

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE

DU MARDI 10 MARS 2009

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 23 JUIN 2009

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

ORDRE DU JOUR de la CME du mardi 10 mars 2009 (salle du conseil d'administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif (*M. Leclercq – Pr Coriat – Pr Aigrain*).
- 2- Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2009 (*M. Guin*)
- 3- Plan stratégique : point mensuel (*Pr Coriat - Pr. Fagon*)
- 4- Analyse médicalisée de l'année 2008 (*M. Chatellier*)
- 5- Nouveau contrat du bon usage 2009-2011 (*M. Pinson - Mme Lalardrie – Mme Montagnier-Pétrissans*)
- 6- Avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'AP-HP et l'ARH-IF (*M. Mariage*)
- 7 - Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités (*M. Hardy*)
- 8- Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL (*Mme Debeaupuis-Clément – M. Marchal*)
- 9- Avis sur les contrats d'activité libérale (*M. Gottsmann*)
- 10- Approbation du compte-rendu des séances du 13 janvier et 10 Février 2009.
- 11- Questions diverses.

SEANCE RESTREINTE

Composition C

- Avis sur une demande de mutation interne d'un praticien hospitalier.
- Avis sur la demande de détachement d'un praticien hospitalier.
- Avis sur une demande de renouvellement de prolongation d'activité d'un praticien des hôpitaux à temps partiel et sur une première demande de prolongation d'activité d'un praticien hospitalier.

- Avis sur la désignation de chefs de service à titre provisoire.
- Avis sur des candidatures aux fonctions de chefs de service et de responsables internes aux pôles (services, départements, unités cliniques).
- Avis sur une candidature aux fonctions de praticien responsable de pôle d'activité clinique ou médico-technique à l'hôpital Avicenne.
- Avis sur des demandes de versement de l'indemnité pour activités sur plusieurs établissements, au titre de l'année 2009.

Composition B

- Avis sur une candidature à un emploi de MCU-PH en odontologie offert à la mutation au titre de l'année 2009.

Sommaire

I. Information sur les travaux du conseil exécutif	6
II. Avis sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'exercice 2009	14
III. Plan stratégique : point mensuel	15
IV. Analyse médicalisée de l'année 2008	16
V. Nouveau contrat du bon usage 2009-2011	19
VI. Avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'AP-HP et l'ARH-IF 21	
VII. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités	21
VIII. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFLL	29
IX. Avis sur les contrats d'activité libérale	29
X. Approbation du compte-rendu des séances du 13 janvier et 10 Février 2009	30
XI. Motions de la CME	30

Assistent à la séance

- ***avec voix consultative :***
 - Mme le Dr BROUTIN, représentant le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie d'Ile-de-France,
 - M. le Pr CHATELLIER, responsable de l'information médicale,
 - M. le Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail
 - Mme DESOUCHES, Médecin de l'IRS
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr. AIACH,
 - Mr le Pr BERCHE,
 - Mme le Pr. BOY-LEFEVRE,
 - Mr le Pr. SCHLEMMER.
- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - Mme ARMANTERAS de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupement hospitalier sud,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - Mme RICOMES, Directrice du Personnel et des Relations Sociales,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mr MORIN, Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient
 - Mr. PINSON, adjoint au directeur de la Politique Médicale
 - Mr. GOTTMANN, direction de la politique médicale.
 - Mme LALARDRIE, Direction de la Politique Médicale
 - Mme LUCIOLLI, Direction de la Politique Médicale
 - Mme MONTAGNIER-PETRISSANS, Direction de la Politique Médicale
 - Mr MARIAGE, Direction économique et financière,
 - Mr. MARCHAL, Direction du Patrimoine Foncier, de la Logistique et du Logement.

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

I. Information sur les travaux du conseil exécutif

1. Liste d'aptitude aux fonctions de chef de service

M. CORIAT rappelle que le règlement intérieur de l'AP-HP avait été modifié pour montrer l'intérêt des services dans l'organisation générale. Le Directeur Général et lui-même avaient co-signé une lettre affirmant l'attachement de l'AP-HP aux services ainsi que leur rôle dans l'organisation de l'hôpital, sans nier pour autant celui des pôles.

Il existe une place pour les services à l'intérieur des pôles. Chefs de service et chefs de pôle ne représentent pas des fonctions antinomiques. Elles doivent au contraire être synergiques.

La non publication de la liste d'aptitude aux fonctions de chefs de service annoncée récemment par la DHOS ne permet pas, dans le cadre de la législation actuelle, de recruter les chefs de service, dont la place est ainsi remise en cause. **M. CORIAT** et **M. AIGRAIN** sont intervenus auprès du cabinet avec succès. Le directeur de cabinet du ministre de la santé a assuré que la liste d'aptitude aux fonctions de chef de service serait publiée par la DHOS dans les prochains jours. **Yves DE PROST** a confirmé sa publication avant la fin de la semaine.

M. CORIAT demande donc à la DPM de reprendre le processus de nomination des chefferies de service en partenariat avec le groupe du personnel médical.

La loi HPST n'en comporte pas moins un flou artistique préjudiciable à l'existence des services. Elle est en cours de négociation au Sénat. Les sénateurs semblent prêter davantage d'écoute que les députés à ceux qui tentent de faire identifier le service comme structure interne du pôle, demande appuyée par la présidence des CME et des CHU.

M. CORIAT engage chacun à défendre la prise en compte du service comme structure interne incontournable du pôle.

M. RYMER ajoute qu'une nouvelle rencontre est prévue avec le Ministère de la santé en vue d'obtenir des éclaircissements.

2. Circulaire de la DHOS du 26 janvier 2009 relative au poste d'assistant spécialiste

M. CORIAT indique que la circulaire du 26 janvier 2009 ouvre la possibilité à certains CHU d'ouvrir des postes d'assistant spécialiste à l'intention des internes auxquels ne peut être octroyé un poste de chef de clinique. Ce poste accorde les mêmes prérogatives que celui d'assistant chef de clinique. Il est attribué à des régions défavorisées en termes de démographie médicale. Aucun poste n'a été ouvert à Paris, contrairement à Lille qui en reçoit 35 ou Reims qui en reçoit 17.

M. CORIAT a pris des contacts avec le Ministère afin que l'AP-HP puisse, sur ses fonds propres, financer des postes d'assistant spécialiste offerts aux collègues auxquels ne peuvent être proposés des postes de chefs de clinique.

Dans les disciplines marquées par une pénurie de postes de chefs de cliniques, il semble souhaitable que les collègues puissent, à l'issue de l'internat, valider un clinicat complet après une année de clinicat et une année d'assistant spécialiste. Cette mesure permettrait d'augmenter les possibilités des postes d'internat.

Il souhaite que la CME puisse voter une motion demandant au ministère la possibilité pour l'AP-HP de créer sur ses fonds propres des postes d'assistant spécialiste. Le débat sera ensuite poursuivi sur la validation du clinicat dans les conditions décrites précédemment.

M. LYON-CAEN aimerait savoir sur quel budget ont été créés les postes d'assistant spécialiste au Ministère de la Santé.

M. LECLERCQ répond que l'ONDAM est réparti entre grandes catégories de dépenses, dont l'hôpital public par région. C'est dans cette enveloppe qu'a été prélevé le budget de création des postes d'assistant spécialiste. Les moyens administratifs ont été offerts aux hôpitaux précités, en manque de recrutement.

M. CORIAT précise que 232 postes ont été créés au Journal Officiel.

M. LYON-CAEN rappelle qu'il était question de réduire, voire supprimer, le financement des postes de praticiens hospitaliers affectés aux centres de référence maladies rares.

Il se demande si ces postes répondent aux préoccupations et aux besoins de santé réels, à l'exception de certaines spécialités. Créer des postes d'assistant spécialiste à l'AP-HP pour renforcer les équipes à court terme et non à long terme pourrait ne pas représenter la meilleure manière de répartir les moyens financiers dans une période où d'autres sujets lourds restent à traiter.

M. CORIAT explique sa position par l'impossibilité pour certaines disciplines d'offrir des postes d'internat à l'ensemble des collègues le souhaitant. Les postes d'assistant spécialiste à l'AP-HP ne seraient créés que sur fonds propres du service et pour des durées délimitées.

M. VALLEUR souligne que le financement de l'ONDAM n'étant pas extensible, les régions défavorisées peuvent espérer qu'il provienne également des régions favorisées comme l'Ile-de-France.

Il demande si les postes d'assistant spécialiste sont à temps plein et s'enquiert du financement demandé pour la création d'un de ces postes.

M. CORIAT confirme qu'il s'agit de postes à temps plein, dont le coût unitaire devrait être d'environ 90 000 euros.

M. BERCHE précise qu'il s'agit de temps partagé. Les assistants spécialistes peuvent avoir un service dans les hôpitaux périphériques, sur décision du directeur de l'agence régionale.

M. RYMER rappelle que dans certaines disciplines les CHU comptent 18% de postes de praticiens hospitaliers vacants.

M. LAUNAY s'étonne de la création de postes d'« assistant spécialiste », ces derniers venant d'être supprimés en pharmacie.

