

DIRECTION DE LA POLITIQUE MEDICALE

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE PLENIERE
EXCEPTIONNELLE**

DU MARDI 26 JANVIER 2010

APPROUVE LORS DE LA SEANCE

DU MARDI 9 MARS 2010

ORDRE DU JOUR
de la CME du mardi 26 janvier 2010
(salle du Conseil d'Administration)

SEANCE PLENIERE

- 1- Projets médicaux déterminant du plan stratégique 2010 - 2014 (*Pr Coriat – Pr Aigrain – Pr Fagon*)

- 2- Projets médicaux permettant l'élaboration de l'EPRD 2010 (*Pr Coriat – Pr Aigrain - Pr Fagon*).

- **Assistent à la séance**

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

- ***en qualité d'invité permanent, les doyens :***
 - Mme le Pr AIACH
 - M. le Pr BERCHE
 - M. le Pr SCHLEMMER

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. DEGUELLE, directeur de cabinet,
 - M. GIORGI, Secrétaire Général,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - Mme LESAGE, directrice exécutive du groupement hospitalier est,
 - Mme QUESADA, directrice exécutive du groupe hospitalier Sud,
 - Mme AULONG, directrice de la communication,
 - 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,
 - Mme VASSEUR, directrice de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - Mme BLUM-BOISGARD, Conseil d'Administration,
 - M. SEVCIK, Conseil d'Administration,
 - Mme DECOOPMAN, adjointe au directeur des services économiques et financiers,
 - M. HUBIN, direction de la politique médicale,
 - Mme RAVIER, conseiller technique en charge du suivi des questions financières et médicales.

- ***membres excusés :***
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique, Mr le Dr JULIARD, Bichat.

Sommaire

- I. Projets médicaux déterminants du plan stratégique 2010 - 2014 et projets médicaux permettant l'élaboration de l'EPRD 2010 7

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

En préambule, le **président** ouvre la réunion exceptionnelle en insistant sur l'unité nécessaire de la communauté médicale en matière de méthodologie et de principes. Il considère que la loi HPST a paradoxalement donné un rôle essentiel à la CME, en la portant garante de la qualité des soins, c'est-à-dire de l'offre de soins, de sa pertinence et de son organisation. L'instance est ainsi capable de guider les décisions à prendre.

Le refus de considérer le retrait d'emplois soignants comme une finalité est l'un des principes essentiels sur lesquels s'accorde la communauté médicale, son but étant de définir et d'organiser une offre de soins de qualité. Cette démarche est à même de légitimer l'opposition de la CME au retrait des emplois soignants, ainsi que sa demande de crédits d'investissements supplémentaires, deux domaines dans lesquels les besoins de l'AP-HP se sont avérés importants en 2009.

Le président rappelle également le consensus régnant sur le principe d'équité entre hôpitaux. Il indique avoir rencontré les élus de Seine-Saint-Denis, qui s'inquiétaient de la vétusté des locaux au regard des besoins de la population. Tous les établissements sont concernés par les efforts d'économie, mais il importe de mener à bien les restructurations pour que l'équité ne reste pas un vain mot.

La problématique articule plusieurs éléments, dont le plan stratégique 2010-2014 et le principe selon lequel aucun retrait d'emploi soignant ne doit avoir lieu en dehors des projets médicalement validés par la CME. M. Coriat rappelle être prêt à céder son mandat de président en cas de rupture de ce principe. Dans ce contexte, l'EPRD 2010 doit être réalisé sur des projets permettant de dégager des marges de manœuvre. Le maintien de cette position implique de mener une réflexion sur les projets 2010. Afin de les valider médicalement, un Conseil exécutif élargi s'est réuni les 14 et 19 janvier, en y associant M. Hardy, représentant la Commission Structures, M. Valleur, représentant la Commission Personnel Médical, et deux représentants des présidents de CCM, MM. Musset et Sebbane. Ces discussions vont être maintenant présentées à la CME.

Le président Coriat précise que les rendez-vous pris avec les pouvoirs publics ont été confirmés début février. Par ailleurs, le Président de la République a reçu les représentants de l'AP-HP lors d'un déjeuner, au cours duquel il a fait part de l'attention qu'il porte à la situation de l'AP-HP, de sa volonté de la soutenir, mais aussi de l'impossibilité d'exonérer l'institution de la convergence intrasectorielle à l'horizon 2012-2013. Il importe donc d'avancer sur les projets médicaux. Le Président de la République a indiqué ne pas avoir le pouvoir de donner des emplois, mais éventuellement celui d'accorder des crédits d'investissements supplémentaires. Les discussions menées sur les projets 2010 revêtent donc une importance particulière, en vue d'obtenir un soutien accru des pouvoirs publics comme de la Région.

En conclusion, le président Coriat souligne la pertinence du positionnement chronologique de la CME. Il réaffirme l'importance de cette réunion, qui vise à définir une offre de soins répondant aux besoins de santé publique, et celle de l'unité de la communauté médicale.

