

***DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE***

**COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE  
DU MARDI 8 JUIN 2010**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE  
DU 14 SEPTEMBRE 2010**

**ORDRE DU JOUR**  
**de la CME du mardi 8 juin 2010**  
**(8H30 – salle des Instances)**

**SEANCE PLENIERE**

- 1- Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif (*M. Leclercq - Pr Coriat*)
- 2- Proposition des représentants de la CME au directoire (*Pr Coriat*)
- 3- Projet de règlement intérieur de la CME : rôle des commissions et modalités de travail avec les CMEL (*Pr Coriat – M. Hubin*)
- 4- Concertation sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP : point d'étape (*Pr Coriat – Pr Aigrain - Pr Fagon*)
- 5- Point sur l'EPRD 2010 (*M. Sauvage*)
- 6- Permanence des soins : situation mai 2010 (*M. Hubin*)
- 7- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Hubin*)
- 8- Avis sur des demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2010 (*M. Hubin*)
- 9- Rappel des règles de recrutement des chefs de clinique (*M. Hubin*)
- 10- Approbation du compte-rendu de la séance du 13 avril 2010
- 11- Questions diverses.

**SEANCE RESTREINTE**

**Composition D**

- Avis sur des candidatures aux emplois de PHU offerts au recrutement

**Composition C**

- Avis sur la désignation d'un chef de service à titre provisoire
- Avis sur des demandes de mutation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de changement d'affectation interne de praticiens hospitaliers
- Avis sur des demandes de prolongation d'activité de praticiens hospitaliers

- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers temps partiel (Journal Officiel du 15 avril 2010)
- Avis sur des candidatures à des postes de praticiens hospitaliers plein temps (Procédure Article R.6152-9 du CSP)

### **Composition B**

- Avis sur la titularisation de MCU-PH nommés stagiaires en septembre 2009
- Avis sur la titularisation de MCU-PH d'odontologie nommés stagiaires en septembre 2009
- Avis sur le changement d'affectation interne à l'UFR d'un MCU-PH

### **Composition A**

- Avis sur le changement d'affectation hospitalière d'un PU-PH.
- Avis sur une demande de mise à disposition d'un PU-PH.

## SOMMAIRE

I.	Modalités de mise en œuvre et de suivi des décisions du Conseil Exécutif	6
II.	Déclaration de Dominique Musset au nom de l'hôpital Antoine Béchère.	7
III.	Proposition des représentants de la CME au directoire	11
IV.	Projet de règlement intérieur de la CME : rôle des commissions et modalités de travail avec les CCM locaux	12
V.	Concertation sur le projet médical du plan stratégique de l'AP-HP : point d'étape	14
VI.	Point sur l'EPRD 2010	16
VII.	Permanence des soins : situation mai 2010	20
VIII.	Avis sur les contrats d'activité libérale	23
IX.	Avis sur les demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1 <sup>er</sup> novembre 2010	23
X.	Rappel des règles de recrutement des chefs de clinique	23
XI.	Approbation du compte-rendu de la séance du 13 avril 2010	25

- **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 DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
  - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- ***les représentants de l'administration :***
  - M. LECLERCQ, directeur général,
  - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
  - 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. FAGON, 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,
  - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
  - M. PINSON, direction de la politique médicale,
  - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.
  
- ***membres excusés :***
  - M. le Dr FLEJOU, Mme le Dr GIRARD, M. le Pr HARDY, M. le Pr SCHLEMMER, Mme le Dr VIDAL-TRECAN, M. le Pr WEILL.

*La séance est ouverte à 8 heures 40 sous la présidence de M. CORIAT.*

**Le Président** annonce en préambule que l'ordre du jour sera légèrement modifié, pour entendre, en début de session, une communication de Dominique Musset au nom de l'hôpital de Bécélère.

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

**Le Président** indique que l'ensemble des points discutés au sein du Conseil Exécutif, sur lesquels celui-ci arrête des lignes directrices, seront abordés, en particulier l'EPRD 2010 et le règlement intérieur de la CME et des CCM. Le Conseil Exécutif s'attache principalement aujourd'hui à bâtir un EPRD 2010 conforme à la méthodologie arrêtée et à présenter à la CME la faisabilité d'un EPRD construit, tel que souhaité, sur une démarche par projet et par résultat, permettant d'afficher les emplois retirés pour les emplois soignants, d'une part, et les non soignants, d'autre part et fléchant, en cas de retrait d'emplois soignants, leur provenance et les marges de manœuvre dégagées par des restructurations abouties. Philippe Sauvage, qui pilote la rédaction de cet EPRD a bien compris cette demande. La CME se verra présentée, au point V, la faisabilité de cette approche, avec une part réservée à l'investissement devant permettre la modernisation de l'offre de soins. Le Président se dit optimiste quant à l'aboutissement d'un EPRD bâti par projet et par résultat, si l'institution parvient à relancer son activité et reste persuadé que cette méthodologie est la seule valable, toute autre se révélant « suicidaire » pour l'Institution. Le Conseil Exécutif s'applique en particulier à construire cet EPRD par projet avec un déficit raisonnable.

Le Président informe également la CME de sa visite à l'ARS, en compagnie du Directeur Général, où ceux-ci ont rencontré Claude Evin et l'ensemble de son staff, François Crémieux et Andrée Barreteau, ses deux conseillers médicaux, Madame Babel, l'ancienne directrice de la CNAM Ile de France ainsi que M. Bogillot, son secrétaire général.

Pour l'année 2011, ces derniers ont réconforté les représentants de la CME sur la démarche entreprise pour bâtir l'EPRD et ont insisté sur la permanence des soins, jugée comme démesurément exagérée à l'AP-HP et ont sommé le Président et le Directeur général de la diminuer, d'autant que, dès 2010, les sommes octroyées à la permanence des soins dans le cadre des MIG et des MIGAC seront diminuées. Cette réduction constitue donc un déficit supplémentaire et implique qu'une partie des efforts accomplis dans la réduction des gardes ne bénéficiera pas à l'Institution, comme cela avait été envisagé initialement. Si les ressources ne sont pas encore fixées, les MIG, les MIGAC et les MERRI sont d'ores et déjà établis et prévoient une diminution des sommes allouées aux gardes et astreintes. Un second point apparaît particulièrement alarmiste et doit inciter l'Institution à mener, dès 2010, les actions de restructuration engagées. Par l'ONDAM 2011, l'Assurance maladie devrait effectivement allouer moins de ressources à l'AP-HP qu'en 2010. Cela concerne certes la future CME mais le Président souligne que les membres actuels ont le devoir de mettre leurs successeurs en capacité de réaliser leurs missions et de bâtir un EPRD 2011 faisable. Or les efforts de restructuration effectués en 2009 portent leurs fruits en 2010. Les actions entreprises en 2010 entraîneront donc des conséquences sur la situation de l'Institution en 2011. Il convient donc de se montrer volontariste dans la politique de restructuration engagée.

**Le Directeur Général** ajoute qu'au-delà de ces questions, M. Evin a également rappelé les règles de fonctionnement de la tutelle sur l'AP-HP depuis le 1<sup>er</sup> avril. Cette tutelle s'exerce à trois niveaux :

- une tutelle stratégique, au travers du plan stratégique, des grandes orientations, des schémas régionaux, sachant que l'ARS va produire un programme régional de santé qui se déclinera en 12 points reprenant en grande partie des thématiques figurant au sein du projet médical de l'AP-HP ;
- une tutelle financière particulièrement importante ;
- une tutelle managériale sur le suivi des grands projets de réalisation des plans stratégiques.

M. Evin a enfin insisté sur le fait qu'il suivra attentivement la masse salariale de l'AP-HP. La gestion du tableau des effectifs médicaux et non médicaux relève de l'Assistance Publique et doit être opérée avec rigueur et professionnalisme

**Le Président** précise que Claude Evin a indiqué qu'il ne souhaitait pas gérer l'AP-HP mais voulait exercer pleinement son droit de regard et de contrôle sur la stratégie médicale qu'elle mène pour la permanence des soins et sur la masse salariale qui constituent un plafond de dépenses. La permanence des soins est citée à chaque rencontre avec l'ARS comme un signe que l'AP-HP ne s'est pas encore engagée dans une véritable restructuration car cette permanence ne diminue pas. Le Président reconnaît que la dépense de permanence des soins sera de moins en moins assurée par les MIG et devra, si son volume ne diminue pas, être prise encore davantage sur les dépenses de personnel médical. Cette préoccupation n'est pas nouvelle. La création du Conseil national de l'urgence et de la permanence des soins, présidé par Pierre Carli, affichait déjà la volonté des pouvoirs publics d'harmoniser et de rationaliser la permanence des soins afin de diminuer le nombre de gardes et, ce faisant, de revaloriser financièrement les gardes à forte pénibilité sur les gardes supprimées parce qu'inutiles.