M. ALVAREZ précise que les postes de pharmaciens spécialistes coûtent environ 45 000 euros et non 90 000 euros. Le coût des postes d'assistant spécialiste devraient être similaires.

M. CAPRON se demande s'il ne vaudrait pas mieux voter une motion sur les chefs de service plutôt que sur les assistants spécialistes.

Mme MARCHAND espère que la création de ces postes est bien encadrée et concernera réellement les sites déficitaires. La création de postes d'assistant spécialiste s'effectuerait sinon au détriment des praticiens contractuels, dont praticiens attachés triennaux présents dans un service depuis de nombreuses années.

M. SCHLEMMER explique que la mesure prise par le Ministère résulte des démarches entreprises par les directeurs des facultés de province, afin de pouvoir assurer un post internat dans les disciplines où il n'était pas possible d'octroyer des postes de chef de clinique dans des structures peu dotées.

Le cadre d'assistant spécialiste existait déjà, mais il était réservé aux hôpitaux généraux. Les représentants des doyens ont demandé que l'octroi de ces postes soit décidé entre les responsables hospitaliers et les directeurs d'UFR, de manière à ce que ces postes permettent de moduler l'affectation des emplois de chefs de clinique. Dans certaines disciplines, le post internat sert essentiellement à revendiquer le secteur 2 dans une perspective d'exercice libéral.

La modification du cadre réglementaire devrait permettre à des CHU de bénéficier de ce type de mesures. Dans certaines disciplines, la demande porte sur le poste d'internat qualifiant. D'autres demandes recèlent des ambitions universitaires plus modestes. C'est pourquoi la gestion de ces emplois doit être arbitrée entre les responsables hospitaliers et les directeurs d'UFR. Il rappelle que les doyens ont la charge de fournir en chefs de clinique des disciplines universitaires nouvellement créées. En l'absence de création d'emplois, les doyens doivent pouvoir arbitrer entre les emplois existants.

Un travail de réflexion doit être mené entre hôpitaux et UFR sur les dotations de certaines disciplines en chefs de clinique et les modulations possibles :

- remplacement d'un poste de chef de clinique par un poste d'assistant spécialiste ;
- obtention du titre d'ancien chef de clinique après une année de chef de clinique suivie d'une année d'assistant spécialiste, une proposition qui ne peut être validée que par le Ministère de l'enseignement supérieur et n'a pour l'instant pas été discutée.

Ces éléments s'avèrent importants, compte tenu de l'apparition de modifications des exigences universitaires. Le travail universitaire réellement réalisé par les chefs de clinique désignés sera de plus en plus étudié.

Par ailleurs, le temps partagé entre CHU et hôpitaux liés par convention ne concerne que les 232 postes créés. Il n'est pas lié au cadre juridique général.

M. BERCHE ajoute qu'il faut réfléchir au fait que les établissements privés à but non lucratif peuvent acheter la partie universitaire des postes de chefs de clinique au ministère de l'éducation nationale.

M. LYON-CAEN note que ces propos valent également pour les DU et méritent une discussion plus ample.

L'ancienne querelle entre la province et Paris doit être mise en perspective. A la création des postes de praticiens hospitaliers, la majorité des CH de province et certains à Paris ont échangé des postes de chefs de clinique contre des postes de praticiens hospitaliers, un échange dont résulte la situation actuelle. Dans un tel contexte, créer des postes d'assistant spécialiste dans les services ayant procédé à ces échanges lui semble irritant. Il regrette que le Ministère ne possède pas de vision d'ensemble des CHU.

Etre chef de service consiste à avoir une vision de l'avenir de sa structure. Il faut revoir la répartition des postes en fonction des postes obtenus par le passé. Les services ayant conservé des postes de chefs de clinique ne doivent pas être défavorisés au profit de ceux ayant sacrifié à ces mêmes postes.

M. VALLEUR souscrit à ces propos. Ces échanges ont entraîné des redistributions ces dernières années. Il demande s'il est possible de nommer des assistants spécialistes en médecine générale.

M. BERCHE répond par la négative.

Il explique que les doyens de province ont exercé une forte pression ces dernières années, indiquant la forte disparité des effectifs de CCA sur Paris, comparativement aux CHU de province), l'exception des gros CHU (Lyon, Marseille). Les Doyens ont rappelé que les Doyens de province avaient négocié des transformations de postes de CCA en PH et que le nombre de PH dans ces CHU, statistiques à l'appui, était très supérieur à celui des CHU parisiens, compensant la disparité des postes de CCA. Il serait préférable d'aller dans le sens des valences universitaires, si du moins le Ministère de l'éducation nationale comprenait l'importance de la présence des jeunes CCA dans les CHU.

M. CORIAT précise qu'il ne s'agit pas d'imposer des postes d'assistant spécialiste dans tous les services, mais d'affirmer le souhait de l'AP-HP de bénéficier de cette possibilité pour octroyer des postes d'internat sur la base d'une démarche volontariste et non obligatoire.

Une motion écrite sera soumise à l'approbation des membres de la CME.

3. EPRD 2009

M. CORIAT rappelle que la décision de la CME a valeur d'engagement et influencera le vote du conseil d'administration, exerçant un impact considérable.

Il ne semblait pas raisonnable de demander un vote de la CME sans engagement écrit du cabinet sur les demandes émises et les propositions du cabinet en termes d'aide à l'investissement, de tableau des emplois de personnel médical et paramédical et de retombées de la V11.

La CME doit se prononcer avant le conseil d'administration du 27 mars prochain. Bien que les négociations engagées bénéficient d'une écoute de la tutelle, il n'existe pas encore d'écrit attestant des montants accordés et de la prise en compte des demandes de l'AP-HP. Le vote de la CME sera sollicité dès qu'un engagement concret sera apporté. Ce vote aura lieu le mardi 24 mars lors d'une séance exceptionnelle à 11 heures à l'Hôtel Scipion.

Le bureau de la CME estime essentiel d'apporter d'ores et déjà des informations sur les négociations menées avec la tutelle.

M. CORIAT, M. LECLERCQ et M. AIGRAIN ont été reçus par le directeur de cabinet et son adjoint. Cette réunion leur a permis de mieux cerner les demandes susceptibles d'être satisfaites.

M. CORIAT a noté un changement d'attitude du Ministère, marqué par la reconnaissance de l'effort considérable fourni par l'AP-HP en 2008 pour atteindre un bilan équilibré. Les demandes formulées sont les suivantes :

- revaloriser significativement les ressources de l'AP-HP dans le cadre de la V11 de la tarification prenant en compte la précarité, le recours et la polyopathie ;
- préserver la révision des effectifs de postes de praticiens hospitaliers en 2009 et 2010 ;
- préserver le personnel soignant de l'AP-HP, sachant que l'effort demandé et l'activité produite résulte de l'effort de l'ensemble des soignants et du personnel de l'AP-HP ;
- demande d'un effort très significatif à l'investissement, au regard de la vétusté du bâti de l'AP-HP, afin de pouvoir mener une politique d'efficience clinique.

M. CORIAT et M. AIGRAIN ont laissé entendre que la CME n'était actuellement pas favorable au vote de l'EPRD 2009 et que seul un effort significatif de la tutelle permettrait de convaincre la CME mais aussi les présidents de CCM. Ils ont ajouté que la CME ne manquerait pas de communiquer sur les raisons d'un rejet de l'EPRD 2009. Des réponses ont été apportées.

M. LECLERCQ indique que le bouclage de l'EPRD 2009 n'est pas terminé. Il atteste la fermeté des négociations conduites, qui se sont traduites par des progrès en faveur de l'AP-HP.

Le ministère a reconnu les efforts conduits en 2008, qui ont permis à l'AP-HP d'atteindre l'équilibre en comptes consolidés.

Ont été discutés un schéma d'emploi du personnel non médical non soignant ainsi que du personnel médical, l'aide à l'investissement et la reconnaissance des activités plus lourdes.

La V11 s'applique à la France entière, mais l'AP-HP en bénéficie plus largement, à hauteur de 8 millions d'euros nets. Elle bénéficie également d'une reconnaissance à travers les mérites de 4 à 5 millions d'euros, d'une compensation dans les hôpitaux de jour de plus de 8 millions d'euros. Le travail mené sur la précarité a été déclenché par l'étude de l'AP-HP.

La dotation annuelle complémentaire (DAC) a été pérennisée à hauteur de 135 millions d'euros pour 2009 et 2010.

Concernant le personnel médical, la révision des effectifs 2009 sera honorée dans les conditions exposées par M. CORIAT.

L'aide à l'investissement a été portée à 55 millions d'euros supplémentaires dans une deuxième discussion, permettant de financer le double en opérations proprement dites, de dégager des marges de manœuvre et d'éviter l'emprunt. Les dernières discussions ont conduit à un effort significatif allant bien au-delà des 55 millions d'euros déjà acquis. Ce schéma de travail constitue une évolution très positive des négociations. L'effort demandé à l'AP-HP représente moins de 80 millions d'euros dont 20 millions d'euros de recettes.

Il faut poursuivre les efforts de restructuration se traduisant par des réductions d'emploi non soignant pour contribuer à l'amélioration du résultat de l'AP-HP.

En conclusion, l'engagement des représentants de l'AP-HP a porté ses fruits.