M. CAPRON s'étonne que les membres de la CME soient réunis sans que ne leur ait été transmis un compte rendu officiel des conseils exécutifs extraordinaires du mois de janvier. Il regrette que la plupart de ces informations proviennent de la presse.

Le **président** répond que le vice-président et lui-même ont pris l'initiative d'organiser une réunion d'information dans la semaine suivant le dernier Conseil exécutif, afin d'éviter qu'on lui reproche

un manque de transparence. Il regrette que ces comptes rendus n'aient pas été transmis, mais que leur rédaction nécessite une validation.

M. DRU souligne que la CME n'a aucune vision du recrutement à l'AP-HP, alors que celui-ci impacte la qualité des soins. Les besoins de la population ne sont pas non plus évalués. Dans ces conditions, la réorganisation du tableau des emplois lui semble difficile. Il constate que l'AP-HP répond à une logique comptable et non médicale, les règles régissant la suppression d'emplois restant inconnues.

Le **président** souligne que le plan stratégique 2010-2014 est le premier sur lequel la CME prend position, qui tient compte de l'offre de soins et prévoit des restructurations. Ce plan lui semble plus réaliste que les précédents. Certaines de ses décisions auraient pu ne pas être prises, en raison de la délicatesse des sujets. Elles l'ont pourtant été, dans l'intérêt de l'institution. Quant au rendu des emplois soignants, le schéma initial prévoyait un retrait de mille emplois en année pleine en 2010, 2011 et 2012. Or la position adoptée par la CME et la direction générale ont permis d'inverser la tendance.

Le **Directeur Général** confirme sa volonté de subordonner les retraits d'emplois aux projets de réorganisation. Il précise que certains ont débuté en 2009 et continuent en 2010, en sachant que le chiffre global des retraits d'emploi fait partie des négociations.

M. LYON-CAEN souligne la perplexité dans laquelle le plonge la réponse du directeur général, tant elle témoigne d'une discordance entre l'oral et l'écrit. Il ajoute que le temps des restructurations n'est pas le même que celui des retraits d'emplois. Ces derniers s'appliquent au présent tandis que les premières s'inscrivent dans le long terme. L'annonce par la presse d'une suppression de trois à quatre mille postes ne concorde pas avec les réponses que le directeur général oppose à la CME. Au terme de cette matinée, M. Lyon-Caen souhaite que soit connu le chiffre exact des emplois que ces projets permettraient d'obtenir. Il recommande de prendre en compte le présent immédiat. Attirant l'attention sur les manipulations verbales dont la communauté médicale serait l'objet, il insiste sur l'adoption d'une attitude d'une clarté absolue.

Le **président** répond que les projets présentés ce jour sont ceux de 2010 : il se place lui-même dans une perspective d'immédiateté. Il réaffirme par ailleurs que les retraits d'emplois ne pourront avoir lieu que dans le cadre de restructurations médicalement justifiées. Il serait malhonnête, intellectuellement, de ne pas les annoncer.

M. OURY s'offusque tout d'abord d'avoir appris, par la radio, l'annonce d'une suppression de quatre mille postes. Il insiste ensuite sur la nécessité de subordonner ces suppressions aux restructurations, sous peine sinon de détruire l'offre de soins de l'AP-HP.

Le **président** réaffirme qu'afficher un nombre d'emplois rendus comme une fin en soi serait une erreur tragique pour l'institution. Il importe donc de discuter des restructurations médicalement pertinentes.

M. RICHARD signale que la direction d'un groupe hospitalier (GH) a d'ores et déjà annoncé un nombre précis de suppression d'emplois pour 2010. Il s'étonne donc que le directeur général continue à entretenir un double discours. Les membres de la CME adhèrent certes à l'idée selon laquelle les retraits d'emplois correspondraient aux projets de restructuration, mais il leur est impossible, de transmettre un message cohérent à leurs collègues si effectivement une annonce différente a été faite aux GH.

Le **directeur général** réaffirme que les retraits d'emplois soignants seront déterminés à partir des projets, tout en soulignant qu'ils sont indispensables pour atteindre l'équilibre en 2012. Ce principe étant posé, différentes alternatives sont possibles, dont l'une consiste à choisir de réduire les retraits d'emplois et donc l'investissement, l'autre, moins de retraits d'emplois et la consommation de médicaments. Il s'agit donc de trouver un équilibre. Pour continuer à développer l'investissement et démontrer sa volonté de restructuration, l'AP-HP a besoin d'une certaine puissance d'investissement. Le directeur général confirme par ailleurs l'existence d'un décalage temporel entre les restructurations produisant des gains immédiats et celles devenant effectives en 2012. Enfin, il précise que la feuille de route définitive des GH sera définie dans les prochaines semaines, à partir des projets 2010.

