignants. Le Directeur de la Pitié-Salpêtrière affirme ainsi qu'aucun emploi soignant n'a été retiré en 2010 dans son hôpital. Cette démarche ne peut cependant plus être reconduite et le déficit s'établit à -100 millions d'euros, sans compter la dette.

**M. GARABEDIAN** observe que les retraits d'emploi sont à la hauteur des annonces et se poursuivent. Le retrait de personnel non soignant pose problème au quotidien. On ne sait plus à qui s'adresser en cas de problème informatique ou pour des travaux. Il ne comprend donc pas cette stratégie.

**Le Président** répond que ne pas retirer d'emplois conduirait à augmenter la dette et déposer le bilan. Il est préférable d'étudier l'utilisation optimale des ressources dont dispose l'AP-HP. Le directeur de l'ARS affirme que les besoins en lits d'hospitalisation diminueront à l'avenir. Il est possible de mener une réflexion constructive sur ce sujet et de s'engager dans la modernisation de la médecine.

**M. CAPRON** observe qu'un déficit de 115 millions d'euros sur un budget de 6,4 milliards d'euros représente 1,8 % du budget de l'institution. Il demande si ce déficit prend en compte la convergence budgétaire intrasectorielle de 2012.

**M. SAUVAGE** répond que les prévisions budgétaires tiennent effectivement compte de la convergence. Les comptes sont déjà établis sur ce modèle. La dernière marche de convergence aura lieu en mars 2011 et il n'y en aura plus en 2012. La marche de convergence à l'AP-HP s'établit autour de 40 millions d'euros. La convergence est déjà prise en compte au niveau des GH dans leurs comptes reconstitués « locaux », mais il faudrait dégrader le résultat de 40 millions d'euros pour obtenir le compte global de l'AP-HP fin 2011.

**Le Président** souligne que 2011 est l'année de tous les dangers. Il convient de se montrer courageux afin de la passer dans les meilleures conditions possibles.

Concernant le PNM, **M. ABDOUN** souligne qu'il faut tenir compte des postes non pourvus. Le poste des IADE et IBOD est en sous-exécution. Le volant d'intérim est consommé voire dépassé et les heures supplémentaires désorganisent les services. M. ABDOUN demande quel est l'équivalent annuel des mensualités non consommées des titulaires. Non seulement des postes ne sont pas pourvus, mais les embauches se font tout au long de l'année, ce qui renvoie à une sous-exécution d'un poste dans les mois précédents l'embauche. Il s'enquiert également du montant de sous-exécution des mensualités de remplacement. Enfin, il souligne que la suppression de postes de PNM non soignant revient à supprimer des postes de fonctionnaires, qui sont remplacés par des sous-traitants et de la privatisation. Il faudra un jour tirer le bilan de cette stratégie en termes d'efficacité. Remplacer un poste supprimé par un technicien sous-traitant n'ayant aucune expérience des blocs opératoires a par exemple entraîné la fermeture pendant trois semaines d'un bloc à Trousseau.

**Le Président** note que cette intervention résume bien la situation.

**M. SAUVAGE** souligne que les mensualités de remplacement sont en hausse et raisonne en TPER, donc en nombre d'emplois moyens sur l'année. Il ne peut donc répondre à la question de M. ABDOUN. Recruter en juin au lieu de janvier ne change rien. Quant à la sous-traitance, les dépenses qui lui sont liées ne sont pas en augmentation massive.

**M. FAYE** s'enquiert de l'augmentation des dépenses d'intérim. Recourir à l'intérim signifie que les patients sont présents, mais que l'AP-HP n'a pas le personnel pour les soigner. En termes de personnel médical, l'intérim se solde par une dégradation de la qualité des soins, les intérimaires ne connaissant pas toujours les pratiques du service ou la spécialisation du service auquel ils sont affectés.

**M. SAUVAGE** répond que la prévision budgétaire pour l'intérim était de 14 millions d'euros. La réalisation a été de 15 millions d'euros.