M. CORIAT précise que les collègues ayant été formés à des postes de praticiens hospitaliers dont le recrutement était en discussion seront finalement tous recrutés dans les mois prochains.

Il juge important que la révision des effectifs des postes de praticiens hospitaliers commençant en octobre ne débute pas par un nombre de postes à rendre qui l'invaliderait. Le personnel paramédical a été défendu avec autant de conviction auprès des tutelles.

Il demande l'assurance que la révision des postes de praticiens hospitaliers soit raisonnable et équilibrée budgétairement, des points auxquels l'ensemble de la communauté sera attentif.

Par ailleurs, il sollicite M. LECLERCQ pour présenter à la CME le 24 mars les opérations d'investissement qui n'auraient pu être financées en 2009 sans l'aide finalement apportée par les tutelles.

Enfin, il demande si une réduction des emplois paramédicaux est prévue et si oui, si elle concernera des postes de titulaires.

M. LECLERCQ répond que les engagements écrits du gouvernement seront transmis officiellement lors du 24 mars à la CME et au conseil d'administration.

Dans un contexte de diminution des autorisations de programmes en 2009, l'AP-HP prévoit plus de 600 millions d'euros d'investissement. M. LECLERCQ s'engage donc à présenter les perspectives d'investissement, ainsi que les opérations en cours ou prêtes à être lancées.

Une réduction globale des emplois non médicaux non soignants est prévue, qui concerne les permanents comme les non permanents et dont l'équilibre sera présenté le 24 mars.

M. CORIAT estime les perspectives de l'EPRD 2009 désormais plus encourageantes et ouvre le débat.

La relance par l'investissement constituant une priorité du gouvernement, **M. FAYE** estime qu'il faut l'utiliser pour moderniser l'outil mais aussi pour accompagner des restructurations nécessaires au renforcement de l'efficacité de l'AP-HP.

M. CAPRON interprète les propos de M. LECLERCQ comme un report de l'effort sur le personnel non médical.

M. LECLERCQ rappelle qu'en 2006 étaient créés plus de deux cent postes par an. Il souhaite que puissent être soldés en 2009 les effets des créations de postes antérieures à 2008. En 2009, l'AP-HP souhaite pouvoir honorer une révision des effectifs prévoyant la création d'une centaine de postes à temps plein. La révision 2009 constitue un premier effort, sur une masse salariale plus contrainte. Celle de 2010 sera effectuée dans le même sens.

M. AIGRAIN rappelle que la révision 2009 comprenait le rendu de quinze emplois de praticiens hospitaliers. L'AP-HP s'est par ailleurs engagée à réaliser un effort de 10 millions d'euros sur le budget de la permanence des soins. Un effort significatif a donc été fourni sur le personnel médical. Il est essentiel de tenir les engagements en la matière pour éviter de devoir rembourser une dette lors de la prochaine révision des effectifs.

M. CAPRON demande si la clé de répartition des efforts entre les hôpitaux sera présentée le 24 mars.

M. LECLERCQ confirme la présentation de ces éléments.

4. Amendement portant suppression du conseil de tutelle de l'AP-HP, la plaçant sous la tutelle de l'ARS

M. CORIAT s'étonne que sans aucune concertation, un amendement à la loi HPST supprime le conseil de tutelle de l'AP-HP pour la placer sous celle de l'ARS, au moment même où l'AP-HP a démontré sa capacité à s'engager dans des processus d'efficience, à mener un dialogue coopératif avec les universités, à dégager une production scientifique de haut niveau, sans compter que l'AP-HP participe à une mission de réflexion sur la gouvernance des CHU à la demande du Président de la République.

La CME ne peut rester indifférente à cet amendement et doit tenter de faire évoluer la situation, la loi étant actuellement analysée par le Sénat.

Il rappelle que l'ARS aura en charge la DRASS, les médecins généralistes, le centre 15, les cliniques privées et les hôpitaux publics. Les négociations devraient être menées avec les tutelles du Ministère de la santé, ainsi qu'avec l'ARS.

Estimant qu'une motion d'étonnement et de demande de retour sur cet amendement s'impose, il soumet cette proposition aux membres de la CME.

M. DASSIER demande quelle est la situation à Marseille et à Lyon et surtout quel est le retentissement sur ces établissements de la tutelle de l'ARH ?

M. CORIAT répond que Marseille et Lyon sont placées sous la tutelle de l'ARH dans ces deux villes.

M. MUSSET approuve le vote d'une motion dénonçant le rattachement de l'AP-HP à l'ARS. Il souhaite néanmoins qu'une motion de la CME soit également adoptée sur la volonté de maintenir l'existence de structures internes et en particulier les services à l'intérieur des hôpitaux.

M. CORIAT partage cet avis. Il ne voit aucun désaveu personnel à ne pas voter les motions qu'il a proposées et estime particulièrement intéressant de voter une motion sur les services.

Une réunion sur la place des services à l'hôpital public est prévue avec le cabinet le 12 mars. Une motion de la CME appuierait leur démarche.

Seules les discussions menées au Sénat permettraient de repositionner les services comme structures internes des pôles des hôpitaux. Il faut travailler à l'obtention d'un amendement.

M. CAPRON précise que les collègues attendent surtout une prise de position de la CME sur les chefs de service.

M. CORIAT répond que c'est acquis. La motion peut contenir plusieurs éléments.

M. GARABEDIAN estime qu'un problème de priorité se pose. Un trop grand nombre de motions atténuerait le poids de chacune. L'ARS et les chefs de service lui semblent constituer des sujets prioritaires.

M. CORIAT indique que les propositions de motion seront transmises par écrit avant d'être votées. Celle sur les assistants spécialistes peut être repoussée.

M. LYON-CAEN estime que la CME agit dans la précipitation, ces deux motions touchant à l'organisation des hôpitaux en général. Il n'est pas question de proposer une singularité de la structure de l'AP-HP qui ne s'applique pas aux hôpitaux non universitaires. Il souhaite que soient envisagées les conséquences plus générales de ces motions sur l'organisation des hôpitaux. Il lui semble prématuré de s'engager dans une motion sur les chefs de service.

M. LACAU-SAINT-GUILY estime qu'il s'agit de prendre position pour la prise en compte des services par la loi HPST. Depuis des années, l'AP-HP défend le service comme étant la structure significative dans l'exercice de ses missions. La réintégration du service dans la loi HPST n'entraînerait pas pour autant de suppression des autres structures prévues par la loi. Il désire participer à la rédaction de la motion.

M. VALLEUR souligne que cette discussion est sous-tendue par le problème majeur de la constitution des pôles telle qu'effectuée jusqu'à aujourd'hui, dont un certain nombre sont non viables. La notion de service s'avère importante dans les pôles hétérogènes, qu'elle soit appelée service, structure ou unité.

M. LYON-CAEN souligne que le problème le plus important consiste à pouvoir identifier le responsable d'une mission. Son identification par le service ou les chefferies de service pose question.

La création des chefferies de service remet en cause la conception du regroupement d'activités au sein de structures avec une mise en commun des moyens et une action médicale collective. Elle constitue une source éventuelle de divergences.

M. CORIAT ne partage pas cette position. Il pense qu'à moyen terme, l'AP-HP sera amenée à revoir l'organisation des pôles et à en constituer de plus pertinents. Certains manquant

d'homogénéité, il faut pouvoir disposer d'une lisibilité et défendre les services en termes de fonctionnalité.

M. RYMER rappelle que les services ont perduré dans l'ordonnance de 2005 en tant qu'unités de soins chargées d'une mission, c'est-à-dire en tant que structures internes. Les pôles devront être révisés en vue d'une plus grande homogénéité. L'apport d'une masse critique par les groupes hospitaliers (GH) devrait permettre à l'AP-HP de gagner en cohérence.

Etant donné l'importance des chefs de pôle, les pôles devront sans doute être davantage centrés sur le malade et moins hétérogènes.

Selon **M. FOURNIER**, les mouvements d'humeur sont liés à une position vexatoire vis-à-vis des chefs de service. Ces structures ne sont pas pérennes éternellement. La transformation de l'AP-HP est inévitable, mais le cadre de loi ne semble pas approprié.

La transformation de l'AP-HP avec une valence universitaire et de recherche nécessite des investissements considérables. Il craint que le budget en préparation ne soit pas à la hauteur des difficultés.

M. CORIAT partage ce point de vue. Il répète que l'essentiel de la demande formulée au cabinet portait sur l'aide à l'investissement. Des efforts très significatifs ont été annoncés, qui devraient s'ajouter aux 55 millions d'euros déjà accordés.

M. MUSSET estime que l'AP-HP compte de nombreux pôles hétérogènes. Les responsables des services internes à ces pôles sont en souffrance. Il serait possible de mettre en place des pôles monothématiques inter hospitaliers. Un même pôle pourrait ainsi inclure des personnes travaillant dans des hôpitaux différents. Il lui semble donc nécessaire que persistent au niveau de chaque hôpital des structures faisant partie des pôles monothématiques, dotés d'un responsable d'équipe donnant l'impulsion locale aux projets élaborés dans le pôle. C'est ainsi qu'il entend la notion de service que la CME doit défendre.