M. LYON-CAEN souligne que la CME accepte le fait que l'AP-HP fonctionne avec un budget contraint lui imposant des choix, à savoir investir et retirer des emplois ou maintenir des emplois et moins investir. Il rappelle que ce n'était pas l'approche du sujet retenue initialement par l'instance. Il insiste sur la dimension de moyen et long terme des investissements, et donc sur la nécessité de négocier une politique d'investissement supérieure aux montants pour l'instant alloués à l'AP-HP. La question des emplois doit certes être traitée, mais sans placer l'institution devant un choix lourd de conséquences entre la fermeture de structures par manque de personnel ou du fait de leur vieillissement. M. Lyon-Caen demande au président de la CME, en tant que représentant de la communauté médicale, de ne pas aller au-delà et de ne pas entrer dans ce système.

Dans les faits, le **directeur général** constate qu'une politique de restructuration immédiate, conduisant à des retraits d'emplois, doit être mise en œuvre pour bénéficier d'un investissement de 400 à 500 millions d'euros par an. Il rappelle par ailleurs que le plan stratégique 2010-2014 vise à démontrer la légitimité d'investissements supplémentaires.

M. FAYE rappelle que le montant prévu des investissements couvre uniquement la réalisation des engagements. De surcroît, il souligne que l'investissement est fonction de la capacité d'autofinancement et d'emprunts de l'institution. Or il est proposé aujourd'hui de réduire de 5 à 6 % les effectifs de l'AP-HP, médicaux et non médicaux. La production de soin n'étant pas industrielle, une diminution proportionnelle de l'activité est prévisible. On entre ainsi dans une politique de déflation et d'involution, qui risque d'entraîner une réduction considérable de son offre de soins de l'AP-HP.

Le **directeur général** souligne que la diminution des effectifs administratifs n'impacte pas toujours l'activité. Il réaffirme par ailleurs que la politique d'investissement de l'AP-HP est fondée sur sa capacité d'autofinancement, mais aussi sur la finalisation des cessions de terrains hospitaliers à désaffecter. Enfin, c'est par la qualité de son projet médical et de sa gestion que l'AP-HP pourra démontrer la légitimité d'une demande supplémentaire d'investissement.

Le **président** ajoute que les projets d'investissement ne diminuent pas l'offre de soins. L'activité de l'AP-HP aurait même progressé en 2009. Il propose de passer aux présentations.

I. Projets médicaux déterminants du plan stratégique 2010 - 2014 et projets médicaux permettant l'élaboration de l'EPRD 2010

M. FAGON rappelle que les décisions prises par le Conseil exécutif sont l'aboutissement des réflexions menées depuis deux ans, la première année ayant été consacrée à l'analyse de l'évolution

possible des besoins en santé de la population d'Ile-de-France et de la demande, la seconde à l'évaluation de l'offre de soins, avant que ne soit abordée l'élaboration des propositions principales du plan stratégique.

L'axe principal du plan stratégique 2010-2014 a consisté en la réorganisation en GH, et la réception par ces derniers des éléments de cadrage qui portent sur trois axes :

- les missions régionales et interrégionales (« supra-GH »), incluant celles soumises à autorisation : activités de référence et de recours hors proximité ;
- le socle des activités indispensables dans chaque GH, pour lequel le facteur proximité joue un rôle important ;
- les activités à réorganiser en tenant compte de l'évolution des prises en charge (ambulatoire, développement des plateaux techniques etc.), des synergies de GH et de la démographie médicale.

Sont définies comme activités « supra GH » :

- les activités de greffe ;
- la cardiologie spécialisée et la chirurgie cardiaque ;
- la neurochirurgie et la neuroradiologie interventionnelle ;
- les brûlés ;
- la pédiatrie spécialisée ;
- les maternités de type III et AMP ;
- l'implantologie cochléaire ;
- les centres maladies rares ;
- les centres de référence en pathologie infectieuse ;
- le centre obésité ;
- la médecine pénitentiaire ;
- le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche.

Le socle d'activités des GH se fonde sur les activités suivantes :

- service d'accueil des urgences et son aval dédié ;
- prise en charge de la précarité ;
- réanimations, soins intensifs, surveillance continue ;
- anesthésie-réanimation et surveillance continue ;
- anesthésie-réanimation ;
- centre d'interruption volontaire de grossesse ;
- odontologie ;
- organisation de la prise en charge des personnes âgées ;
- accès aux soins des personnes handicapés ;
- soins de suites et de réadaptation ;
- prise en charge de la douleur et soins palliatifs ;
- prise en charge de la dénutrition ;
- lutte contre les infections nosocomiales ;
- consultations externes.

M. FAGON présente ensuite les projets du plan stratégique 2005-2009 réalisés en 2009 et ceux programmés pour le plan stratégique 2010-2014. Il commence par un rappel des opérations réalisées en 2009 :

- ouverture de la maternité de Bicêtre (fermeture de Jean Rostand) ;
- restructuration des greffes de foie adulte dans Paris intra muros ;
- restructuration de l'activité d'implantologie cochléaire ;
- fermeture du site Broussais ;
- transfert hématologie pédiatrique de Saint-Louis à Robert Debré ;
- ouverture du bâtiment urgences réanimation de Saint-Antoine ;
- rationalisation des gardes et astreintes médicales (à mener à bien).