**Le Directeur Général** indique que Claude Evin lui a fait savoir qu'il ne disposait pas encore du nom des 15 membres du conseil de surveillance. Il rappelle que, selon la réglementation de la nouvelle gouvernance, il doit convoquer au plus tôt, 7 jours après la communication de la liste, le conseil de surveillance afin d'élire son Président et son vice-président. Ce n'est qu'après cette première réunion que le Directoire pourra se mettre en place. Or l'arrêté du Directeur de l'ARS nommant les membres du conseil de surveillance ne lui a pas encore été communiqué.

Enfin, **Le Président** cède la parole au Président du CCM de l'hôpital Bécclère qui l'a sollicité pour effectuer une déclaration devant la CME.

**M. MUSSET** donne lecture d'une déclaration au nom de l'hôpital Antoine Bécclère.

*Monsieur le Directeur Général, Monsieur le Président de la CME, Monsieur le vice-président de la CME, Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs membres de la CME, Madame et Messieurs les représentants des doyens des facultés de médecine et de pharmacie, Mesdames et Messieurs, mes chers collègues, en ma qualité de Président de la communauté médicale de l'hôpital Antoine Bécclère et de représentant du collectif nommé BECLERE HUP, pour Hospitalo-universitaire Promotion, qui compte à ce jour plus de 1 500 signataires, je suis chargé de vous lire un communiqué validé par toutes les communautés médicales et non médicales de cet hôpital.*

*L'hôpital Antoine Bécclère est fédéré avec les hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse depuis une décision du Conseil exécutif de l'AP-HP du mois de juin 2009, confirmé par le Conseil d'administration de l'AP-HP dans sa séance du 3 juillet 2009. A ce jour, aucune instance ou personne n'a compétence ni autorité pour remettre en cause la seule décision réglementaire sur ce sujet. Nous demandons solennellement que les conditions de fonctionnement de l'hôpital Antoine Bécclère en mode fédératif*

*avec les autres hôpitaux du groupe soient rétablies sans délai et que soient notamment assurés la nomination d'un directeur de pleine autorité, indépendant de la direction du groupe hospitalier, qui risque sinon d'être emblématique d'une mauvaise compréhension du rôle des administratifs et des médecins pour un hôpital situé à distance des autres, la nomination de directeurs de directions fonctionnelles opérationnelles sur le site de l'hôpital Antoine Béclère à partir des fiches de poste en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> février dernier, que la prochaine conférence budgétaire se déroule de façon indépendante pour Antoine Béclère par rapport aux deux autres hôpitaux du groupe, que la certification HAS de l'hôpital Antoine Béclère continue de se dérouler de façon isolée de celle des hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse comme cela a été acquis auprès de la DPM de l'AP-HP et de la HAS, que l'hôpital Antoine Béclère conserve sa personnalité juridique et qu'il soit associé au groupe hospitalier dans le cadre d'un comité directeur sur le seul projet en partie mutualisable, à savoir le projet médical, que le projet médical du groupe hospitalier dans le prochain plan stratégique soit validé par les instances réglementaires toujours en exercice avant les futures élections.*

*Par ailleurs, le collectif de l'hôpital Antoine Béclère demande que son projet de bâtiment de réanimation et laboratoire soit enfin priorisé dans le plan stratégique 2010-2015, ainsi qu'il l'était dans le plan précédent, la mise aux normes des réanimations étant devenue indispensable et le projet des laboratoires s'inscrivant dans une véritable politique de territoire, sans renier l'appartenance d'Antoine Béclère à l'AP-HP.*

*La direction générale de l'AP-HP nous a officiellement garantis non seulement qu'aucune fusion n'était en cours mais encore qu'aucune décision n'était encore prise sur ce sujet. Elle nous a assurés que nous en serions les premiers informés. Nous interpellons publiquement cette direction générale pour nous confirmer qu'il en est toujours ainsi. Après des mois d'attente d'une réponse sur ce sujet, nous attendons cette réponse dans les 48 heures. L'absence de concertation ne pourrait conduire qu'à un passage en force, vouant inévitablement tout projet à l'échec. Il faut permettre aux esprits de s'apaiser et reprendre une discussion loyale sur des bases saines et solides, à savoir le projet médical et soignant. L'un n'est pas dissociable de l'autre. La réflexion doit prendre en compte toutes les composantes en matière de territoire de santé, d'éloignement géographique en temps de transfert, de fonctionnalité des directions locales, de possibilité de mutualisation, d'équilibre financier et de prospective en matière de soin, d'enseignement et de recherche. Nous demandons l'inscription de ce document au procès-verbal de la CME et nous réservons le droit d'en assurer la diffusion qu'il mérite.*

*Je vous remercie pour votre attention.*

**Le Président** affirme que la CME s'attache à renouer un contact entre les différentes composantes du groupe hospitalier Paul Brousse – Bicêtre – Béclère et annonce qu'une réunion est organisée l'après-midi même lors de laquelle Benoît Leclercq, Pierre Coriat et Yves Aigrain, pour la CME, recevront Dominique Musset, René Frydman et Marc Humbert, l'un des membres du Directoire, désigné par les Présidents d'université et collègue pneumologue de Béclère, pour aborder cette question et déterminer comment, dans la réorganisation du groupe hospitalier, préserver l'entité Béclère. Le Président rappelle que la CME s'implique étroitement dans le projet médical afin que Béclère, un hôpital à l'équilibre qui détient une excellence tant au niveau de la recherche qu'au niveau clinique, puisse rester, avec l'ensemble de ses équipes, un hôpital performant.

**Le Vice-président** souligne que l'application du projet médical, qui vise à la mise en place des structures internes des hôpitaux et groupes hospitaliers, passe par les procédures encore en vigueur de reconnaissance par les commissions des structures et les CCM locaux puis par la commission

des structures et la CME de l'Assistance publique, jusqu'à la mise en place des CME locales et de leurs sous-commissions qui prendront par la suite la responsabilité de ces dossiers.

**Le Président** réaffirme qu'il est indispensable que la structuration en pôles des hôpitaux de l'AP-HP passe par les instances médicales que sont les CME locales, la CME et sa commission des structures. Il écarte formellement l'éventualité qu'une restructuration d'un groupe hospitalier soit réalisée sans avoir été proposée par la commission des structures, efficacement dirigée par Patrick Hardy et Noël Garabedian, et sans avoir reçu l'avis de la CME. Le sentiment que la direction locale de l'hôpital Bécclère a voulu modifier le contour des pôles sans en référer à la CME centrale a déclenché le malaise au sein de cet hôpital. Le Président indique qu'il ignore si cette impression est fondée mais considère que la CME, assumant sa responsabilité et faisant preuve de compétence et d'expérience dans la restructuration en pôles, a rappelé que, pour l'ensemble de l'AP-HP, toutes les structures doivent d'abord être instruites localement avant de remonter à la CME, dont l'avis permet d'éclairer la décision du directeur général. Cette procédure ne peut être court-circuitée.

**M. LYON-CAEN** signale au Président de la CME que l'heure n'est pas à l'autosatisfaction mais à l'inquiétude et aux interrogations. Le discours inaugural de ce dernier et la problématique évoquée par le Président du CCM d'Antoine Bécclère démontrent que la manière d'aborder ces questions s'avère absolument primordiale. Sur le terrain, la communauté soignante et la communauté médicale se trouvent l'une et l'autre dans un état de préoccupation quotidienne majeure. Le projet d'élaboration des TPER présenté en séance – dont les membres de la CME n'ont pas eu communication malgré les engagements pris – ne reflète pas la réalité du terrain. En effet, les directions hospitalières sont déjà entrées dans une logique de diminution des emplois alors que la démarche par projet et par résultat est loin d'être élaborée. Dans le même temps, il existe de très fortes frictions locales entre des directions avides de bien faire et des communautés en grande difficulté. M. Lyon-Caen demande au Président de la CME et au directeur général de prendre d'extrêmes précautions dans le maniement de ces sujets et souhaite que soit élaborée une démarche de bonne conduite afin d'éviter toute discordance entre le discours relativement lénifiant prononcé dans la présente instance et la réalité du quotidien.