M. LACAU-SAINT-GUILY ajoute qu'il ne faut pas confondre les missions des services et des pôles. La discussion semble faire du service une unité d'une structure plus large ayant médicalement un sens. Les propos sur les pôles hétérogènes sont donc importants. La possibilité de créer avec les GH des structures plus larges que le service possédant une cohérence médicale est intéressante. Cependant, le service doit être maintenu en raison de sa cohérence médicale, non médicale et de fonction, y compris dans les hôpitaux non universitaires.

M. CORIAT rappelle que les pôles ont été constitués par métier, regroupant pour certains l'obstétrique et la chirurgie. Les recommandations de prise en charge des femmes enceintes ne peuvent par exemple être émises avec pertinence qu'au chef de service obstétrique et non au chef de pôle. Il faut des porteurs de projet qui sont les chefs de service.

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

En raison de l'absence d'engagement écrit de la tutelle, l'avis de la CME est reporté à la séance extraordinaire du 24 mars 2009.

III. Plan stratégique : point mensuel

M. FAGON rappelle que des groupes multi-métiers et multidisciplinaires ont été mis en place début février, afin d'élaborer les orientations du plan stratégique de l'offre de soins de l'AP-HP.

Leur première échéance intervient dans trois semaines avec la remise d'une copie des groupes exerçant un impact direct sur le projet médical et stratégique des GH, afin que ces derniers puissent élaborer leur projet entre avril et mi-juillet.

La deuxième étape consiste à rendre une copie mi-juillet pour la parution de la politique institutionnelle dans le plan stratégique de l'AP-HP.

Les douze groupes de travail sont les suivants :

- politique en matière de médicaments et de DM ;
- politique de dépistage et de diagnostic précoce, rôle de l'AP-HP ;
- organisation des filières de soins et permanence des soins ;
- définition de masses critiques par type d'activité ;
- standards de soins ;
- prise en charge du polyhandicap ;
- prise en charge de l'adolescent ;
- organisation de la pédiatrie ;
- évolution des plates-formes médico-techniques et d'imagerie, biologie ;
- évolution des métiers et des coopérations ;
- évolution des prises en charges thérapeutiques et diagnostiques, nouvelles compétences et adaptation des filières de formation ;
- prise en charge du vieillissement.

A ces groupes s'ajoute le travail mené par d'autres groupes déjà constitués tels que la commission cancer de la CME, le CLAN sur les comportements alimentaires, les groupes sur l'odontologie, la gynécologie, la médecine légale et pénitentiaire, la médecine du travail sur la formation des médecins du travail et le suivi difficile des médecins par la médecine du travail.

Un travail est également mené sur l'intrication de ces groupes avec les activités universitaires et de recherche. Un référent a été désigné dans chaque groupe. La commission et le comité en recherche biomédicale et en santé publique travaillent sur l'amélioration de l'organisation, du financement et de la lisibilité de l'activité de recherche à l'AP-HP.

Le conseil d'administration, le directeur général et le président de la CME ont confirmé la tenue du calendrier. Le plan stratégique doit être rédigé fin octobre pour être voté en décembre.

Il cède la parole à la directrice des ressources humaines de l'AP-HP pour évoquer l'évolution du projet social et professionnel.

Mme RICOMES indique qu'un représentant de la DRH participe aux groupes offre du plan stratégique pour tout ce qui concerne l'impact sur les effectifs, les formations et les compétences, ainsi qu'au groupe piloté par Mme VASSEUR sur l'évolution des métiers.

A partir du 20 mars, la DRH organise des réunions thématiques avec les organisations syndicales sur les sujets transversaux, à raison d'une réunion par semaine. Les orientations sur l'élaboration des projets sociaux et professionnels seront transmises aux hôpitaux en avril. Le travail se prolongera néanmoins jusqu'en septembre.

Concernant le projet de soins, **Mme VASSEUR** indique que quatre sous-groupes thématiques ont été constitués :

- priorités, philosophie, valeurs
- qualité, prévention et gestion des risques
- organisation des soins et management
- formation, métiers, enseignement, recherche.

Par ailleurs, une réflexion est menée avec la commission de soins sur l'articulation du projet de soins avec le projet médical constituant l'ossature du projet de soins, ainsi qu'avec le projet social.

Elle invite des représentants de la CME à rejoindre le groupe travaillant sur les priorités et valeurs du projet de soins.

M. CAPRON s'étonne qu'aucun groupe ne travaille sur les urgences et leur aval, qui représentent une activité majeure de l'AP-HP.

M. FAGON rappelle que le travail sur l'offre de SAU et du premier aval fait partie intégrante de la réflexion des groupes de travail sur les GH, tel que le précise la note du directeur général du 12 décembre 2008, et sera précisé dans une prochaine note de cadrage envoyée aux GH.

Par ailleurs, le président du conseil d'administration a souhaité tenir une journée de réflexion sur les urgences, dont le contenu sera intégré dans la réflexion menée sur les GH.

M. CAPRON se porte volontaire pour rejoindre le groupe animé par Mme VASSEUR.

IV. Analyse médicalisée de l'année 2008

M. CHATELLIER indique que l'AP-HP enregistre une augmentation d'activité de 3,7 % en 2008 se traduisant dans tous les secteurs, à l'exception de l'hôpital de jour qui fait l'objet d'une demande spécifique de diminution d'activité suite aux contrôles de l'assurance maladie.

L'hospitalisation de plus d'une nuit enregistre une augmentation d'activité de plus de 3 % contre 0,2 % en 2007.

L'augmentation de 19,8 % de la transfusion s'explique par la réinternalisation d'activités confiées auparavant aux centres de transfusion.

Les séjours se répartissent à environ 50 % en hospitalisation partielle et à 50 % en hospitalisation complète. En hospitalisation partielle, l'activité des quatre groupes hospitalo-universitaires augmente. En hospitalisation complète, l'augmentation d'activité se révèle moins importante pour un groupe lié à l'HEGP, voire faible à Cochin.

En hospitalisation conventionnelle, l'augmentation d'activité est portée principalement par la médecine, puis par la chirurgie, l'obstétrique et dans une moindre mesure, par la pédiatrie.

En hôpital de jour, l'activité de médecine diminue. Les contrôles de l'assurance maladie posent de nombreuses difficultés aux CHU. Il faut veiller à la tenue parfaite des dossiers. Il rappelle que l'hôpital de jour constitue une alternative à l'hospitalisation classique et non à une consultation mal organisée. Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire enregistre une croissance à deux chiffres de son activité, tandis que l'obstétrique reste stable.

Une augmentation importante de séances en chimiothérapie ainsi qu'en hémodialyse est à noter.

L'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP a contribué à l'augmentation de l'activité.

Les recettes proviennent à 80 % de l'hospitalisation de plus d'une nuit. En revanche, l'activité de 0/1 nuit en hospitalisation traditionnelle génère des pertes d'argent. Les lits ainsi occupés, valorisés comme en hôpital de jour, ne sont pas rentables et font perdre des malades de longue durée. L'augmentation d'activité varie d'un site à l'autre. Bichat, Saint-Antoine et Bécclère enregistrent une forte augmentation de l'hospitalisation d'une nuit, parallèlement à une diminution des séjours de zéro nuit. Cette évolution s'explique par la prise en charge de cas d'éthylisme aigu et de tentatives de suicide qui, s'ils ne paraissent pas justifiés à l'assurance maladie, risquent d'entraîner un redressement de l'AP-HP. En 2008, l'AP-HP a subi un redressement de plus de 6 millions d'euros.

Concernant les séjours de courte durée aux urgences, **M. HINGLAIS** précise qu'un groupe de la collégiale des urgentistes travaille sur la publication de recommandations afin d'améliorer le codage des cas évoqués par M. CHATELLIER. A partir de la circulaire frontière, l'objectif est de pouvoir assortir ces séjours d'une surveillance qui permettra de les coder en hospitalisation.

M. CHATELLIER souligne la qualité de cette démarche. L'hospitalisation de courte durée manque de référentiels. Or les médecins conseils de l'assurance maladie en sont demandeurs. Il encourage donc plusieurs spécialités dont les endocrinologues et les diabétologues à émettre de telles recommandations, qui offriraient des arguments face à l'assurance maladie.

En hospitalisation conventionnelle, les séjours ayant porté l'activité se trouvent en diminution notamment les séjours pour cataractes, pontages coronaires et chirurgie de la main. L'activité de chirurgie orthopédique lourde augmente sur tous les sites sauf un.

M. CAPRON demande ce que recouvre le terme « hématologie ».

M. CHATELLIER prend note de la question.

En réponse à une question de M. HINGLAIS, **M. CHATELLIER** confirme une augmentation de 10 % de l'hôpital de jour chirurgical, sans pouvoir établir de relation avec d'autres tendances.

M. AIGRAIN demande si la diminution des opérations de la chirurgie de la main et des cataractes reflète une perte de parts de marché ou un passage en hôpital de jour.

M. CHATELLIER répond que la réponse mérite une analyse détaillée.

Par ailleurs, il insiste sur les difficultés techniques d'analyse. Le développement du suivi thérapeutique répond par exemple aux contrôles de l'assurance maladie, tandis que le reclassement des convulsions d'épilepsie se traduit par une tendance inverse. Les signes et symptômes sont peu valorisés. Le groupe cardiopathies et valvulopathies enregistre une augmentation, tandis que les cathétérismes diagnostiques vasculaires et coronariens diminuent.