Il cite ensuite une liste non exhaustive des opérations programmées pour 2010 :

- ouverture du nouveau Rothschild (utilisation optimale des capacités du bâtiment) ;
- ouverture de Port-Royal 1 (utilisation optimale des capacités du bâtiment) ;
- fermeture de Saint-Vincent-de-Paul (transfert des activités de pédiatrie puis d'obstétrique) ;
- ouverture du bâtiment Jean Dausset à Cochin et restructuration de la Biologie du GH ;
- transfert des Brûlés à Saint-Louis ;
- transfert de la chirurgie digestive de l'Hôtel Dieu à Cochin ;
- transfert de la cancérologie digestive d'Ambroise Paré à HEGP ;
- transfert de l'hématologie de l'Hôtel Dieu à Saint-Antoine ;
- transfert provisoire de l'urologie de Necker à HEGP ;

Les opérations immobilières en cours, livrables entre 2011 et 2013, sont les suivantes :

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

Certaines opérations programmées en 2010 (hors logistique et siège) auront un impact dès cet EPRD :

- ouverture de Rothschild ;
- ouverture de Port-Royal 1 ;
- libération de Saint-Vincent-de-Paul de ses activités hospitalières ;
- ouverture du bâtiment de biologie Jean Dausset ;
- transfert de la chirurgie digestive d'Ambroise Paré vers HEGP ;
- transfert de la chirurgie digestive de l'Hôtel Dieu vers Cochin ;
- transfert de l'activité des brûlés de Cochin vers Saint-Louis ;
- transfert de l'hématologie de l'hôtel-Dieu vers Saint-Antoine ;
- incidence du transfert des activités de l'hôpital Broussais ;
- transfert temporaire (rocade) de l'urologie de Necker vers HEGP ;

- optimisation de la permanence des soins conformément aux engagements pris lors de la révision des effectifs médicaux ;
- optimisation des activités cliniques, notamment en SSR, en tenant compte en particulier des taux d'occupation des lits et des durées moyennes de séjour.

Le **président** souligne que ces projets, tous pertinents médicalement, permettraient d'obtenir des marges de manœuvre supplémentaires par rapport à celles dégagées au niveau des fonctions supports. Il suggère donc d'en évaluer le coût en personnel soignant qu'il est possible de dégager à partir des projets de l'EPRD 2010, d'étudier les difficultés éventuelles et de déterminer les retraits d'emplois possibles dans le cadre de la convergence.

Le **directeur général** présente la contribution du siège et des fonctions supports. Sur la période 2010-2012, sont prévus des gains potentiels de 50 à 100 millions d'euros, soit 300 à 560 postes, dont 130 à 150 postes au titre de 2010. Le programme de réorganisation et de regroupement du siège prévoit une séparation fonctionnelle des fonctions stratégiques et de pilotage et des fonctions techniques, avec un regroupement de ces activités sur un seul lieu.

Concernant l'équilibre financier et les capacités d'investissement de l'AP-HP, il précise que les dépenses d'investissements (immobilier, équipements médicaux, informatique, etc.) de l'ordre de 300 millions d'euros jusqu'en 2003, ont progressivement augmenté à partir de 2004 pour atteindre près de 600 millions d'euros en 2009. Parallèlement, le niveau d'endettement de l'AP-HP s'est accru et atteint fin 2009 près de 1,9 milliard d'euros contre 1 milliard d'euros en 2005.

En conclusion, l'évolution des investissements pour le plan stratégique 2010-2014 dépendra de la situation financière de l'AP-HP. La situation actuelle implique de mobiliser tous les moyens possibles pour se redonner des marges notamment en valorisant au mieux les emprises immobilières venant à être libérées.

M. LYON-CAEN demande à connaître rapidement le nombre exact d'emplois que permettrait de dégager le programme de réorganisation du siège et les projets de restructuration, afin de le valider et de ne pas aller au-delà. Il souligne que certains projets de restructuration ne produisent pas de gains d'emplois, l'ouverture de nouvelles structures créant de fait un besoin d'emploi.

Le **directeur général** confirme que certains projets créent un besoin d'emplois, notamment l'ouverture de Rothschild, grâce à laquelle seront proposés 350 lits neufs en SSR. Ce projet, qui permet de transférer des lits et de réintégrer les malades SSR *intra muros*, se réalisera cependant par redéploiements et non par créations de postes. De même, l'ouverture de Port-Royal I est la somme de deux maternités existantes, dont les moyens sont regroupés et adaptés aux besoins.