## **V. Compte de résultat modificatif**

*Ce sujet a été traité avec le point précédent.*

## **VI. Etat de la dette**

**M. SAUVAGE** rappelle que l'AP-HP a plusieurs types de dette :

- les lignes de trésorerie à moins d'un an, avec un plafond de tirage de 300 millions d'euros (lignes renouvelables annuellement par appel d'offres) pour assurer à l'intérieur d'un mois les décalages entre les décaissements et les encaissements ;
- les contrats à long terme renouvelables (CLTR), qui sont prêts négociés avec une banque, permettant d'associer un crédit long terme classique et l'ouverture de droits de tirage analogues à une ligne de trésorerie (« revolving ») ;
- les emprunts bancaires classiques, à taux fixe ou à taux variable, amortissables (remboursement annuel du capital) ou « in fine » (pour le remboursement du capital) ;
- les levées d'émissions obligataires, publiques ou privées, sous programme EMTN (Euro Medium Term Note Programme).

La prévision d'emprunt à long terme est réalisée à partir du tableau de financement prévisionnel (TFP). En 2010, les prévisions sont désormais de 530 millions d'euros pour les paiements des investissements, de 86,3 millions d'euros pour le remboursement de dettes en 2010 et de 280 millions d'euros pour la CAF. Ainsi, la CAF ne couvre que 45% des investissements et des remboursements de dette. Il s'avère donc nécessaire d'emprunter pour financer les investissements réalisés. En 2010, les crédits de paiement autorisés dans le plan stratégique ont été dépassés de 30 millions d'euros en dépit d'une réduction des paiements.

La stratégie de levées de fonds pour 2010 a consisté à minimiser le coût de la dette à long terme, avec augmentation de la part de la dette à taux fixe pour profiter du faible niveau des taux longs. Du fait de la forte volatilité des marchés, une approche pragmatique et opportuniste a été appliquée pour profiter des « bonnes fenêtres ». En 2010, les nouveaux emprunts se sont élevés à 315 millions d'euros, dont 175,7 millions d'euros en obligataire et 139,25 millions d'euros en bancaire.

En tenant compte du CLTR, l'évolution du ratio d'endettement (dette/total des produits) a augmenté de 32 % depuis 2007 et l'encours de la dette à long terme atteint désormais 2 196 millions d'euros contre 1 166 millions d'euros en 2007. Hors CLTR, l'augmentation de l'endettement est tout aussi significative et l'encours de la dette à long terme passe de 1 019 millions d'euros en 2007 à 1 881 millions d'euros en 2010. En dépit de l'augmentation de la

dette, on observe une stabilisation des frais financiers en 2010 du fait de la baisse des taux d'intérêt et d'une gestion active.

L'AP-HP a par ailleurs lancé trois nouvelles émissions pour 175,66 millions d'euros, dont une émission en Yen pour 55,66 millions d'euros avec ZENKYOREN via HSBC France.

*M. SAUVAGE projette la répartition entre prêteurs du capital restant dû à fin 2010.*

L'objectif dans la période à venir est de se rapprocher d'une dette à taux fixe à 60 % et d'une dette à taux variable de moins de 40 %, pour limiter les risques. La sécurisation des taux d'intérêt se poursuit, après avoir profité de taux d'intérêt variables attractifs en 2010. La répartition entre prêts bancaires et obligataires est relativement équilibrée et dépend simplement des opportunités de taux. L'augmentation de la durée de vie résiduelle moyenne de la dette à long terme (durée restant avant l'extinction de la dette) appelle davantage d'inquiétude. Elle était de 10,9 ans à fin 2009. En 2010, la durée de vie moyenne de la dette à long terme de l'AP-HP est équivalente à la durée moyenne d'amortissement de ses actifs. La projection des flux de remboursement du capital restant dû de la dette à long terme atteint 110 millions d'euros en 2015. L'objectif est de maintenir le niveau entre 80 et 100 millions d'euros. Il va donc falloir s'assurer du décalage de l'emprunt dans la durée. Le point d'inquiétude principal concerne néanmoins le renchérissement du coût de la dette à long terme au-delà de 2010. La dette à taux variable est actuellement de 1 054 millions d'euros. L'impact d'une augmentation d'1 % des taux d'intérêts représenterait 10,5 millions d'euros de charges financières supplémentaires. C'est pourquoi M. SAUVAGE s'attache autant que possible à rebasculer les prêts à taux variables en prêts à taux fixe.