L'activité entraîne-t-elle une augmentation des recettes ? Les groupes homogènes de séjours, c'est-à-dire valorisés complètement, sont théoriquement payés à l'AP-HP. S'il existe une relation entre l'activité et les recettes, certaines activités connaissent une augmentation des recettes mais une diminution de la valorisation. Le recodage de l'assurance maladie influence cette relation.

Bichat enregistre par exemple une hausse des signes et symptômes, peu valorisés, parallèlement à une diminution des soins palliatifs bien valorisés. Beaujon au contraire augmente son activité de soins palliatifs et de chirurgie lourde. Toute activité n'étant pas porteuse de recette, la relation entre activité et recettes diffère entre les sites.

Mme DEGOS suggère que les différences des soins palliatifs relèvent d'un problème de codage.

M. CHATELLIER répond que le codage est surveillé. Il se peut qu'un changement de structure ait affecté les résultats.

Il explique par ailleurs que l'analyse médicalisée présente des résultats regroupant des activités par ligne de produit et non par spécialité. Il ne propose pas d'analyse d'activité de chaque service mais des groupes homogènes de malades.

L'analyse par spécialité des services montre une croissance en chirurgie orthopédique, traumatologie et neurologie. Les services en décroissance relèvent pour la plupart de la pédiatrie.

En conclusion l'augmentation d'activité touche en moyenne la plupart des secteurs et des hôpitaux. La qualité du codage et les changements de classification méritent une attention particulière. L'apport en recette d'une augmentation d'activité dépend du type de séjour et des secteurs.

Il recommande en pratique de ne pas se focaliser sur les recettes (V11). En matière d'efficience, les résultats de la V11 sont incertains. L'utilisation correcte des secteurs d'hospitalisation et du personnel devrait permettre d'équilibrer le budget.

M. CORIAT estime particulièrement intéressant pour la CME de disposer d'une vision médicalisée de l'activité.

M. SEBBANE s'enquiert d'une analyse médicalisée du secteur gériatrique.

M. CHATELLIER explique qu'un travail spécifique est effectué sur les personnes âgées dans le cadre du plan stratégique. La gériatrie n'a pas été oubliée et peut faire l'objet d'une analyse spécifique sur demande.

M. SEBBANE confirme cette demande.

Mme DEGOS remarque que dans le cadre de la V11, il faut insister sur l'importance de saisir toutes les pathologies.

M. CHATELLIER précise que chaque hôpital disposera d'une simulation de la V11 sur son activité 2008. Il rappelle que tout séjour doit donner lieu à un codage réfléchi, c'est-à-dire de toutes les pathologies actives au moment de l'hospitalisation.

M. CAPRON demande quelle est la morale financière de l'analyse présentée et jusqu'à quel point une augmentation d'activité reste logique et rentable.

M. CHATELLIER répond qu'une augmentation générale de l'activité entraînerait une diminution des tarifs, ce qui n'est pas l'objectif. L'augmentation prévue pour 2009, discutée site par site, est de 1,5 %.

Le rôle de l'AP-HP est de soigner les malades, non de sélectionner ceux qui sont rentables.. En revanche, il faut s'intéresser aux pratiques plutôt qu'à l'optimisation de la V11. Le contexte se prête par exemple à une réflexion sur la transformation des hôpitaux conventionnels en hôpitaux de semaine. Les comparaisons entre services doivent conduire à une convergence vers les plus efficaces.

M. CORIAT explique que l'augmentation d'activité ne constitue pas une finalité. Elle résulte d'une organisation mieux adaptée à l'évolution de la médecine et aux normes de prises en charge, ainsi que d'efforts d'organisation profitant à l'ensemble du personnel. Elle ne doit pas être considérée comme une demande mais comme le résultat d'une organisation chirurgico-médicale repensée.

M. CHATELLIER partage cette vision. Il ajoute qu'il faut saisir les opportunités, par exemple en oncologie, l'AP-HP étant bien équipée dans ce domaine. Il faut éviter de transférer des malades hors AP-HP lorsqu'ils s'adressent à elle pour être soignés.

M. CORIAT explique que le transfert des malades répondait à un manque de moyens de prise en charge. Il insiste sur le rôle des chefs de service, qui sont seuls en mesure d'étudier les procédures remédiant à l'exportation des malades. Il s'agit de repenser l'organisation de l'urgence.

V. Nouveau contrat du bon usage 2009-2011

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS rappelle qu'un CBUS deuxième génération doit être signé, en continuant à s'appuyer sur le décret de 2005, modifié par un contrat publié fin octobre 2008.

La principale modification du CBUS réside dans le statut de signataire à part entière de l'assurance maladie, aux côtés des directeurs de l'ARH et de l'AP-HP. Les rapports d'étapes annuels et le rapport final sont désormais transmis au directeur de l'ARH ainsi qu'à l'assurance maladie.

La mise en place du CBUS en 2005 s'était traduite par une demande de conception et mise en place de projet. Le CBUS entre dans une deuxième phase se traduisant par une demande d'évaluation, de retour d'information et de mise en place de mesures correctrices éventuelles. L'ARH et le ministère sont conscients des difficultés de sécurisation des circuits de produits, mais l'exigence du nombre de contrôles se renforce.

Elle insiste sur la mise en place d'un système de recueil des événements indésirables liés au circuit des produits de santé, ainsi que sur l'importance de la présence dans les DM d'un certain nombre d'informations.

Le contrat présente 20 objectifs au lieu de 31 et définit de nouveaux indicateurs de suivi et d'échéanciers, dont certains nationaux. Le respect des engagements est apprécié par un rapport d'étape électronique, dont les justificatifs pourront être demandés par l'ARH.

L'AP-HP est notée sur 100 points plus 10 points optionnels reconnaissant son travail de communication sur le CBUS, ainsi que sa réflexion sur les référentiels de juste prescription mis en place dès 2004.

L'échéancier est de trois ans, avec un premier rapport d'étape en septembre 2009 et un rapport final en 2011.

En conclusion, le deuxième CBUS demande d'atteindre davantage de résultats et de poursuivre la dynamique lancée depuis trois ans.

M. CORIAT souligne l'effort mené par l'AP-HP sur le CBUS. Il s'interroge sur la manière d'inciter la communauté médicale à aller plus loin.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS répond qu'il faut accorder beaucoup d'attention au dossier du patient, sur lequel les contrôles vont se multiplier.

M. CORIAT demande sur quelles grandes thématiques l'effort doit être porté.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS cite la traçabilité des dispositifs médicaux et le recueil des événements indésirables survenant dans le circuit du médicament, ce dernier relevant de l'appropriation d'une nouvelle culture.

M. CORIAT demande si des systèmes sont prévus pour la déclaration des erreurs dans le circuit des médicaments à l'image d'OSIRIS.

M. SINGLAS répond par la négative mais ajoute qu'OSIRIS offre de nombreuses possibilités.

Par ailleurs, il attire l'attention sur les contrôles qui devraient être menés sur l'autoévaluation et les produits hors GHS. Les déclarations des médecins prescripteurs et des hôpitaux ne manqueront pas d'être contrôlées.

Mme GIRARD demande des précisions sur les nouvelles modalités de codification de la toxine botulique dans les dystonies.

Selon **M. LYON-CAEN**, le système mis en place est adapté à la dose utilisée. L'hospitalisation de jour est possible pour les indications hors ophtalmologie et dystonies focales mais utilisant de hautes doses de toxine. Les autres cas s'inscrivent dans le cadre d'une consultation.

M. LACAU-SAINT-GUILY explique que la toxine botulique est utilisée à petite dose en ORL. Il est apparu dernièrement que les patients concernés devaient être inscrits en hôpital de jour et non en consultation ce qui pose un problème méritant d'être clarifié.

Mme GIRARD ajoute que ce problème se pose dans les actes frontières.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS s'engage à apporter une réponse sur ce sujet.

M. CHATELLIER indique que dans un contexte de pression accrue et de contrôles supplémentaires, il sera demandé à l'AP-HP de mener à bien la préparation centralisée des anticancéreux et la poursuite l'informatisation de la distribution des médicaments.

L'AP-HP sera interrogée sur :

- la sécurisation des circuits des médicaments ;
- la sécurisation des circuits des DM ;
- la juste prescription.

M. CORIAT demande si OSIRIS peut être dédié en partie à la déclaration des événements indésirables.

Mme VIDAL-TRECAN répond qu'il est possible d'utiliser OSIRIS ainsi qu'un système parallèle de déclaration de mésusage du médicament développé par l'AFSSAPS, REMEDE.

Mme MONTAGNIER-PETRISSANS ajoute que les événements indésirables concernent tous les dysfonctionnements et événements porteurs de risques.

M. CHATELLIER propose à l'approbation de la CME le CBUS.

La CME approuve à l'unanimité le contrat de bon usage 2009-2011.

VI. Avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'AP-HP et l'ARH-IF

M. CORIAT explique que ce point étant une déclinaison de l'EPRD 2009, il ne pourra être traité qu'après la séance du 24 mars.