D'autres projets permettent un gain significatif d'emplois, notamment la libération de Saint-Vincent-de-Paul avec le transfert de la pédiatrie à Necker, l'ouverture du bâtiment de biologie Jean Dausset, qui prendra en charge la biologie de l'Hôtel Dieu, ou encore le transfert des brûlés à Saint-Louis, de l'hématologie de l'Hôtel Dieu à Saint-Antoine et de l'activité de Broussais. L'optimisation de la permanence des soins et des activités cliniques, notamment en SSR, permettrait également d'obtenir des gains de postes.

Pour finir, le directeur général précise que la liste présentée à la CME n'est pas exhaustive, dans la mesure où il reste plus de quatre séances de travail pour finaliser l'analyse des regroupements en GH.

Le **président** propose d'aborder le sujet des orientations du Conseil exécutif pour le plan stratégique 2010-2014 et de présenter l'analyse que cette instance fait de la pertinence de la mise en synergie des GH, en précisant qu'il reste quatre séances de travail, prévues les 2, 9 et 16 février, ainsi que le 9 mars. Les regroupements proposés permettraient de dégager des marges de manœuvre additionnelles.

M. DASSIER insiste sur l'aspect théorique des projets de restructuration, qui ne manqueront pas de soulever des résistances sur le terrain. Il recommande de réfléchir en amont à la manière d'introduire de la fluidité dans ces processus. Il demande par ailleurs des précisions chiffrées sur les gains de postes annoncés et l'évolution des postes liés à la permanence des soins.

M. MUSSET s'étonne également de l'absence de présentation chiffrée des projets de l'EPRD 2010. Il serait urgent de les communiquer, afin de pouvoir en discuter. Par ailleurs, les chiffres présentés sur les restructurations du siège et des fonctions supports sont inférieurs à ceux annoncés lors des réunions du Conseil exécutif, lors desquelles M. Musset a noté une suppression d'environ 750 postes au niveau des fonctions supports et d'une centaine au niveau du siège.

Le **directeur général** explique qu'il présente la contribution du siège et des fonctions supports en fonction des estimations actuelles et des réflexions évolutives, le chiffre auquel il a fait référence inclut les fonctions supports des GH.

M. RICHARD salue le fait que la communauté médicale et la DPM s'impliquent dans une réflexion sur les projets médicaux. Néanmoins, la liste des projets 2010 soulève une difficulté importante qui est celle de leur déclinaison sur les sites hospitaliers. Une feuille de route est indispensable pour faciliter la compréhension de l'organisation cible, en incluant une présentation des différentes étapes pour y parvenir, de son calendrier et de ses impacts potentiels en particulier en terme d'emplois soignants et médicaux.

Le **président** répond que les projets ont été travaillés en lien avec l'ensemble des acteurs concernés et ont donné lieu à l'élaboration de feuilles de route.

M. HARDY rappelle que le plan stratégique a pour objectif d'élaborer un projet cohérent, efficient et qui garantisse un service de qualité. Pour autant, la question de l'impact des projets présentés et de leur déclinaison reste posée. La CME attend des informations sur ces points, afin notamment de pouvoir mener une campagne de communication en direction des sites et de rendre le processus intelligible.

M. LYON-CAEN souligne qu'une tension forte règne dans les hôpitaux. Il demande que ces chiffres soient transmis dès que possible à la CME. Il souhaite également que la CME parvienne à un consensus avant toute négociation avec le Ministère de la Santé. Enfin, il demande au directeur général de clarifier la politique de l'emploi dans les hôpitaux et de définir un calendrier plus étalé, le temps que le Conseil exécutif mène son travail, afin que les réductions d'emplois puissent être discutées et entérinées ou non.

Le **président** souligne que le poids des représentants de la CME auprès des pouvoirs publics provient de la communauté médicale. C'est elle qui donne de la force à ses représentants dans les négociations.

M. FAYE, chirurgien à l'HEGP, commente les projets de restructuration de l'HEGP. La volonté de rassembler les activités de cancérologie de deux services de volume similaire est compréhensible.

Cependant, Ambroise Paré compte six chirurgiens titulaires et l'HEGP, quatre, avec la réputation d'être sur-doté en personnel médical et sous doté en personnel soignant. En matière d'anesthésie, d'infirmières de blocs opératoires et d'IBODE, Ambroise Paré dispose de 25 ETP, quand seulement 5 sont prévus pour muter à l'HEGP. De telles réductions ne sont pas des restructurations mais de la déstructuration. Aucun moyen supplémentaire n'est accordé, alors que les blocs du premier étage n'ont aucune marge de productivité à l'HEGP.

Le projet d'accueil de l'urologie de Necker, présenté comme une rocade, s'accompagne d'un effectif réduit par rapport à la situation existante à Necker. 6 ETP sont prévus pour muter à l'HEGP pour un effectif actuel à Necker de 17 IBODE, IADE et anesthésistes.