A l'issue de cette présentation, **le Président** insiste sur la nécessité de laisser une dette compatible avec la survie de l'AP-HP et ouvre la discussion.

**M. FAYE** regrette l'absence de la Directrice générale pour la présentation de ce point. Il constate que les cessions du patrimoine immobilier n'empêchent pas la dégradation de la dette depuis trois ans. La situation est effectivement très préoccupante. Il suggère de réaliser des investissements judicieux qui offrent une réelle visibilité en termes de retours et d'assurer le renouvellement du matériel. Les 530 millions d'euros ne sont pas des investissements mais des coups partis qu'il faut financer maintenant. Il importe donc de réaliser des investissements dont le retour soit rapide et d'augmenter l'activité, en sachant toutefois que les marges de productivité sont faibles face à la réduction des effectifs.

**Le Président** répond qu'il importe avant tout de rentabiliser au maximum les investissements déjà réalisés. A la Pitié-Salpêtrière, par exemple, un nouveau bâtiment ouvre avec un projet médical incomplet, qu'il faut rentabiliser. Il convient également de revoir des structures de soins dont la pertinence médicale n'est pas certaine, pour les fermer.

**M. DASSIER** demande ce que représente une dette de 2 milliards d'euros pour un établissement public de la taille de l'AP-HP.

Concernant la part de la dette dans le bilan de l'AP-HP, **M. SAUVAGE** explique que le bilan doit être nettoyé, les dernières opérations datant de 1995. C'est un enjeu lourd dans la certification des comptes. La question est explicitement posée dans le cadre de cette démarche. On peut néanmoins constater que la dette de l'AP-HP devient importante pour un établissement public.

**M. CAPRON** s'interroge sur les causes de l'augmentation de la dette : incombe-t-elle plutôt aux soignants ou aux pouvoirs publics ? La cause la plus apparente est le changement des règles du jeu budgétaires (suppression d'aides, instauration de la convergence avec le secteur public et le secteur privé, retour accéléré à l'équilibre budgétaire). Il est injuste de faire porter toute la responsabilité aux médecins, le débat doit dépasser le cadre de la CME et de l'AP-HP.

**Le Président** partage cet avis, mais pour que les demandes de financement apparaissent légitimes, un certain nettoyage interne s'impose. Il faudra bien se positionner face à l'ARS et aux pouvoirs publics pour obtenir l'investissement nécessaire.

Selon **M. LACAU ST GUILY**, la question est celle du prix que la communauté nationale est prête à payer pour parvenir à l'équilibre financier. On ne peut l'atteindre qu'au prix de choix radicaux, qui n'appartiennent pas à la seule communauté médicale. Il n'en demeure pas moins important de renforcer la rigueur de gestion et d'organisation.

**Le Président** le reconnaît mais souligne que l'hétérogénéité des structures par rapport au service rendu impose une intervention. Les choix en termes de diminution des structures soignantes voire de sites soulèvent des enjeux importants. Ils vont devoir être posés. La CME pourrait ne pas les faire, mais laisserait alors une situation difficile aux suivants. La prise de conscience de la communauté médicale est désormais réelle.

**M. LACAU ST GUILY** souligne qu'elle n'est pas nouvelle.

**Le Président** observe qu'il faut connaître la CAF exacte de l'AP-HP pour pouvoir prendre des décisions.

**M. MUSSET** souscrit à la remarque précédente de M. CAPRON. La problématique dépasse l'AP-HP. Il remercie M. SAUVAGE pour sa présentation, qui démontre l'alourdissement de la dette à long terme. Il constate que la dette augmente chaque année de 300 millions d'euros et que les besoins en investissement n'augmentent que de 100 millions d'euros entre 2008 et 2009 et semblent diminuer en 2010. L'écart entre l'évolution de la dette et celle des moyens de financement atteint donc 200 millions d'euros.

**M. SAUVAGE** répond que la dette n'a pas été stable depuis 2000. Il faut prendre en compte les investissements par rapport à la capacité d'investissement, et non les comparaisons d'une année sur l'autre. Une CAF de 300 millions d'euros, même en ajoutant les subventions, reste insuffisante par rapport aux investissements réalisés.