VII. Créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités

M. HARDY rapporte le dossier relatif aux fiches de structures examinées favorablement par la commission des structures.

1 - GHU OUEST

a. Ambroise Paré

Pôle 4 : Biologie, pathologies, Produits de santé et Information

Transfert du Dépôt des Produits Sanguins Labiles du pôle « urgences-proximité » (service d'anesthésie-réanimation chirurgicale) vers le pôle « biologie, pathologie, produits de santé,

information » sans modification de la structure et du fonctionnement actuel.

M. SINGLAS que le site EFS de référence est celui de l'HEGP et que localement le dépôt constitue une UF placée sous la responsabilité d'une hémobiologiste et dotée de personnels médicaux et paramédicaux capables d'assurer les missions d'un tel dépôt.

b. NECKER EFM – COCHIN SVP

M. HARDY indique qu'en prévision de la fermeture de Saint-Vincent-de-Paul (SVP), le travail sur les pôles a été accéléré à Cochin SVP / Necker EFM. L'hôpital devait pouvoir être adossé à un hôpital de référence pouvant accueillir ou accompagner les équipes de Saint-Vincent de Paul pendant la période intermédiaire.

Le groupe de travail pédiatrie du plan stratégique n'ayant pas encore fixé le devenir de SVP, il importait que les structures votées ce jour ne scellent pas définitivement le devenir des équipes de SVP. Ce devenir reste ouvert en partie, même si le souhait est de les accueillir en totalité à l'avenir.

Cochin SVP et Necker EFM proposent la création de trois pôles communs : « pédiatrie générale et pluridisciplinaire », « chirurgie pédiatrique », « réanimations, urgences et anesthésies ». Les UF de même discipline présente dans les deux établissements seront systématiquement intégrées dans un service unique commun aux deux pôles, à la seule exception de l'anesthésie réanimation identifiée dans deux services distincts dans chaque hôpital.

La restructuration de Necker se traduit par la suppression du pôle adulte et la création de trois pôles : « hémato-immuno-infectiologie », « rein-œil-cœur », « santé publique et recherche clinique ».

Cochin SVP propose la création de deux services communs, l'un d'hématologie biologique, l'autre de biochimie, comportant chacun une UF par établissement.

L'UF de traitement des hémophiles est transférée dans le service d'hématologie biologique.

⇒ CREATION du Pôle COMMUN « Médico-chirurgical pédiatrique » :

Au sein de ce pôle :

- CREATION d'un service de chirurgie viscérale pédiatrique commun par FUSION du service de chirurgie viscérale pédiatrique de Necker avec le service de chirurgie pédiatrique à orientation viscérale de Saint-Vincent de Paul ;
- CREATION de deux UF rattachées à ce service : UF chirurgie viscérale pédiatrique site Necker, UF chirurgie viscérale pédiatrique site Saint Vincent de Paul.

- CREATION d'un service commun d'ORL pédiatrique.
- CREATION de deux UF rattachées à ce service : UF d'ORL pédiatrique site Necker, UF d'ORL site Saint-Vincent de Paul.

- CREATION de deux UF de Chirurgie Plastique directement rattachées au pôle, sites Cochin SVP et Necker EFM.

- CREATION d'un service d'explorations fonctionnelles digestives commun
- CREATION d'une UF rattachée à ce service : UF d'hôpital de jour d'allergologie et explorations fonctionnelles digestives, site Saint-Vincent de Paul.
- MODIFICATION de rattachement de l'UF d'endoscopies digestives, site Necker.

- CREATION d'un service de chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique commun par FUSION du service de chirurgie orthopédique et traumatologique pédiatrique de Necker avec le service de chirurgie pédiatrique à orientation orthopédique de Saint-Vincent de Paul.
- CREATION de deux UF rattachées à ce service : UF chirurgie orthopédique et traumatologique site Necker, UF chirurgie orthopédique et traumatologique site Saint-Vincent de Paul.

- MODIFICATION de rattachement du Service stomatologie, site Cochin St VP.

- CREATION d'une UF de chirurgie ambulatoire directement rattachée au pôle site Cochin SVP

- CREATION d'une UF de Bloc opératoire directement rattachée au pôle site Cochin SVP

- MODIFICATION de rattachement des structures médicales suivantes :
 - Service de néphrologie pédiatrique - Pr Niaudet
 - Service de neurochirurgie pédiatrique - Pr Sainte Rose
 - Service de gastro-entérologie pédiatrique et nutrition - Pr Goulet
 - Service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie pédiatrique - Pr Couly
 - UF d'ophtalmologie pédiatrique - Pr Dufier
 - UF de chirurgie ambulatoire pédiatrique – Pr Revillon
 - UF bloc pédiatrique – Dr Lortat Jacob
 - UF de médecine physique et réadaptation de l'enfant.

⇒ CREATION du Pôle COMMUN « pédiatrie générale et pluridisciplinaire » :

Au sein de ce pôle :

- CREATION d'un service commun de pédiatrie générale par FUSION du service de pédiatrie générale de Necker et du service de pédiatrie générale de Saint-Vincent de Paul.
- CREATION de deux UF rattachées à ce service : UF de pédiatrie générale site Necker, UF de pédiatrie générale site Saint-Vincent de Paul.
- MODIFICATION de rattachement de l'UF d'accueil et de traitement des urgences pédiatriques, site Saint-Vincent de Paul.

- MODIFICATION de rattachement des structures médicales suivantes :
 - Service de pneumo-allergologie - Pr de Blic
 - Service de dermatologie - Pr de Prost
 - Clinique des maladies du développement – (ex-service du Pr Saudubray)
 - Service de pédopsychiatrie - Pr Golse
 - UF pédiatrie médicale ambulatoire – Pr de Blic

⇒ **CREATION du Pôle COMMUN « Réanimations, Urgences et Anesthésies » :**

Au sein de ce pôle :

- **MODIFICATION** de rattachement du service d'anesthésie réanimation – Pr Hamza, site Cochin St VP.
- **MODIFICATION** de rattachement de l'UF surveillance continue chirurgicale (Dr Miladi / Dr Couturier), site Cochin St VP.

MODIFICATION de rattachement des structures médicales suivantes :

- Service des urgences – Pr Chéron
- Service de réanimation polyvalente pédiatrique - Pr Hubert
- Service d'anesthésie-réanimation - SAMU - SMUR - Pr Carli
- UF Réanimation médico-chirurgicale adultes
- UF Anesthésie adultes et ophtalmologique
- UF Anesthésie et réanimation chirurgicale pédiatrique
- UF Douleur
- UF Anesthésie et réanimation neurochirurgicale pédiatrique
- UF Anesthésie et réanimation cardiaque pédiatrique

⇒ **SUPPRESSION du pôle 1 « Pédiatrie générale et pluridisciplinaire » de Necker EFM**

⇒ **SUPPRESSION du pôle 2 « Médico-chirurgical pédiatrique » de Necker EFM**

⇒ **SUPPRESSION du pôle 8 « Réanimations, Urgences et Anesthésies » de Necker EFM**

⇒ **SUPPRESSION du pôle 6 « adulte » de Necker EFM**

⇒ **CREATION du pôle REIN – ŒIL – CŒUR (R.O.C.) de Necker EFM**

Au sein de ce pôle :

- **SUPPRESSION** de l'UF pharmacologie clinique initialement rattachée au service de Néphrologie-Dialyse adulte du Pr Lesavre.
- **MODIFICATION** de rattachement des structures médicales suivantes :
 - Service de néphrologie-dialyse adulte - Pr Lesavre
 - Service de néphrologie-transplantation - Pr Legendre
 - Service d'urologie – (N) - Pr Thibault
 - Service d'ophtalmologie – Pr Dufier
 - UF d'ophtalmologie adulte
 - UF de cardiologie adulte (lien médical avec HEGP scc Pr Desnos)
 - UF ambulatoire adulte
 - UF bloc adulte.

⇒ **CREATION du pôle Hématologie - Immunologie – Infectiologie (H2I) de Necker EFM**

Au sein de ce pôle :

- **MODIFICATION** de rattachement du service d'Immunologie-Hématologie du Pr Fischer.

- MODIFICATION de rattachement des structures médicales suivantes :
 - Service de maladies infectieuses - Pr Dupont
 - Service d'hématologie - Pr Varet
 - Département de biothérapie – Pr Cavazzana

⇒ **CREATION du pôle SANTE PUBLIQUE ET RECHERCHE CLINIQUE de Necker EFM**

Au sein de ce pôle :

- CREATION de 4 UF rattachées directement au pôle :
 - UF Recherche Clinique :
 - UF programme de médicalisation du système d'information
 - UF Dossier médical et évaluation des pratiques professionnelles
 - UF Promotion de la santé et soins de support.

- MODIFICATION du service de Biostatistiques et informatique médicale.