Les réductions d'effectifs sont donc réelles et mettent en péril des Services de chirurgie qui fonctionnent, tant pour les arrivants que pour les accueillants. M. Faye attire dès lors l'attention sur la dangerosité de telles restructurations et sur leurs conséquences pour l'accès aux soins des malades.

M. VALLEUR souligne que des réunions hebdomadaires ont lieu pour organiser le transfert de la chirurgie à Ambroise Paré. Y ayant participé, il n'a pas remarqué de difficultés majeures en termes de personnel. L'organisation prise en charge à l'HEGP ne semble pas manquer de moyens.

Au niveau d'Ambroise Paré, le **président** indique être prêt à trouver, en accord avec l'hôpital, une structure de chirurgie convenant au projet stratégique de l'hôpital. Les discussions y avancent de manière constructive.

Le **directeur général** se déclare prêt à aborder le sujet de l'HEGP globalement en toute transparence et à tout moment. Il précise que le transfert de la chirurgie à Ambroise Paré fait l'objet d'une véritable gestion de projet.

Le directeur général rappelle par ailleurs s'être engagé à avancer progressivement sur ces projets avec la CME. La première liste d'opérations à visée médicale est encore en cours de chiffrage. Il poursuivra dans les CME suivantes la présentation de la liste d'opérations préparées par le Conseil exécutif, en l'accompagnant d'un chiffrage des opérations dès qu'elles seront consolidées.

Il déclare mesurer les résistances pouvant conduire à des reports de calendrier, mais il est de la responsabilité de tous de prendre des décisions, dans le cadre d'un circuit de consultation qui se poursuivra jusqu'en mars pour l'EPRD et jusqu'en juin pour le plan stratégique. Ce processus nécessite néanmoins que des décisions soient prises par le Conseil exécutif, pour être soumises ensuite aux partenaires internes et externes.

S'agissant des consignes aux directeurs des GH, le directeur général indique recevoir ces derniers le 27 janvier à ce sujet.

Mme GAUSSEM recommande de mentionner, dans le socle d'activités des GH, d'ajouter la présence d'un plateau technique de biologie accrédité par GH, afin de s'assurer du respect des normes en la matière. Ce processus d'accréditation obligatoire devra prévoir de s'accompagner des moyens nécessaires à sa mise en place.

Mme MAUGOURD souligne que le SSR représente 3 000 lits à l'AP-HP ; sa restructuration passe par une diminution de la durée moyenne des séjours. Elle signale n'avoir appris que la veille de la réunion stratégique du Groupe Hospitalier Sud Est Francilien qu'il serait demandé aux

établissements gériatriques de passer d'une durée moyenne de séjour SSR de 60 à 40 jours. Il s'agit d'une décision économique, prise sans concertation. Or cette réduction est impossible à mettre en œuvre sans une réflexion collégiale sur le problème, car il est impossible d'agir sur certaines causes de la DMS, notamment liées aux problèmes sociaux et juridiques des malades hospitalisés. Un travail doit donc être mené à un niveau supérieur, au niveau national. Elle recommande de mettre aussi en place un groupe de travail propre à l'AP-HP pour mettre à plat les origines multiples de la différence de DMS entre l'AP-HP et les autres structures.

M. FAGON répond qu'il était nécessaire que les structures de SSR, comme celles de MCO, démontrent leurs caractéristiques opérationnelles. Il constate l'hétérogénéité des résultats, tant en termes d'occupation que d'activité. La moyenne nationale de DMS est de l'ordre de 45 jours, certains établissements de l'AP-HP étant à 42 et d'autres à plus de 79 jours. Il importe donc de s'interroger sur ces différences, dont seules certaines s'expliquent par les caractéristiques des malades. Fixer un objectif de réduction de 10 % en 2010, 2011 et 2012 sur certains sites, avec une cible moyenne de 40 à 45 jours pour la totalité des établissements de l'AP-HP, permettrait de libérer 400 lits de SSR en améliorant les performances des sites. Il était indispensable de poser ce débat, de même que celui du rapatriement des patients SSR au plus près de leur lieu de vie habituel. Les capacités de redéploiement sont réelles ; elles permettraient de développer des projets dans des bâtiments neufs avec des équipes réorganisées, ceci au bénéfice du patient.

Le **directeur général** indique qu'une démarche a été lancée auprès de la Caisse Nationale d'Autonomie, dans le but de préfinancer la prise en charge des patients par la maison de retraite, afin de contrer les délais de traitement des dossiers par les départements.

M. FOURNIER souligne que la notion d'investissement s'entend dans la durée. L'octroi d'une somme plus importante conduirait à une baisse de l'activité dans l'immédiat. Il faut donc veiller à articuler l'augmentation des investissements, nécessaire, avec le maintien d'un niveau élevé d'activité. Il souligne qu'il importe de viser un niveau d'investissement minimal tout en s'assurant que cet engagement vaudra pour plusieurs années. Enfin, il s'interroge sur les engagements que doit prendre l'AP-HP vis-à-vis des tutelles pour bénéficier d'une mise à disposition de 400 à 500 millions d'euros sur quatre ans, ainsi que sur leur utilisation.