**Le Président** souligne que les contraintes économiques qui s'imposent à l'AP-HP s'avèrent importantes et le seront encore davantage l'an prochain. Face à ce danger, il convient de bâtir un plan de restructuration et de modernisation de l'institution et de retrouver l'élan patriotique d'activité connu en 2008. Quant aux retraits d'emplois, le Président rappelle qu'à la fin de l'année 2009, la suppression de nombreux emplois médicaux et de 1 000 emplois année pleine à l'AP-HP avait été évoquée. Des emplois ont été rendus suite à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers et plus de 225 postes ont été créés en ce domaine. L'engagement pris pour cette partie a donc été respecté. Il n'apparaît pas non plus que le retrait d'emplois soignants non médicaux atteigne finalement le niveau de 1 000 emplois année pleine. Il s'avère cependant essentiel et tout à fait logique qu'il soit demandé aux hôpitaux de proposer des restructurations afin de dégager des marges de manœuvres. 45 emplois ont ainsi été redistribués au profit de l'hémo-pédiatrique de Robert Debré, grâce à ces restructurations. Il convient par ailleurs de relancer la formation professionnelle, notamment pour les infirmières anesthésistes, la profession étant menacée de pénurie à l'horizon 2012. Pour ce faire, des marges de manœuvres doivent également être dégagées. Il n'est pas lénifiant de dire aujourd'hui qu'il importe en priorité de déterminer s'il sera possible de mener l'EPRD 2010 par projet et par résultat sans déficit rédhibitoire.

**M. LYON-CAEN** estime que certains sujets doivent être obligatoirement partagés et remarque que la déclaration de Dominique Musset a illustré les conséquences d'une volonté de faire cavalier seul

en la matière. Sur la permanence des soins, il réaffirme que l'institution se trouve en situation d'insuffisance notoire car il revient aux médecins eux-mêmes de s'arroger le droit et le devoir d'effectuer ce travail. Face à la stagnation de la situation, M. Lyon-Caen se dit fortement préoccupé et s'interroge sur la volonté réelle de chaque partie d'avancer.

**M. FOURNIER** confirme les propos de M. Lyon-Caen. La situation d'échec dans laquelle se trouvent les médecins quant à la permanence des soins les prive d'un élément de pression raisonnable à l'égard de l'ARS. Il remarque que l'essentiel de l'effort à réaliser en 2010 porte sur la disparition d'un certain nombre d'emplois dans le secteur du personnel administratif. Or la probabilité que cet effort, porté par les différents groupes hospitaliers, soit reconduit avec la même ampleur en 2011 s'avère faible. Cela signifie que, pour rester dans l'épure quant au contenu de l'ONDAM et à la capacité moyenne d'autofinancement, les restructurations devront, durant cette période porter leurs fruits. Il importe dès lors de pouvoir apprécier avec la plus grande précision les emplois dépendant de cette restructuration et leur calendrier.

**M. CAPRON** précise que l'inquiétude des personnels de l'Assistance publique vient du silence gardé sur certains sujets. Un mot en particulier refuse d'être prononcé : la rigueur. Tant que ce mot n'aura pas été prononcé et que les esprits ne s'y seront pas résolus, cette ambiance de contestation permanente de tous les bords continuera d'exister. Il se révèle illusoire d'envisager une augmentation de l'activité dans une telle ambiance. Il est grand temps de crever l'abcès, d'indiquer à tous ce qui les attend afin de pouvoir réagir en conséquence.

**Le Président** souligne qu'une information constante est donnée dans le cadre de la CME, dans un effort maximal de transparence. Il est aisé de déterminer le niveau d'augmentation de l'activité, dans le cadre d'un ONDAM 2011 inférieur à 3 %, pour arriver à maintenir les recettes. Personne n'ignore cette problématique.

**M. GARABEDIAN** constate, depuis 2-3 ans et surtout cette année, une souffrance dans la majorité des services sur le plan du personnel. Il observe que dans son hôpital, un énorme effort d'efficience a été réalisé, qui a atteint son maximum. Or cela comporte un effet pervers. Comment, en effet, atteindre des taux d'occupation de près de 90 % sans le personnel nécessaire ? Il s'avère parfois impossible de répondre chirurgicalement ou médicalement à toutes les demandes des patients. Il est par ailleurs de coutume de retirer du personnel administratif plutôt que soignant mais les fonctions supports des hôpitaux permettent quand même à ceux-ci de fonctionner. L'hôpital a besoin de tous. Le problème s'avère beaucoup plus complexe et doit être reconnu au plus haut niveau de l'Etat et par les instances dirigeantes, sous peine de maintenir l'ambiance actuelle délétère.

**Le Président** rappelle, comme cela a été indiqué au plus haut niveau de l'Etat, que la convergence s'appliquera à l'AP-HP comme à tous les hôpitaux de France. Il réaffirme que la CME a bien pris en compte les propos de Dominique Musset et rappelle la réunion qui se tiendra l'après-midi pour tenter de rétablir la communication entre les deux parties.

**Le Directeur Général** indique qu'il a pris note de la déclaration du Professeur Musset quant au groupe dit 3B. Il précise que les procédures relatives à l'organisation médicale des groupes, pôles et hôpitaux relèvent d'instances existantes ou à venir et devront être respectées. Il déclare qu'il ne répondra pas dans les 48 heures à cette interpellation mais espère trouver, durant la réunion de l'après-midi, des pistes d'apaisement, comme il tente de le faire depuis plusieurs semaines. Quant aux investissements sur l'hôpital Antoine Béclère, la réponse qui sera donnée devra être collective

pour l'ensemble de l'Assistance publique dans le cadre de ses investissements, en cohérence avec l'EPRD 2010, la capacité d'investissement de l'institution et les priorités fixées.

S'agissant de l'EPRD, l'Assistance publique mène clairement une politique de rigueur depuis plusieurs années car la convergence doit conduire à l'équilibrage du compte d'exploitation de l'institution, dans le cadre des missions qu'elle doit remplir, en regard des ressources octroyées par la collectivité. Quant à la gestion des emplois, le Directeur Général considère que l'Assistance publique se trouve en mesure, avec les projets qu'elle a élaborés, de proposer un EPRD 2010 dont le déficit ne sera pas supérieur à 88 millions d'euros, compte tenu des informations dont il dispose à ce jour, et qui se traduira forcément par des non remplacements de départs – environ 800. Il confirme que d'importants efforts ont été effectués sur les fonctions supports et au siège, ce dernier devant produire 11 millions d'euros d'effort cette année au regard d'une masse de 350 millions d'euros, soit bien plus que ce qui est demandé proportionnellement aux groupes hospitaliers. Par ailleurs, les fonctions supports dans les établissements ne sont pas supprimées mais réorganisées. Il s'avère irraisonnable de conserver plus de 30 cuisines, plus de 50 lieux de stérilisation, 52 sites de biologie au sein d'un seul groupe hospitalier. Dans certains cas, le passage d'une activité médicale clinique d'un groupe à un autre est réalisé sans problème majeur, en concertation avec les équipes médicales, soignantes et administratives. Dans d'autres, il existe des freins et résistances que le Directeur Général qualifie d'un autre temps. Ces transferts se révèlent pourtant médicalement justifiés et productifs pour l'institution. La communauté médicale se doit de les soutenir. Certaines attitudes de résistance s'avèrent dangereuses au regard du fonctionnement de l'Assistance publique, qui doit se restructurer, à un rythme relativement soutenu, afin de mettre en adéquation ses missions avec les ressources que lui confie la collectivité, et ainsi d'atteindre l'équilibre financier.

Sur le plan de l'investissement, l'ensemble de la communauté hospitalière devra comprendre qu'un certain nombre d'opérations lourdes, mais productives, devront être conduites.

S'il reconnaît que certaines unités ne peuvent être ouvertes faute de personnel, le Directeur Général rappelle que certains blocs opératoires se trouvent encore aujourd'hui en situation de déshérence organisationnelle et que des unités se révèlent sous-occupées ou fonctionnent, dans le silence, avec une faible activité. Des restructurations doivent être effectuées en la matière. L'administration et la Direction générale prendront les décisions qui s'imposent dans le cadre d'une concertation transparente.

**M. MUSSET** précise qu'en aucun cas la communauté de l'hôpital Antoine Béchère aujourd'hui fait preuve d'une résistance archaïque. Cet hôpital a toujours accompagné le projet de restructuration proposé par la Direction générale et le conseil exécutif. Concernant le positionnement de l'hôpital Antoine Béchère, M. MUSSET espère que des discussions sur des bases saines pourront être reprises et que seront communiqués des arguments objectifs permettant à la communauté d'accepter la fusion en cours.

## **II. Proposition des représentants de la CME au directoire**

**Le Président** rappelle que le directoire constitue une instance importante dans la gouvernance de l'hôpital et comporte 9 membres, dont 5 médecins. 3 d'entre eux sont membres de droit : le Président de la CME est le 1<sup>er</sup> vice-président du directoire, les deux autres étant le représentant des doyens et un représentant recherche désigné par les présidents d'université. Les doyens ont désigné Serge Uzan jusqu'en septembre 2011, les seconds ont proposé Marc Humbert.