⇒ **SUPPRESSION du pôle 9 « Pédiatrie » de Cochin SVP**

Au sein du Pôle 10 « Périnatalogie, Périconceptologie, Gynécologie et Urologie » de Cochin SVP :

⇒ CREATION d'un service de Médecine et Réanimation Néonatales par FUSION du service de Médecine Néonatale de Port-Royal et du service de Néonatalogie du site Saint Vincent de Paul en un service unique.

c. HENDAYE

Pôle 2 : Maladies rares et troubles du développement

- Création du service de soins de suite pour maladies rares à expression psychiatrique ;

Cette demande s'appuie sur un projet d'hôpital dynamique.

d. HOTEL-DIEU / COCHIN

Pôles 2 : « Biologie-pharmacie-pathologie » de Cochin et Pôle 5 « Biologie et Pharmacie » de l'Hôtel Dieu

- **Création d'un service commun d'hématologie Biologique,**
- **Création de 2 UF,** UF Hématologie site Hôtel Dieu et UF Hématologie site Cochin au sein de ce service commun.
- **Modification de rattachement de l'UF Traitement des hémophiles** qui devient rattachée au service commun d'hématologie.

- **Création d'un service commun de biochimie,**

par réorganisation des services de Biochimie de Cochin-St Vincent de Paul et de l'Hôtel-Dieu

- **Création de 2 UF,** UF Biochimie site de Cochin et UF Biochimie site de l'Hôtel Dieu au sein de ce service commun.

2- GHU EST

GH Pitié - Salpêtrière

Pôle 1 Endocrinologie – diabétologie – métabolisme – nutrition – prévention vasculaire :

- Création de l'unité fonctionnelle « activité physique thérapeutique et préventive » rattachée au pôle, en remplacement du service de physiologie du sport

Pôle 2 Chirurgie – néphro – urologie – gynécologie – obstétrique – néonatalogie :

- Modification de l'intitulé de l'UF de chirurgie générale à orientation gynécologique. Celui-ci devient UF de chirurgie et oncologie gynécologique et mammaire

Pôle 3 : Anesthésie – réanimation – urgences – pneumologie – explorations fonctionnelles respiratoire – gériatrie :

- Modification de l'intitulé « service de pneumologie » remplacé par "service de pneumologie et réanimation »

Pôle 4 : Maladies du système nerveux :

- Suppression des services de neurologie 3, 4 et 5

- Création d'un département de neurologie et création de 6 unités fonctionnelles rattachées au département de neurologie

- Rattachement de l'UF centre des maladies neurologiques cognitives et comportementales au département de neurologie. Celle-ci était initialement rattachée au service de neurologie 5.

Il existe huit autres services, dont trois de neurologie. Cette modification représente une avancée importante, appelée à être complétée par la création d'un grand département dans les prochaines années.

3- GHU SUD

ANTOINE BECLERE

Pôle « Femme / Couple / Embryon / Enfant »

- MODIFICATION de rattachement de l'unité fonctionnelle de biologie de la reproduction et AMP, initialement rattachée au service d'histologie, embryologie, cytogénétique du pôle « Biologie-Pharmacie – Pathologie », directement au pôle « Femme – Couple – Embryon – Enfant ».
- MODIFICATION de rattachement de l'unité fonctionnelle de chirurgie gynécologique et centre de régulation des naissances, directement au pôle CHARGE « Chirurgie – Hépatogastro-Entérologie – Anesthésie - Réanimation ».
- MODIFICATION de l'intitulé de l'unité fonctionnelle d'obstétrique en unité fonctionnelle urgences – salle de naissance et cellule de régulation.
- CREATION d'une unité fonctionnelle de médecine anténatale – grossesse à haut risque et suites de couches.

Pôle BPP « Biologie / Pharmacie / Pathologie »

- MODIFICATION de rattachement de l'unité fonctionnelle de biologie de la reproduction et AMP, directement au pôle « Femme – Couple – Embryon – Enfant ».

Pôle CHARGE « Chirurgie / Hépatogastro-Entérologie / Anesthésie Réanimation »

- MODIFICATION de rattachement de l'unité fonctionnelle de chirurgie gynécologique et centre de régulation des naissances, directement au pôle CHARGE « Chirurgie – Hépatogastro-Entérologie – Anesthésie - Réanimation ».
- SUPPRESSION du service de chirurgie générale par la CREATION du service de chirurgie viscérale et par la CREATION du service d'orthopédie traumatologie.
- SUPPRESSION de l'unité fonctionnelle de chirurgie viscérale et l'unité fonctionnelle d'orthopédie traumatologie

Ces opérations ont toutes reçu un avis favorable des commissions des structures.

M. CORIAT félicite la commission des structures ainsi que les collaborateurs de Necker et SVP qui ont proposé une refonte des activités SVP / Necker comprenant des structures communes à l'intérieur de pôles cohérents. Ces restructurations offrent davantage de visibilité dans le cadre de la fermeture de SVP. Dans un tel contexte, il est important de flécher les lignes directrices de l'organisation médicale des activités.

Il rappelle que la fermeture de SVP est un préalable exigé par les tutelles pour tout abondement en matière d'investissement.

Mme GIRARD regrette le manque de cohérence du pôle « Rein-œil-Cœur », dans lequel l'œil trouve difficilement sa place. Dans ce genre de pôle plus économique que structurel, il est important de garder la notion médicale de Service afin que les usagers (malades) ou les intervenants médicaux et paramédicaux puissent trouver des domaines de travail intelligibles.

M. SEBBANE répond que ce regroupement s'explique par un bloc opératoire et une unité de lieu communs.

M. CORIAT remarque qu'une visibilité sur les services composant un pôle s'avère moins nécessaire pour un pôle regroupant sept services d'une même spécialité, que pour des pôles hétérogènes. Elle est cependant indispensable, plus encore pour ces derniers.

Il remercie la commission des structures pour son travail.

La CME approuve à l'unanimité les créations, modifications, suppressions de structures médicales et créations de pôles d'activités présentées.

VIII. Avis sur des projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT indique un projet d'achat par l'AP-HP d'un terrain et d'un sous-sol à la ville d'Issy-les-moulineaux pour assurer la bonne construction du bâtiment Corentin Celton, à hauteur de 162 000 euros.

M. CORIAT rappelle que 30 millions d'euros ont été accordés dans le cadre du plan Hôpital 2012 pour la construction du nouveau bâtiment de Corentin Celton.

Mme DEBEAUPUIS-CLEMENT indique la vente à la ville d'une petite partie du lot pour son besoin de voirie, ainsi que les projets de vente d'une parcelle située à Anet-sur-Marne à hauteur de 131 000 euros et d'une parcelle située à Champcueil dans l'Essonne.

La CME approuve à l'unanimité les projets de ventes et d'acquisitions de lots immobiliers présentés par la DPFL.

IX. Avis sur les contrats d'activité libérale

M. FAGON informe la CME que le vice-président du conseil de l'ordre de Paris a été auditionné par l'IGAS à propos des contrats des praticiens hospitaliers conclus pour assurer des expertises auprès d'industriels, chaque contrat devant être validé par le conseil départemental de l'ordre. Il indique qu'une étude est en cours pour décliner de manière précise les obligations juridiques régissant les différents types de situation de cumul. A ce jour, les seules dispositions prises par l'AP-HP consistent à demander le remboursement du temps médical amputé à l'AP-HP et à l'université.

M. CORIAT rappelle que le vice-président du conseil de l'ordre de Paris est également président de la commission centrale d'activité libérale de l'AP-HP. Le président et le vice-président de la CME entretiennent des contacts réguliers avec la commission pour coordonner leur démarche. La CME sera informée des résultats de leur concertation. Le seul problème éventuel est que certains contrats mentionnent l'obligation de consacrer un certain nombre de journées par mois à l'industriel.

L'ensemble des travaux de la commission d'activité libérale sera présenté à la prochaine CME ordinaire

Le nouveau contrat d'activité libérale, le renouvellement des contrats d'activité libérale des hôpitaux Antoine-Béclère, HEGP et du groupe hospitalier Cochin – Saint Vincent de Paul sont approuvés par 24 voix pour, 4 voix contre et 15 abstentions.

Concernant la demande de renouvellement proposée par l'hôpital Beaujon, la commission centrale demande à la CME de valider l'engagement d'une procédure contradictoire et de surseoir à la demande de renouvellement.

La CME est appelée à se prononcer sur l'engagement de cette procédure et sur l'étude différée de la demande de renouvellement : 35 voix pour, 6 abstentions et 3 membres de la CME ne prenant pas part au vote.

M. DRU demande si le praticien a poursuivi son activité libérale depuis le 4 décembre 2008, date de fin de son contrat d'activité libérale.

M. GOTTMANN ignore la réponse à cette question, mais précise que le praticien ne dispose pas des bases juridiques nécessaires poursuivre ladite activité.

Mme MAUGOURD s'enquiert de la longueur de la procédure.

M. GOTTMANN répond que la procédure contradictoire sera lancée dès la prochaine commission centrale d'activité libérale (soit le 16 mars 2009 : désignation d'un rapporteur et communication de son dossier à l'intéressé). Une commission centrale d'activité libérale exceptionnelle devra alors être réunie (le 28/04/09), à l'issue de laquelle une proposition sera émise sur la demande de renouvellement. En cas d'avis défavorable au renouvellement, le dossier sera transmis au directeur de l'ARH qui prendra sa décision dans la foulée. La procédure devrait donc être achevée courant mai. Ce dossier pourra ainsi faire l'objet d'une communication pour information à la CME de juin. Ces délais ne sont pas réductibles, les règles de la procédure devant être respectées.