Le **directeur général** répond qu'un investissement *in situ* réduit l'activité par destruction et par reconstruction. En revanche, les opérations de reconstruction sur un terrain neuf sont sans impact sur l'activité. Le niveau d'investissements doit par ailleurs tenir compte de la capacité de l'AP-HP à les absorber techniquement, ainsi que de la capacité de la communauté hospitalière à intégrer ces changements consécutifs. Quant au contenu de l'enveloppe investissement, elle comprend les travaux, les équipements non médicaux et médicaux ainsi que les installations informatiques.

S'agissant de l'engagement de l'AP-HP vis-à-vis de la tutelle, le directeur général souligne que M. Evin deviendra, le 1^{er} avril 2010, directeur général de l'ARS d'Ile-de-France et donc tuteur de l'AP-HP. Leurs discussions vont pour l'instant dans le sens d'un engagement réciproque de l'ARS et de l'AP-HP sur un contrat pluriannuel, garantissant un déroulement plus serein des EPRD 2011, 2012 et 2013.

M. LYON-CAEN signale que Claude Evin envisage la suppression de trois à quatre mille emplois d'ici 2012, comme le directeur général. Il ne se fait donc pas d'illusion. S'adressant à M. Coriat, il insiste sur l'importance de ne pas s'engager dans une négociation avec le ministère de la santé sans s'être préalablement accordé sur le nombre d'emplois discutable compte tenu des restructurations

présentées et adoptées par le Conseil exécutif pour l'année 2009-2010. M. Lyon-Caen rappelle que plus de mille médecins se sont engagés à ne pas poursuivre leurs fonctions administratives si la politique de l'emploi ne reposait pas sur un projet médical réfléchi.

Le **président** partage cette vision. Il souligne s'être toujours appuyé sur la CME dans le cadre des discussions avec les tutelles. La réflexion sur le retrait d'emplois est conduite par projets. Les négociations ne seront pas ouvertes sans chiffres précis.

M. CAPRON appuie les propos de M. Lyon-Caen. Il demande une synthèse écrite des acquis proposés, parce que de nombreux médecins des hôpitaux se sont engagés à démissionner s'ils n'en étaient pas satisfaits. Il souhaite également un point sur le regroupement des cohortes VIH à l'Hôtel Dieu.

Le **président** répond que ces sujets seront repris dans le cadre des discussions sur les GH.

M. DOUARD souligne que le personnel touché par les restructurations est également universitaire. Il s'enquiert donc de la méthodologie utilisée pour les associer, notamment lorsque plusieurs facultés sont impliquées.

Le **directeur général** répond que c'est effectivement l'une des difficultés des restructurations. Une réunion a été organisée en janvier avec les facultés pour en discuter. Il reçoit par ailleurs les doyens individuellement pour discuter des projets et les aborder avec les présidents d'université. A terme, l'objectif serait de mettre en place un collectif universitaire pour discuter des problèmes inter-universités.

M. BERCHE précise que son université, Paris Descartes, tente d'accorder son plan quadriennal avec le plan stratégique de l'AP-HP. Il souligne que les restructurations devraient pouvoir s'équilibrer entre les Facultés concernées, dans la concertation et qu'il serait plus simple si les facultés opéraient des regroupements complémentaires.

M. LACAU-SAINT-GUILY constate la coexistence de deux discours, le premier portant sur la suppression de 4 000 emplois, le second mettant en valeur la participation de la CME aux discussions stratégiques. Le constat d'un budget contraint est partagé. Parallèlement, l'activité tend à augmenter, témoin de la productivité de l'AP-HP. Il se demande néanmoins si cette augmentation ne s'accompagne pas d'une dégradation de la qualité des soins et d'une élévation du risque général et particulier. Les économies d'échelle et les restructurations doivent garder pour objectif principal le maintien d'une offre des soins adaptée. Pour finir, M. Lacau-Saint-Guily souligne l'existence d'un décalage problématique entre la capacité stratégique de l'institution et sa capacité de mise en œuvre.

Le **président** présente ensuite la liste des projets emblématiques pour l'AP-HP pour la période 2010-2014 et dans une perspective allant jusqu'à 2020 :

- regroupement sur un site reconstruit des hôpitaux Bichat et Beaujon ;
- Pitié - Charles Foix : bâtiment de la hauteur dans le cadre d'un centre intégré en cancérologie et révision de la filière gériatrique des départements de Paris et du Val-de-Marne avec un redimensionnement de Charles Foix ;
- Cochin – Hôtel Dieu : regroupement des activités d'hospitalisation conventionnelle sur l'hôpital Cochin ;

- Mondor : construction d'un bâtiment consacré à la localisation des blocs opératoires et des réanimations ;
- Lariboisière – Saint-Louis : libération du site Fernand Widal et redistribution des activités à Lariboisière et Rothschild ;
- Bicêtre – Paul Brousse : regroupement des activités MCO à Bicêtre (médecine interne, psychiatrie, infectieux, centre hépatobiliaire).
- Avicenne – Jean Verdier : confortation du CHU 93, avec renforcement des axes en cancérologie, périnatalité et pédiatrie, obésité ;
- réduction du nombre de centres lourds cardiovasculaires, organisation de la neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle et neurologie en un nombre limité de centres lourds, création de centres intégrés de prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité ;
- réorganisation du polyhandicap à partir des quatre centres actuels.