Conformément à la procédure, les doyens ont été largement consultés afin que le Président de la CME fournisse au Directeur général des propositions claires quant aux autres membres. Ceux-ci doivent, comme le Président de la CME, s'engager à être les porte-parole de la CME et à défendre au directoire les positions arrêtées par cette instance. Il importe également que les représentants de la CME au directoire reflètent l'ensemble des hôpitaux de l'institution. C'est dans cette optique que le Président de la CME a mené sa réflexion. Il n'a pu obtenir un consensus de l'ensemble des doyens et membres du bureau. Prenant en compte l'ensemble des concertations et assumant ses responsabilités de Président de la CME, il annonce qu'il proposera au Directeur général Yves Aigrain et Michel Fournier comme représentants de la CME.

**M. CAPRON** précise que lors de la séance du bureau du 26 mai, la candidature de Michel Fournier a recueilli un consensus. En revanche, 10 des 14 membres présents se sont prononcés en faveur d'Olivier Lyon-Caen contre 4 en faveur d'Yves Aigrain. Il considère donc que, dans la mesure où le bureau est représentatif de la CME, la voix de cette instance n'a pas été écoutée par le Président.

**Le Président** admet qu'il n'a pas obtenu un consensus. Il estime cependant qu'il n'était pas raisonnable de mettre en présence, au sein du directoire, trois membres de Paris VI et deux de la Pitié Salpêtrière mais qu'il convenait d'établir une vision plus large. Il informe par ailleurs que cette réflexion a été partagée par les doyens. Il rappelle par ailleurs qu'il travaille, depuis le début de la mandature, de concert avec Yves Aigrain, dont il apprécie la loyauté envers lui et envers la CME. Il assume donc son choix.

**M. DOUARD** rappelle que l'avis du bureau n'était que consultatif et que les membres de ce dernier ont, lors de cette même séance, renouvelé leur confiance au Président et en ses choix.

### **III. Projet de règlement intérieur de la CME : rôle des commissions et modalités de travail avec les CME locales**

**Le Président** souligne qu'il importe que le règlement intérieur de la CME positionne clairement l'instance dans les rôles qu'elle doit jouer.

**M. HUBIN** indique que certains points restent à régler concernant les sous-commissions de la CME. Il propose d'intégrer au futur règlement intérieur les sous-commissions existantes :

- la commission des structures,
- la commission du temps et des effectifs médicaux,
- les commissions stratégie-innovation et recherche-université,
- la commission activité-ressources ;
- la commission qualité et sécurité des soins ;
- la commission vie hospitalière.

**Le Président** souligne l'importance du travail des commissions. Il s'avère fondamental, en particulier sur la révision des effectifs, que les commissions émettent des propositions et que les présidents de celles-ci instruisent la CME des décisions qui ont été prises. L'avis de la CME n'est peut-être pas opposable, au regard de la loi HPST, mais il pourra être retracé et défendu au niveau du directoire par une majorité médicale. Le Président rappelle à cet égard qu'il n'a jamais existé de divergence de vue entre la CME actuelle et la Direction générale quant à la révision des effectifs et aux structures médicales.

**M. CAPRON** désapprouve l'idée que l'absence de divergence de vue entre la CME et la Direction générale constitue un élément de satisfaction. Tel n'est pas le rôle de la CME.

**Le Président** précise que cette affirmation concernait la révision des effectifs et les structures médicales. Il rappelle que la CME s'est opposée à la Direction sur l'objectif de retrait d'emplois dans l'EPRD 2010 et estime que l'instance a pesé de manière significative en la matière, comme le démontre le niveau de retrait, bien inférieur à ce qui était prévu. La révision des effectifs des postes de PH a été réalisée d'un point de vue médical, comme l'ont reconnu les hôpitaux. Enfin, quand un hôpital, tel celui d'Antoine Béclère, a porté à la connaissance de l'instance qu'il aurait été question que des structures aient été proposées sans suivre le chemin de la CME, celle-ci a alerté le Directeur général en lui demandant le respect de la procédure.

**Le Directeur Général** considère que la confrontation entre la pensée médicale et la pensée managériale qu'il représente s'avère nécessaire pour avancer. Il reconnaît l'existence de désaccords mais souligne que des solutions ont été trouvées, dans le cadre d'un travail coopératif et constructif.

**M. MUSSET** précise qu'une véritable concertation a eu lieu, sur le règlement intérieur, entre les membres de la CME et en particulier un groupe de travail désigné par le bureau de la CME avec les équipes de la Direction de la politique médicale. Un travail très productif a été effectué sur les règles de constitution de la CME. Or, depuis un mois, la DPM n'a communiqué aucune information sur les avancées du projet, y compris aux membres du groupe de travail. Il sollicite donc la reprise des séances de travail.

**Le Président** répond que le groupe de travail va reprendre ses activités mais qu'il fallait auparavant s'assurer auprès de la direction des affaires juridiques et des droits du patient de la légalité du document.

**M. HUBIN** ajoute qu'il ne souhaitait pas distribuer un document non finalisé, d'autant que de nouvelles évolutions réglementaires attendues sont susceptibles de bouleverser encore le texte, notamment un projet de décret soumis à l'examen du Conseil d'Etat concernant l'organisation des pôles techniques et médico-techniques, qui évoque les modalités de désignation de la structure interne aux pôles. Un autre point, tenant à la situation des sites hospitaliers qui ne sont pas rattachés à un groupe hospitalier, n'est pas non plus tranché pour l'heure.

**M. MUSSET** reconnaît le travail important réalisé par la direction de la politique médicale mais estime qu'il conviendrait de fournir les documents de travail aux membres. Il précise par ailleurs que la loi HPST et les décrets d'application prévoient que le directeur général peut constituer des groupes hospitaliers mais non qu'il y est contraint. En outre, les hôpitaux qui ne sont pas constitués en groupe hospitalier peuvent continuer de disposer de structures équivalentes aux CCM actuels qui seront probablement des CME locales.

**Le Président** indique que le règlement intérieur va circuler entre les membres du bureau et ceux de la CME qui le souhaiteraient afin qu'il soit porté par tous et que le groupe de travail va reprendre son activité.

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

**Le Président** précise que le projet médical a été adressé à l'ensemble des membres de la CME, conformément aux engagements.

**M. FAGON** souligne que le projet médical du plan stratégique doit permettre de donner à l'institution des orientations claires et de redéfinir ses missions pour les 5 prochaines années, afin que l'AP-HP puisse émettre une offre hospitalière moderne.

Le projet médical est centré sur une organisation en groupes hospitaliers qui insère l'AP-HP dans son territoire et qui s'accompagne de liens plus ouverts qu'aujourd'hui avec les autres offreurs de soins publics et privés du même territoire ou du même bassin de population.

Il s'articule autour d'une organisation de l'offre en trois niveaux comprenant :

- d'une part, des activités qui doivent être présentes dans tous les groupes hospitaliers, dont la liste répond à un certain nombre de préoccupations de la tutelle, activités allant du service d'accueil des urgences jusqu'à l'unité de soins palliatifs en passant par un centre d'interruption volontaire de grossesse ;
- à l'autre extrémité, des activités très spécialisées souvent soumises à autorisation, rares ou de référence, sur lesquelles l'AP-HP dispose d'un rayonnement régional, voire national ;
- entre les deux, des activités spécialisées pour lesquelles chaque groupe hospitalier travaille aujourd'hui à un regroupement cohérent, fondé sur la dissociation entre l'activité programmée et l'activité non programmée.

A côté de cette organisation territoriale, des thématiques prioritaires ont été identifiées par les groupes de travail et des études sont d'ores et déjà menées pour leur déclinaison au sein des groupes hospitaliers :

- le service d'accueil des urgences et le département d'aval des urgences ;
- les filières gériatriques et les autres SSR spécialisés ;
- la pédiatrie générale et spécialisée ;
- la cancérologie ;
- les plateaux médico-techniques : biologie et imagerie.

Des activités supra-GH se trouvent en cours de réorganisation :

- les greffes ;
- la cardiologie spécialisée et la chirurgie cardiaque ;
- les centres lourds de neurologie, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle ;
- le centre de grands brûlés ;
- la périnatalité ;
- les centres de référence obésité ;
- l'implantologie cochléaire ;
- les centres mémoire de ressources et recherche Alzheimer.

D'autres thèmes doivent recevoir un traitement spécifique, comme la psychiatrie, pour laquelle l'AP-HP joue, en Ile de France, un rôle très particulier, la fédération du poly-handicap et du multi-handicap, qui permet de regrouper les 4 sites de prise en charge de ces malades et les médecines complémentaires, sujet d'actualité puisque 40 % des patients atteints de cancer y ont recours en France aujourd'hui.