M. CORIAT estime que la CME devrait suivre l'avis de la commission centrale d'activité libérale, qui témoigne de sa volonté de vérifier le respect de la réglementation.

X. Approbation du compte-rendu des séances du 13 janvier et 10 Février 2009

M. CORIAT rappelle qu'une motion a été votée en fin de séance le 13 janvier 2009. Le vote de la motion ayant été précipité, l'unanimité mentionnée dans le procès-verbal ne convient plus. La modification a donc été apportée pour indiquer qu'une majorité de la CME a approuvé la motion. Le texte de la motion a également été modifié en ce sens.

A partir de ce jour, **M. CORIAT** souligne qu'une plus grande attention sera portée au mode de proposition des motions. Les votes seront comptés avec attention.

XI. Motions de la CME

1. Motion sur les services

Il retient qu'un trop grand nombre de motions nuit à leur efficacité. Des négociations s'ouvrant au cabinet sur la notion de service à l'intérieur de l'hôpital, dans le cadre de la loi HPST, la CME doit s'exprimer en faveur du maintien des services. Il demande si la motion rédigée transmise en fin de séance apporte des commentaires.

M. CORIAT explique que les structures de l'AP-HP ne peuvent être organisées en opposition avec la loi. La loi définit actuellement des structures internes aux pôles avec des prérogatives, des droits et des devoirs, comme elle définit les droits, les prérogatives et les devoirs du pôle. Dans ce cadre, la lisibilité de services centrés sur des missions s'avère souhaitable.

Mme DEGOS et **M. LYON-CAEN** proposent que le titre soit modifié.

Une discussion générale s'engage sur les termes les plus appropriés pour préciser au mieux la pensée de la CME.

M. SCHLEMMER suggère d'inclure dans la motion le terme « discipline », le ministère de l'enseignement supérieur affectant les postes aux disciplines, ce qui renforce la notion de service souvent attachée à une discipline.

M. LACAU-SAINT-GUILY suggère de mentionner la formation des spécialistes.

M. CORIAT propose comme première phrase « *au sein de l'organisation hospitalière sous forme de pôles, le maintien du service comme structure de soins clairement identifiable est indispensable* ».

M. OURY ajouterait que le responsable de la structure joue un rôle déterminant dans la gouvernance de la structure, mais aussi dans la qualité et de la sécurité des soins.

M. CORIAT rappelle que la motion est destinée au cabinet du ministre, connaissant parfaitement le problème. Il propose de supprimer le titre pour ne conserver que « *Motion de la CME* », le texte proposé, en y ajoutant les termes discipline et l'évocation de la qualité et de la sécurité des soins.

M. DOURSOUNIAN suggère d'ajouter « *au sein de l'organisation hospitalière et universitaire* ».

M. CORIAT explique que le bureau de la CME souhaite un amendement de la loi HPST précisant que le service est une structure du pôle. Un amendement ne distinguera pas les hôpitaux universitaires et non universitaires. Les hôpitaux resteraient libres de décider de l'opportunité ou non de créer des services en fonction de leurs besoins.

M. LYON-CAEN attire l'attention de la CME sur le caractère dérisoire, passéiste et bloquant de l'évocation systématique de ces structures. L'évolution est au regroupement des structures et de l'identification d'activités fortes. Les services sont des structures de petite taille dont la raison d'être est d'avoir un chef de service, alors qu'ils pourraient s'intégrer dans un projet plus large et ambitieux. Cette motion lui semble préoccupante pour l'avenir de l'AP-HP.

M. LACAU-SAINT-GUILY estime qu'à partir de sa position dans un pôle intégré, **M. LYON-CAEN** décrit la situation idéale d'un hôpital possédant une masse critique considérable dans un domaine. Lui-même milite pour le regroupement des forces et le développement des masses critiques. Cependant, le service constitue une unité d'une nature différente. Le réduire à une notion passéiste est en soi passéiste.

M. MUSSET mentionne une raison supplémentaire en faveur du maintien des services ; Certaines disciplines rassemblent au sein d'un même service plusieurs UF qui sont amenées à travailler régulièrement ensemble grâce à la coordination assurée par le manager chef de service suivant la déclinaison locale du projet médical. Le service doit donc être défendu par la CME, de la même

façon qu'il est défendu par un grand nombre de praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, chefs et non chefs de service.

M. GARABEDIAN partage cette position. Il lui semble important de maintenir les services dans l'esprit hospitalo-universitaire. Les chefs de services ne représentent pas une notion passéiste et dérisoire mais un chef d'équipe chargé d'entraîner une équipe. La structure des services doit être médicale et hospitalo-universitaire, à ne pas confondre avec celle des pôles.

Mme GIRARD estime non contradictoire le maintien des services aux côtés des pôles. Aux pôles homogènes sans problème de financement s'opposent les pôles de regroupement financier et administratif mais non médical. Chaque chef d'équipe doit alors pouvoir retrouver ses équipes et son dynamisme. Les postes de chefs de pôle et d'équipe correspondent à des fonctions différentes devant pouvoir se reconnaître l'un l'autre.

M. FAYE rappelle que l'intersyndicale des médecins avait réalisé une enquête en 1997 montrant que 90 % des praticiens considéraient le service comme la pièce maîtresse de la construction du pôle, dans laquelle eux-mêmes les patients et le personnel se reconnaissaient.

La seule autorité médicale persistante est administrative, celle du chef de pôle, confiée par le directeur de l'hôpital. Le chef de pôle peut être nommé ou révoqué de la même façon qu'il nomme ou révoque le chef de service.

Le maintien de la lisibilité de la structure de l'hôpital pour les patients comme les soignants impose de maintenir les services. En milieu universitaire, le service est l'unité constituante du pôle.

La motion sur les services est approuvée à la majorité, dont 30 votes pour, 0 vote contre et 8 abstentions.

M. CORIAT indique que M. RYMER et lui-même informeront les membres de la CME de l'issue des discussions avec le cabinet avant la fin de semaine.

M. CAPRON demande si la motion peut être diffusée rapidement aux chefs de service.

M. CORIAT confirme.

2. Motion condamnant la tutelle de l'ARS

M. CORIAT attire l'attention sur la longueur de la motion pouvant nuire à son efficacité. La partie explicative sur l'importance qualitative et quantitative et celle sur la capacité indispensable d'investissement pourrait être supprimée et placée en annexe.

M. CHERON propose de remplacer « *unité de l'AP-HP* » par « unicité de l'AP-HP ».

M. CORIAT demande si la CME approuve cette motion sous réserve de modifications mineures et d'allègement.

M. LYON-CAEN souligne que la rédaction du texte doit être revue dans un sens plus concis. Elle ne peut donc être votée en l'état.

M. CORIAT explique qu'il est impossible d'attendre la prochaine CME. Il propose à M. LYON-CAEN de reprendre la motion avec lui et de voter sur le principe de la motion.

M. DASSIER indique que les représentants de la communauté des médecins anesthésistes-réanimateurs à la CME ne prendront pas part au vote, étant donné leur opposition à l'ensemble de la loi HPST. Une motion limitée au ARS pourrait laisser suspecter une quelconque approbation sur le reste de la Loi Bachelot.

La motion est adoptée à l'unanimité des votants avec 39 votes pour, 0 vote contre.

La séance est levée à 12 heures 25.

*

*

*

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

Mardi 14 avril 2009 à 08h30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} avril 2009 à 16h30

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

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

ANNEXE

La CME, réunie en séance plénière, a adopté deux motions.

Motion de la CME : Services hospitaliers

Au sein de l'organisation hospitalière sous forme de pôles, le maintien de structures de soins clairement identifiables est indispensable.

Seules, ces structures permettent l'organisation des soins, l'encadrement et la cohésion des personnels médicaux et non médicaux, la conduite et le suivi de projets de soins et de recherche motivants pour les équipes et les disciplines, la diffusion d'un enseignement aux jeunes en formation, l'accompagnement et l'écoute au quotidien des personnels et des patients.

Le responsable de la structure joue un rôle déterminant dans la gouvernance de celle-ci et dans la qualité et la sécurité des soins.

Motion de la CME : Tutelle de l'ARS

La Commission Médicale d'Etablissement de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris déplore qu'un amendement apporté à la sauvette à loi HPST place l'institution sous la tutelle de l'ARS.

La CME s'étonne que cette disposition ait été prise sans concertation alors même qu'une réflexion est en cours à l'initiative du Président de la République sur les CHU et leur gouvernance.

La Commission Médicale d'Etablissement de l'AP-HP s'interroge sur les finalités de cette disposition à l'heure où malgré la lourdeur des pathologies qui y sont traitées l'AP-HP présente un bilan financier à l'équilibre.

Cette décision porte en elle le risque d'éclatement de l'AP-HP.

L'unicité de l'AP-HP est la garante du succès des restructurations nécessaires à l'efficience de l'institution et à la qualité de la recherche qui y est menée en collaboration avec les universités et les EPST.

La CME demande au parlement le retrait de cet amendement.