En conclusion, **le Président** souligne que la responsabilité de la CME est d'autant plus importante qu'il n'est pas certain que les pouvoirs publics souhaitent maintenir l'hospitalisation publique. La départementalisation de l'hospitalisation en Île-de-France est une ouverture au secteur privé. Il ne faut donc rien attendre d'eux. L'AP-HP doit défendre ses propres intérêts, en sachant que des choix stratégiques s'imposent.

## **VII. Diffusion des indicateurs de performance médicale**

**Mme le docteur GASQUET** présente les indicateurs classés par domaine de la performance médicale, en matière :

- d'accessibilité : taux de patients de plus de 75 ans, taux de nouveaux patients, complexité sociale ;
- de continuité : tenue du dossier patient, tenue du dossier d'anesthésie, CRH (indicateurs nationaux) ;
- de pertinence : douleur, dénutrition, escarres, infarctus du myocarde, RCP (indicateurs nationaux), et deux indicateurs en test, à savoir hémorragie postpartum et syndrome coronarien aigu ;
- de fluidité : temps de passage aux urgences ;
- de sécurité : infection nosocomiales (indicateurs nationaux et internes).
- de résultats des soins : satisfaction des patients et dépendance en SSR

Les indicateurs sont diffusés en interne sur le site Intranet <http://performance-medicale.aphp.fr>. La DPM apporte une aide à l'analyse. A partir des résultats des indicateurs de dossier des deux dernières années, chaque indicateur est classé en point fort (résultat supérieur à la moyenne nationale et atteinte du seuil fixé par le ministère) ou faible (résultat inférieur à la moyenne nationale et sans amélioration par rapport à l'année précédente). L'aide à l'analyse porte aussi sur l'enquête Saphora. Un diagnostic précis est possible par site et par pôle. La diffusion publique s'appuie sur les sites Internet suivant : <http://cme.aphp.fr> et <http://qualite-securite.aphp.fr>.

A l'issue de cette présentation, **le Président** remercie la DPM pour son travail, mais souligne que la présentation PowerPoint mérite d'être améliorée pour poursuivre la discussion. Il demande le report de ce point à la CME de janvier 2011.

**M. FOURNIER** souligne que la plupart des indicateurs sont satisfaisants, à l'exception du délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation dont le résultat demeure insuffisant.

## **VIII. Le bilan social**

**Le Président** souligne qu'en l'absence de plusieurs membres de la CME, il n'est pas souhaitable de présenter ce point. En outre, un sujet aussi important ne peut être vu en fin de séance.

Il propose donc d'inscrire à l'ordre du jour de la CME de janvier 2011 en premier point, le bilan social, en second point, l'informatisation à l'AP-HP, en troisième point, un bilan des travaux sur les gardes et astreintes et en quatrième point, la synthèse du travail de Mme GASQUET sur les indicateurs de performance médicale.

## **IX. Avis sur des contrats d'activité libérale**

**M. HUBIN** soumet à l'avis de la CME le renouvellement de deux contrats d'activité libérale à Bichat et Saint-Louis.

*Les contrats d'activité libérale sont approuvés à la majorité des votants, 2 personnes ayant voté contre.*

## **X. Avis sur des candidatures à des postes de PH et PH temps partiel publiés sur le site du CNG le 18 octobre 2010**

**M. HUBIN** soumet à l'avis de la CME des candidatures à des postes de PH et PH temps partiel publiés sur le site du CNG le 18 octobre 2010. 27 postes ont été publiés, 24 candidatures ont été reçues, et ont reçu l'avis favorable des CTEM, enfin, 3 postes restent vacants.

*La CME approuve les candidatures à des postes de PH et PH temps partiel publiés sur le site du CNG le 18 octobre 2010.*

## **XI. Avis sur une candidature à un poste de PH (procédure article R 6152-9 du CSP)**

**M. HUBIN** soumet à l'avis de la CME la candidature d'un PH à un poste en hématologie à l'hôpital Saint-Louis, selon la procédure décrite à l'article R 6152-9 du CSP.

*La CME approuve la candidature à un poste de PH (procédure article R 6152-9 du CSP).*

## **XII. Approbation du compte rendu de la séance du 12 octobre 2010**

*Le compte rendu de la séance du 12 octobre 2010 est approuvé à l'unanimité.*

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

\*

\*

\*

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

**Mardi 11 janvier 2011 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 15 décembre 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.