Pour mener à bien ces thématiques différents outils seront mis en place :

- le Système d'Information Patient ;
- l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux ;
- les maladies chroniques ;
- les formes d'hospitalisation non conventionnelles et les nouvelles technologies ;
- les nouvelles coopérations entre professionnels.

**M. FAGON** rappelle enfin que les relations entre l'institution et les universités se modifient profondément, du fait du contexte institutionnel évolutif. L'organisation de la politique de recherche doit être renouvelée au sein des GH. L'institution mène 93 des 190 projets PHRC, soit près de 50 % des activités de recherche à venir et possède quasi-constamment, sur tous les segments d'activités, jusqu'à 9 des 10 équipes au top de la recherche nationale. Elle se doit donc de continuer cette activité, en recherchant notamment de nouvelles sources de financement pour faire croître cette activité. Il convient, enfin, de ne pas s'isoler au sein de l'Europe ou du monde. L'institution doit de fait stabiliser une politique internationale, en fixant des priorités géographiques, des priorités thématiques, une politique de formation et d'échanges de personnel et d'accueil des patients étrangers.

**M. MUSSET** félicite l'équipe de M. FAGON pour le travail accompli mais demande que la CME et son bureau revoient les orientations en matière de cancérologie. En effet, si le projet se révèle novateur et intéressant, il doit également inclure certaines particularités de fonctionnement qui associent les établissements de l'AP-HP avec les établissements extérieurs que sont, en particulier, les CLCC.

**M. FAGON** précise que la version du projet médical présentée en séance ne comprend pas la pédiatrie spécialisée et la déclinaison par groupe hospitalier des orientations générales. Des réunions entre le siège et les groupes hospitaliers ont débuté sur la cancérologie et la biologie et, dans ce cadre, il sera tenu compte de cet aspect.

A la remarque de **M. DASSIER** concernant l'aspect ressources humaines du plan stratégique **Le Directeur général** rappelle que le plan stratégique de l'AP-HP qui sera soumis à la CME comprend différents volets : le projet médical, un projet de ressources humaines qui aborde les questions relatives aux personnels hospitaliers, un projet de soins, un projet sur les systèmes d'information et un projet de cadrage financier du plan.

**M. DASSIER** estime qu'il conviendrait de souligner la nécessité de revoir la répartition des listes de garde et d'astreinte et la réorganisation des blocs opératoires, afin d'obtenir une meilleure économie des moyens humains et logistiques.

**Le Président** rappelle que la CME exceptionnelle qui se tiendra fin juin aux fins d'avis sur le projet médical, seront notamment présentés les projets ressources humaines relatifs au personnel

médical et au personnel non médical. Quant aux gardes et astreintes, nécessité va faire loi puisque certains hôpitaux de l'Assistance publique ne pourront plus dès cet été, en raison de la démographie médicale en anesthésie, assurer l'ensemble des gardes, ce qui conduira à des regroupements. Il en sera de même pour l'organisation des blocs opératoires.

**M. DASSIER** demande à être informé de certaines directions dégagées en matière de ressources humaines.

**Le Directeur Général** précise que la réglementation prévoit l'institution d'un projet d'établissement dénommé plan stratégique à l'AP-HP. Seules sont présentées durant cette séance les orientations médicales ; le Directeur général se dit favorable à une diffusion du chapitre ressources humaines aux membres des instances.

**M. REMY** s'enquiert du moment adéquat pour aborder le problème de la chirurgie cardiaque.

**Le Directeur Général** indique que l'ARS se montre très attentive au plan stratégique, qui influence lourdement l'Ile de France et qui doit anticiper d'éventuelles évolutions régionales. L'ARS a décidé de passer de 14 à 10 centres de chirurgie cardiaque en Ile de France. Des discussions s'ouvrent sur ce point au cours desquelles a été évoquée la fermeture de l'un des 4 centres de l'AP-HP. Cette question n'est pas tranchée. S'il est prématuré de décider du site concerné, il convient cependant de garder en tête cette éventualité. Le Directeur général rappelle qu'il avait envisagé que l'organisation en groupes hospitaliers influencerait le découpage territorial de l'ARS. Cela a été reconnu oralement par M. Evin, démontrant l'influence de l'AP-HP, qui représente 30 % de l'hospitalisation en Ile de France.

**Le Président** souligne qu'il importe que les hôpitaux effectuent des choix stratégiques, pour développer leur activité et concentrer leur masse hospitalo-universitaire. Le projet médical donne des directives mais laisse des marges de manœuvre en termes de restructuration dont les hôpitaux doivent se saisir. Les doyens le font d'ailleurs depuis longtemps.

**M. GARABEDIAN** attire l'attention du Directeur général sur la nécessité de ne pas stigmatiser les résistances. Désaccord ne signifie pas forcément archaïsme. Il convient de s'efforcer de ne pas détruire, par un discours mal orienté, des équipes qui ont des renommées internationales. Le dialogue doit être préservé.

**Le Directeur Général** précise qu'en évoquant des résistances archaïques, il ne visait ni les hôpitaux ni les groupes, mais certains responsables d'équipes médicaux, administratifs ou logistiques, qui résistent à des changements évidents et, ce faisant, se rendent coupables de gâchis d'argent public.

**Le Président** invite les membres de la CME à transmettre leurs remarques sur le projet médical.

## **V. Point sur l'EPRD 2010**

**Le Directeur Général** annonce que la circulaire tarifaire 2010 a été publiée en fin de semaine, permettant d'entrer dans la phase officielle de concertation.

**M. SAUVAGE** montre en préambule que les projets conduits en 2009 se traduisent dans les résultats de l'année 2010. Un tel phénomène se retrouvera sur 2010 et 2011, années critiques et délicates à négocier, compte tenu à la fois :

- de la tension sur les finances publiques et sur les ressources de l'AP-HP ;
- des inquiétudes sur la permanence des soins, la dotation et les MIG et les aides à la contractualisation dont l'Institution constitue un grand bénéficiaire ;
- de la tension générale sur l'endettement public dans la zone euro, qui renforce la vigilance des pouvoirs publics sur la dette de l'Institution
- de la nécessité de déployer dès aujourd'hui des projets pour 2010 et 2011
- et d'une réelle inquiétude sur l'activité actuelle.

**M. SAUVAGE** rappelle qu'à fin avril, le taux d'évolution global s'élève à 0 % et que seuls 7 établissements atteignent ou dépassent leur cible. 11 établissements s'en trouvent encore éloignés de manière très significative. Par ailleurs, le taux d'évolution des séjours en chirurgie s'avère négatif, de même que le taux d'évolution des passages aux urgences et celui des consultations. Dans le même temps, les taux de transferts hors AP restent élevés sur un certain nombre de sites, voire augmentent sur plusieurs hôpitaux – Tenon, Avicenne, Saint-Antoine, Mondor, Cochin, etc. – qui laissent « échapper » de l'activité.

Dans ce contexte, mobiliser les ressources de l'Institution devient nécessaire pour poursuivre sa modernisation. Un effort de 2,2 milliards d'euros d'investissement permettra, si les comptes se redressent, de prolonger les investissements précédents sur le système d'information, moderniser l'équipement médical et réaliser divers travaux. Cet investissement pourra être abondé par des subventions complémentaires provenant notamment du Conseil régional et par des cessions de site, la Caisse des dépôts proposant des mécanismes de portage financier intéressants.

**M. SAUVAGE** détaille ensuite le calendrier de quelques exemples d'opérations stratégiques, pour démontrer que la plupart des opérations s'écoulent sur la durée du plan et bien au-delà, avec des bâtiments achevés en 2014, entraînant des conséquences financières sur les années suivantes.

Les services ont conduit des travaux techniques avec les groupes hospitaliers durant les dernières semaines afin de définir les hypothèses. Force est de constater que le schéma s'avère relativement inégalitaire entre les groupes hospitaliers, certains se rapprochant du redressement et d'autres ne réalisant pas les efforts qui sont attendus d'eux. Les actions présentées à ce stade se révèlent insuffisantes. L'effort recettes/dépenses n'est documenté qu'à 70 et seulement à 60 % sur la permanence des soins.

**M. SAUVAGE** précise cependant que les conférences budgétaires doivent se poursuivre pour affiner ces constats. Sur l'ensemble des projets présentés à ce stade, un seul groupe hospitalier se trouverait au-delà de la cible fixée – Necker. Si certains groupes ne présentent que des écarts modestes – CHU 93, 3BLM (Bichat-Claude Bernard, Beaujon, Louis Mourier, Bretonneau) et Pitié-Salpêtrière, Charles Foix – d'autres restent en retrait d'une ampleur réelle – Henri Mondor, Saint-Louis - Lariboisière, STARTT (Tenon, Saint Antoine, Rothschild, Armand Trousseau, La Roche Guyon), Robert Debré et Cochin – et deux groupes hospitaliers – Bicêtre, Paul Brousse, Antoine Bécclère et HEGP, Corentin Celton, Vaugirard – se trouvent dans une situation préoccupante, avec un décalage très significatif qui atteint les deux tiers de l'effort manquant.

Des discussions ont été lancées en conseil exécutif sur la solidarité de l'Institution, afin que l'accélération des efforts de certains groupes hospitaliers puisse venir compenser les difficultés qu'éprouvent d'autres groupes dans le développement des projets.

En conclusion, **M. SAUVAGE** souligne que la trajectoire se révèle exigeante mais accessible puisque certains groupes hospitaliers présentent des projets qui tendent à redresser l'Institution. Des efforts, engagés en 2009, doivent être poursuivis en 2010 et 2011 mais la situation entre les groupes s'avère très inégale, d'autant que pèse, sur l'Institution, des inquiétudes tenant à ses ressources, son activité et au rythme de réalisation des projets. Une mobilisation de tous et l'accélération des efforts se révèlent donc indispensables.

**Le Directeur Général** invite les groupes hospitaliers et le siège à présenter des projets visant à améliorer la gestion de l'Institution et dans le but de ne pas dépasser 88 millions d'euros de déficit d'exploitation en 2010.

**Le Président** s'enquiert des causes de la baisse d'activité et demande si celle-ci résulte de la diminution d'emplois soignants.

**Mme RICOMES** précise qu'à fin avril, le personnel non médical permanent enregistre une baisse de 470 TPR par rapport au premier quadrimestre de l'année précédente et de 371 par rapport au mois de décembre. Les efforts de l'ensemble des sites ont porté sur le personnel administratif (-170), le personnel ouvrier (-20), le personnel hospitalier qualifié – les agents hospitaliers et les aides soignants (-315). Le personnel hospitalier diplômé, au contraire, a légèrement augmenté (+91). A souligner la situation des infirmières, dont le nombre se révèle stable, et les catégories de personnel dites sensibles comme les manipulateurs radio, les préparateurs en pharmacie et les sages-femmes. Quant au personnel de remplacement, les effectifs restent stables par rapport à 2009 après des efforts très importants accomplis entre 2008 et 2009. Les groupes hospitaliers et le siège portent en 2010 leurs efforts principalement sur les fonctions supports. L'année 2011 devra aborder des projets renforçant l'efficience sur le personnel soignant.

**M. MUSSET** remarque qu'il est délétère pour un hôpital de se retrouver dans un groupe hospitalier puisque Bécclère, au sein du groupe 3B constitue l'un des deux groupes responsables des deux tiers du déficit actuel de l'APHP par rapport aux objectifs. Antoine Bécclère a un compte d'exploitation positif pour l'année 2009 à hauteur de 4,7 millions d'Euros. Il s'est vu fixer un objectif de 1% lors des conférences EPRD 20101 et a atteint 4,5 % d'augmentation d'activité. Or il a été indiqué que les conséquences du déficit s'appliqueraient au groupe dans son ensemble et non aux hôpitaux de celui-ci.

**M. CARLI** précise que l'hôpital Necker se trouve en tête de liste car il devra subir des charges financières très importantes liées à l'amortissement du bâtiment en cours de construction. La communauté essaie donc d'anticiper des échéances difficiles.

**Le Président** souligne que la CME a sollicité des présentations plus précises à des fins d'information. Les éléments cités ne constituent pas un classement mais des référentiels permettant à chaque hôpital de se situer. Il demande à **M. SAUVAGE** si l'EPRD 2010 par projet et par résultat sans retrait arbitraire d'emplois soignants pourra être mené à son terme.

**M. SAUVAGE** reconnaît que le nouveau bâtiment de Necker entraînera des charges financières importantes. Il se dit perplexe sur quelques groupes hospitaliers, notamment Bicêtre/Paul Brousse/Bécclère, dont l'activité s'avère globalement insuffisante mais qui n'ont pas encore présenté de

véritables projets. L'activité pose également problème car si le niveau actuel d'activité se maintient, le décalage atteindra 25 à 30 millions d'euros, au moment où vont s'ouvrir les discussions avec l'ARS sur les dotations. Les hypothèses retenues se révèlent optimistes mais si de forts décalages sont constatés *in fine*, les impacts sur les résultats de l'Institution se révéleront très forts.

Quant à la réduction des MIGAC, **M. LYON-CAEN** considère qu'il est paradoxal de confier à l'hôpital public des charges qui sont du ressort des missions d'intérêt général et de soustraire à celui-ci le revenu normal de ce type d'activités.

**Le Président** indique qu'il a appris avec stupéfaction la diminution des MIG et des MIGAC pour 2010 seulement trois jours plus tôt. Si cette réduction est confirmée, la CME devra clairement se positionner, par une motion officielle, pour indiquer qu'il est anormal de constater une diminution alors que l'AP-HP s'implique dans les missions d'intérêt général.

**M. LYON-CAEN** s'enquiert des raisons pour lesquelles l'activité des urgences diminue pour la 1<sup>ère</sup> fois depuis longtemps alors que paradoxalement le taux de transferts continue d'augmenter dans certains hôpitaux. Il demande quelles sont les conséquences financières de ces transferts pour l'AP-HP et souhaite que cette question majeure soit abordée car une action d'organisation et de contrôle permettrait probablement de résoudre de nombreux problèmes. Il demande enfin si les conséquences du non-renouvellement des 315 postes d'agents hospitaliers et aides soignants cette année, notamment sur le fonctionnement des structures ont été analysées.

**M. SAUVAGE** précise que 5 000 transferts sont opérés sur 1 million de séjours, représentant environ 12 millions d'euros depuis le début de l'année.

**Le Président** rappelle que la CME mène, depuis plusieurs mois, une politique auprès des institutions pour les convaincre de diminuer les transferts et suggère de contractualiser la démarche.

**M. CARLI** ajoute que des améliorations doivent encore être apportées car les patients transférés sont en général sans complication et les séjours liés très rentables.

**M. VALLEUR** confirme que les cliniques libérales d'Ile de France n'acceptent, dans le cadre des transferts, que les patients les plus rentables.

**Mme MAUGOURD** souhaite que les priorités soient clairement définies et relayées auprès des directions des sites. Elle signale en effet que 30 lits de Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique sont fermés à Bicêtre, faute de personnel. Leur réouverture permettrait d'accueillir des malades.

**Le Président** indique qu'il a pris note du problème.

**Mme DEGOS** note qu'il manque le coefficient d'occupation des hôpitaux qui opèrent les transferts.

**Le Directeur Général** précise qu'une étude réalisée voilà deux ans montrait qu'un seul groupe hospitalier ne pouvait pas aller au-delà pour des questions de capacité mais que l'AP-HP pouvait potentiellement absorber tous les transferts.

**Le Président** reconnaît que la diminution du personnel hospitalier qualifié a un impact direct sur le soin. Il s'enquiert des évolutions en la matière.

**Mme RICOMES** explique que parmi les 315 personnels hospitaliers qualifiés figurent 245 agents hospitaliers et 60 aides soignants sur les 17 000 dénombrés. Elle rappelle que les agents hospitaliers sont affectés non seulement dans les services hospitaliers mais également dans les fonctions logistiques. Or pour l'instant, l'effort se concentre sur les agents exerçant des fonctions supports. Les directeurs des groupes hospitaliers sont incités à mutualiser ces fonctions afin d'éviter le recours aux CDD, qui ne constitue pas une solution satisfaisante pour le fonctionnement de l'hôpital.

**M. REMY** s'enquiert de la part du médical et du chirurgical dans les transferts.

**Le Directeur Général** répond que le chiffre sera communiqué ultérieurement mais précise qu'il s'agit principalement de transferts chirurgicaux.

**M. FAYE** estime que l'Institution s'oriente vers un EPRD rétrospectif qui entérinera certaines suppressions d'emploi. Il demande par ailleurs des précisions sur les investissements et sur le mécanisme développé avec la caisse des dépôts.

**M. SAUVAGE** indique que l'Institution veut investir rapidement. La Caisse des dépôts a été consultée pour trouver une solution de portage financier qui permet à l'AP d'encaisser l'argent de la cession immédiatement et à l'acheteur de rembourser le montant dans un délai, à définir, correspondant au moment de la mise en vente des réalisations effectuées sur le site. Les travaux sur les opérations du plan précédent représentent 500 millions d'euros sur un total de 2,2 milliards d'euros. Lorsque sont lancés des travaux importants, compte tenu des délais, il est logique que leur financement total s'écoule sur plusieurs années et même au-delà du plan stratégique dans le cadre duquel ils ont été décidés. Les opérations liées aux remises aux normes techniques, aux équipements médicaux ou à l'informatique ne répondent pas à la même logique, le décaissement s'avérant plus rapide.

**M. LYON-CAEN** demande la confirmation que les chiffres présentés excluent les postes obtenus dans le cadre des plans nationaux de santé et des centres maladies rares relevant d'un budget particulier. Il demande également au Directeur général s'il maintient sa volonté de séparer distinctement ce qui relève de l'activité emblématique de l'AP-HP, des postes hospitaliers au sens large, alors que la confusion pénètre peu à peu dans les esprits comme dans les chiffres.

**Mme RICOMES** précise que sont présentés, à ce stade, les résultats des effectifs rémunérés sur 2010. Ces personnels sont donc inclus, puisqu'ils pèsent sur la masse salariale.

Quant au fléchage des emplois dans le cadre des plans et des centres maladies rares, **le Directeur Général** reconnaît qu'il existe un décalage entre la réalité de ce qui est adressé à l'Institution par les autorités de tutelle et ce qu'elle a pu faire jusqu'à présent. Il a donc été décidé de consacrer l'année 2010 à résorber les situations en cours.

## **VI. Permanence des soins : situation mai 2010**

**M. HUBIN** présente un point sur les dépenses des cinq premiers mois 2010 comparés à la même période de l'année précédente qui confirme la baisse des dépenses de permanence des soins passant de -0,5 % au premier quadrimestre à -0,8 % sur les cinq premiers mois. Même si l'on enregistre une légère accélération dans la diminution, celle-ci reste insuffisante puisque en l'état actuel la projection annuelle conduit à un dépassement de la cible à hauteur de 3 659 000 euros à fin 2010.

Au **Président** qui demande à qui incombera le paiement de l'écart par rapport à la cible, **M. HUBIN** précise que les dépenses de personnel médical sont constituées de plusieurs agrégats : les effectifs rémunérés, la permanence des soins et les taxes sur les salaires, que l'institution ne maîtrise pas. Un dépassement de 3 millions d'euros signifie une même somme en moins sur les effectifs rémunérés.

**Le Président** demande si ce montant sera ventilé par hôpital, en fonction de ses résultats en la matière ou porté par l'ensemble de l'institution.

**M. HUBIN** souligne que les groupes hospitaliers émettent des propositions de réduction à l'échelle de leur groupe, ce qui complique la répartition de l'effort à fournir. **M. HUBIN** présente ensuite les dépenses de permanence des soins ventilés par site et par structure de dépenses. L'économie globale atteint 274 000 euros sur les cinq premiers mois, contre 151 000 à fin avril, illustrant l'accélération de la baisse. Dans le détail cependant, les évolutions divergent sur la structure des dépenses. Si la baisse se tasse sur les gardes séniors, elle s'accélère sur les indemnités de sujétion. En revanche, si le volume des gardes et astreintes baisse, le coût de celles-ci augmente. Les gardes HU, notamment, sont de plus en plus assurées par du personnel hospitalo-universitaire, entraînant un renchérissement du coût. Quant aux astreintes transformées en gardes, elles renforcent le renchérissement du coût de la permanence des soins.

**Le Président** s'enquiert des sites concernés par un tel phénomène et remet en cause la planification du travail de certains hôpitaux, qui mélangent permanence et continuité des soins. Or il rappelle que l'astreinte répond à des critères très précis. Les groupes hospitaliers doivent définir une organisation du travail qui permette d'éviter le travail nocturne inutile.

**M. HUBIN** ajoute qu'il convient de surveiller également les plages additionnelles, même si les dépenses afférentes semblent se tasser.

**Le Président** demande si les hôpitaux doivent formuler une demande préalable ou disposent d'un « droit de tirage » illimité de dépenses médicales.

**M. HUBIN** répond que l'admission d'un temps de travail additionnel suppose des tableaux de service prévisionnels, des volontaires pour réaliser ce temps de travail et la signature d'un contrat de temps de travail additionnel entre le volontaire et le chef de service ou de pôle. En pratique cependant, ces règles ne sont pas forcément respectées.

**M. MUSSET** confirme que les tableaux prévisionnels ne sont pas remplis dans tous les hôpitaux de l'AP-HP. Il signale cependant qu'à l'hôpital Antoine Béclère, tous les services et tous les pôles communiquent des tableaux prévisionnels au directeur de l'hôpital le mois précédent, tableaux qui sont vérifiés par une commission. Ce n'est qu'en fonction de l'exécution de ces plannings prévisionnels que des plages additionnelles sont éventuellement attribuées à des praticiens ayant effectivement dépassé leur temps de travail. Il estime que l'ensemble des hôpitaux seraient bien-fondés d'adopter le même fonctionnement.

**Mme MAUGOURD** abonde dans ce sens. Elle signale que l'hôpital Gériatrique Georges Clemenceau est géré de la même façon et qu'il n'est pas question de dépasser les crédits du personnel médical, crédits qui comprennent le paiement des plages additionnelles. Une vérification régulière des activités susceptibles de générer des plages additionnelles est réalisée, les chefs de service sont alertés en cas de dépassement. Après avis de la CROPS locale, en 2010 les plages additionnelles ne sont plus payées mais récupérées.

**M. DASSIER** rappelle que les anesthésistes ne souhaitent pas effectuer des plages additionnelles, celles-ci s'étant, pendant trop longtemps, traduites par du bénévolat. Avec une bonne organisation, ces plages ne devraient pas exister.

**M. RYMER** souligne que les plages additionnelles doivent être exceptionnelles, et estime qu'elles ne peuvent être envisagées que lorsqu'il est prouvé que l'établissement ne peut faire autrement. Il estime que la réflexion sur cette question devrait être étendue aux comptes épargne temps, qui relèvent des mêmes principes. L'organisation des hôpitaux doit faire en sorte que ces deux dispositions puissent ne pas être mises en œuvre ou à tout le moins très minimisées.

**M. VALLEUR** remarque que la permanence des soins entraîne la perte de 30 emplois aujourd'hui, comme elle a causé la perte de 50 l'an dernier. Si cette dérive continue au même rythme, 80 emplois minimum devront être rendus. Ce message doit être diffusé auprès des communautés qui n'en ont pas, pour l'heure, pris conscience. Il considère également que des actions du plan relatif à la permanence des soins n'ont pas été entreprises, du fait d'une réticence de la base. Enfin, il estime qu'il n'est pas raisonnable de faire porter l'effort de la permanence des soins sur l'ensemble des sites d'un groupement lorsqu'un seul d'entre eux est qualifié de SAU. Or une telle situation se vérifie actuellement, la base ne respectant pas les directives de la direction générale.

**Le Président** souligne qu'il conviendra, lors de la révision des postes de PH à l'automne, tenir compte de l'effort réalisé sur la permanence des soins non au niveau du groupe hospitalier mais de l'hôpital pour décider du maintien ou de la redistribution de postes. Il rappelle à cet égard que cette révision sera instruite, en accord avec le directeur général, par la commission du temps médical et des effectifs de la CME.

**M. RYMER** observe que la révision des postes de PH n'a aucun lien avec la permanence des soins. La réponse à cette problématique s'avère extrêmement simple. Lorsqu'un hôpital s'engage à supprimer une garde, il faut supprimer la ligne budgétaire correspondante. Ainsi évite-t-on tout problème.

**M. CHERON** approuve cette déclaration. Le Directeur de la politique médicale a indiqué en réunion de bureau qu'il convenait de recueillir le consensus. Or cela risque de prendre un temps infini. Par ailleurs, si lors de la révision des effectifs, les établissements voient leur demande rejetée au titre d'un manque d'effort sur la permanence des soins, ils vont refuser de se plier à cette décision au motif que les deux questions n'ont aucun lien et que les règles du jeu ont changé en cours de route. Il convient donc d'agir dès à présent en retirant la ligne budgétaire.

**Le Président** demande officiellement le retrait de la ligne budgétaire des gardes inutiles.

**M. PINSON** indique que mécaniquement 2 situations peuvent se poser : soit une autre rubrique du personnel médical sera impactée, soit la capacité d'autofinancement de l'Assistance publique en sera affectée au travers de ses investissements, d'autant que les recettes, comme le Président l'a rappelé, vont diminuer. Il souligne par ailleurs la difficulté de contrôler au niveau central les petites prises de distance par rapport à la règle qui s'effectuent au quotidien au niveau local et qui conduisent à cette situation. **M. PINSON** suggère de trouver des moyens d'action sur les groupes hospitaliers afin qu'ils exercent eux-mêmes ce contrôle.

**M. RYMER** rejette cette suggestion et demande la suppression de la ligne budgétaire.

**M. PINSON** reconnaît qu'il convient de trouver une solution vigoureuse mais les groupes hospitaliers doivent également avoir la volonté politique de remédier à cette situation.

**Le Président** considère que le maintien des gardes inutiles pénalise des investissements importants, ce qui se révèle inacceptable. Il faut être dirigeant.

**M. HINGLAIS** rappelle que les Présidents de CCM eux-mêmes ont demandé à la CME d'agir.

**Le Président** s'engage à entreprendre des actions en ce sens.

**M. VALLEUR** pense qu'il y a urgence car les rares sites ayant réalisé des efforts commencent à se démotiver. Il signale que la garde de chirurgie digestive a été mutualisée entre Lariboisière et Saint-Louis. Cela s'est soldé par un excès de dépenses de 300 000 euros et des problèmes au quotidien. Autant, en ce cas, revenir en arrière. Des décisions immédiates et sans appel doivent être prises.

**M. DASSIER** précise que la garde et l'astreinte ne constituent pas des variables d'ajustement du salaire.

**M. HUBIN** conclut en indiquant que les groupes hospitaliers ont émis quelques propositions de mesures, dont la DPM attend le détail et le calendrier pour vérifier la réalité des économies induites.

Au **Président** qui s'enquiert du montant des plages additionnelles payées annuellement, **M. HUBIN** répond que le montant atteint environ 6 millions d'euros.

**MM. CHERON et RYMER** s'inquiètent des CET et pensent qu'il conviendrait de vérifier que les courbes de CET n'ont pas repris une ascension aussi vertigineuse que par le passé.

**Le Président** indique qu'il communiquera une note sur ce sujet à la DPM.

## **VII. Avis sur les contrats d'activité libérale**

**M. HUBIN** présente deux nouveaux contrats d'activité libérale, un renouvellement et cinq avenants à des contrats existants, précisant que ces contrats ont reçu un avis favorable de la commission.

*Les contrats d'activité libérale sont soumis, pour avis, à la CME. Ils recueillent 10 votes favorables, 3 votes défavorables et 10 abstentions.*

## **VIII. Avis sur les demandes de création de postes d'assistants des hôpitaux au 1<sup>er</sup> novembre 2010**

*Ce point a été reporté à la CME de juillet.*

## **IX. Rappel des règles de recrutement des chefs de clinique**

**M. HUBIN** précise que la DPM a envoyé une note relative aux règles de recrutement des chefs de clinique assistants des hôpitaux, rappelant que l'article 26.2 du décret de 1984 sur le statut des

hospitalo-universitaires prévoit que le recrutement des chefs de clinique assistants des hôpitaux se fait notamment après l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées.

Une trentaine de situations irrégulières de chefs de clinique assistants des hôpitaux recrutés en dehors des règles ont été détectés : un cas concernant un internat terminé depuis 2000 et 32 recrutés après un DES de médecine générale. Le débat a porté sur la question de savoir si l'article 26.2 comprenait le DES de médecine générale comme diplôme permettant le recrutement.

Un décret de 2008 régissant les hospitalo-universitaires en médecine générale fixe le statut des chefs de clinique de médecine générale, instituant un statut spécifique et excluant la bi-appartenance de ces chefs de clinique. Avant ce texte, une lecture bienveillante de l'article 26.2 était opérée, admettant le DES de médecine générale, notamment aux urgences, en médecine interne et en gériatrie. Depuis 2008, la réglementation confirmée par la DGOS prévoit expressément que les postes de chefs de clinique en médecine générale sont exclusivement pourvus par des DES de médecine générale, excluant le recrutement des titulaires d'un tel diplôme pour d'autres postes de chefs de clinique.

La note envoyée par la DPM a suscité des réactions, qui ont conduit cette dernière à consulter la DGOS. Mme Annie PODEUR a été saisie de cette question et doit apporter une réponse écrite prochainement.

**M. CAPRON** déclare que cette nouvelle secoue certaines spécialités qui recrutent annuellement 25 PH issus de la médecine générale. Cet ostracisme pour le clinicat s'avère, selon lui, des plus gênants et risque de conduire les spécialités qui vont souffrir de cette interdiction à s'orienter vers la transformation de leurs postes de chefs de clinique en postes d'assistants généralistes.

**Le Président** souligne qu'il est intervenu auprès de la DGOS et de l'enseignement supérieur pour lever cette interdiction.

**M. CAPRON** observe que les doyens y sont opposés.

**Le Président** remarque que ceux-ci subissent la pression des urgentistes, en faveur de l'universitarisation de leur filière. Il propose de faire circuler une motion officielle de la CME pour demander la modification du décret.

**Mme DEAL** précise que les DESC urgences et gériatrie vont être transformés en DES, ce qui changera la donne. Aujourd'hui, les doyens mais également des professeurs de médecine générale se montrent défavorables car il n'existe pas suffisamment de lieux de stage en Ile de France pour former les médecins généralistes. Ces DESC constituent en effet des formations complémentaires. Les professeurs doivent donc assurer un cursus complet de médecine générale à des étudiants qu'ils ne retrouveront pas ensuite puisque 30 % de ceux qui suivent cette spécialisation travaillent *in fine* aux urgences et non dans un cabinet de médecine libérale. La création d'un DES recueille donc l'assentiment de tous. Mme DEAL signale une dérive encore plus grave : l'oncologie constitue une discipline d'internat en 5 ans et le DESC qui existe n'est pas accessible aux internes de médecine générale. Les internes doivent en être clairement informés. Le même problème se pose en neurochirurgie.

**Le Président** considère que la CME doit agir sur ce point.

**Mme DEAL** ajoute que le nombre d'internes de médecine va augmenter. Il ne faut pas créer un conflit avec les internes de spécialités qui pourraient ne pas trouver de poste de chef de clinique.

**Le Président** souligne que ce sont les doyens qui ont la main sur la structuration et la stratégie hospitalière.

**M. VALLEUR** remarque que certains doyens ont diffusé l'information que, dorénavant, un chef de clinique devait disposer d'un Master II.

**Le Président** signale qu'il a rencontré les doyens la veille et leur a rappelé le souhait de trouver un accord sur ce point.

**M. FAYE** indique que certains internes étrangers ont suivi l'ensemble de leur scolarité en France mais ne peuvent accéder au titre de chef de clinique assistant faute de posséder la nationalité française.

**Le Président** rappelle que ceux-ci peuvent devenir chefs de clinique associés.

**M. FAYE** observe que les doyens ont indiqué que le Ministère avait donné des instructions afin que ces postes de chef de clinique associé soient redéployés vers des postes de chefs de clinique de médecine générale. Il estime qu'une telle situation se révèle anormale et doit être relayée auprès de la DGOS ou du Parlement.

**Mme DEAL** explique que ce problème se pose aussi pour les internes à titre étranger qui doivent, pour devenir chirurgien, passer une année en tant que chef de clinique, ce qui ne leur est pas permis, faute de nationalité française. Un coordonnateur chirurgien s'est saisi de cette question et a sollicité le Ministère. Ces internes étaient, jusqu'à présent, pris comme faisant office d'internes post-internat mais, le nombre d'internes augmentant, les possibilités se réduisent et ce poste ne leur permet pas d'assumer des responsabilités. Il convient de leur permettre d'obtenir leur diplôme.

**M. VALLEUR** demande confirmation que les étudiants européens peuvent de plein droit disposer d'un diplôme européen tandis que les candidats extracommunautaires ne peuvent accéder aux études que via les DFMS et DFMSA.

**M. FAYE** s'enquiert des débouchés accessibles à ces étudiants étrangers. Les postes de praticiens associés spécialistes pourraient constituer une solution pour valider un post-internat mais les spécialités en cause ne disposent pas de contingents spécifiques. Enfin, il demande si les internes qui bénéficient d'une formation rémunérée par leur pays d'origine peuvent accéder, dans les mêmes conditions, aux fonctions de chef de clinique.

**Le Président** précise que les étudiants en DFMS effectuent leur stage et leurs études en France mais valident leur cursus et leur spécialité dans leur Etat d'origine. Certains Etats, comme la Tunisie, ne souhaitent pas une prolongation de la période de formation de peur que leurs étudiants ne reviennent plus. Ils se montrent donc réticents à l'institution de postes de chef de clinique en France à leur profit.

## **X. Approbation du compte-rendu de la séance du 13 avril 2010**

*Le compte-rendu de la séance du 13 avril 2010 est approuvé à l'unanimité.*

*En l'absence de questions diverses, la séance est levée à 12 heures 20.*

\*

\*

\*

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

**Mardi 6 juillet 2010 à 8 heures 30**

Le bureau se réunira le :

**Mercredi 23 juin 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.