Le président propose d'aborder le détail de certains de ces projets.

Réorganisation de la pédiatrie spécialisée :

Le **président** souligne la difficulté et la gravité des discussions portant sur la réorganisation de la pédiatrie spécialisée, la qualité des centres existants étant reconnue de tous. Il explique que l'offre de pédiatrie spécialisée est apparue excédentaire du fait des modifications des prises en charge (hospitalisation conventionnelle). Il importait par ailleurs d'atteindre une masse critique clinique et académique suffisante. Il a également été tenu compte d'une démographie médicale défavorable. Enfin, les investissements ont dû être prioritaires.

Le président considère qu'il était préférable d'aborder le sujet plutôt que de l'ignorer. Après des discussions difficiles, le groupe de travail a noté l'existence de difficultés universitaires, les décisions du Conseil exécutif impactant l'offre académique. Une rencontre est prévue avec les doyens à ce sujet.

En tenant compte de l'ensemble de ces critères, la redistribution des activités médicales et chirurgicales de pédiatrie spécialisée de l'AP-HP sur deux sites a été décidée, à savoir Robert Debré et Necker. Une fois ce principe posé, un groupe projet doit définir les modalités de cette réorganisation impliquant la gouvernance des trois établissements, leurs communautés médicales et soignantes et les doyens des facultés de médecine correspondantes. Ce groupe est présidé par le directeur général et par le président de la CME.

Il est demandé au directeur général de s'engager formellement à préserver un fonctionnement de qualité et le dynamisme des équipes du site de Trousseau, tant que le projet n'est pas finalisé, ainsi que de conforter à Trousseau les activités d'obstétrique, de périnatalité, d'urgences pédiatriques et de pédiatrie générale. Il conviendra par ailleurs d'engager une réflexion sur la pédiatrie spécialisée de Bicêtre.

M. GARABEDIAN donne lecture d'une déclaration au nom de la communauté médicale de l'hôpital Trousseau :

« Après le vote du Conseil exécutif du 19 janvier, il apparaît fondamental à la communauté de Trousseau (TRS), que les conditions et les conséquences d'une telle décision, consistant à démanteler les activités de l'hôpital ayant fondé son excellence, soient connues de tous. Ce n'est pas Noël Garabedian qui parle mais toute la communauté du groupe hospitalier Armand

Trousseau La Roche-Guyon, respectueuse de l'institution, mais très choquée. Nous ne ferons pas du patriotisme de site et nous ne serons pas l'instrument d'enjeux politiques.

Les conditions de cette orientation :

Après une première commission pédiatrique dont les conclusions ne nous parurent pas claires, au mois de mars 2009, la DPM initialisait avec notre président de CME la réflexion sur l'offre pédiatrique. Les pédiatres ont été réunis à quelques reprises, certains ont travaillé sur le fond, pour élaborer un rapport jamais remis. Ces travaux ont été interrompus par la grève des médecins, mais ils n'ont jamais repris.

A l'occasion de cette réflexion, Trousseau a remis un projet médical écrit, fruit d'une réflexion collégiale, marquée par de vrais choix d'activité et d'organisation moderne et courageuse. A ce jour, nous regrettons toujours de ne pas connaître les projets alternatifs détaillés s'ils existent.

De cette réflexion, il nous reste le sentiment très fort qu'il n'y a pas eu d'intention réelle de mettre les hôpitaux pédiatriques dans une recherche d'efficacité collective, mais plutôt dans une concurrence inutile avec un scénario déjà écrit.

Il a été fourni au CE un document de trois pages qui ne correspond pas à la réalité qualitative et quantitative de notre hôpital. Il débouche, sans véritable argumentation, sur la proposition de transfert des surspécialités de TRS à Robert Debré (RD) et Necker (NEM). Nous y cherchons la réflexion médicale sur l'offre pédiatrique de l'AP-HP pour les dix ans à venir, l'analyse du besoin lié à la démographie pédiatrique du Grand Est, la réflexion sur l'activité à reconquérir sur le privé, l'efficacité économique n'est pas donnée.

En résumé, se dégage le sentiment très fort que la réflexion stratégique a porté sur les arguments essentiellement économiques, alors que n'a pas été pris en compte le travail d'analyse économique que Trousseau a réalisé avec la Mission Efficacité, présenté au directeur général le 15 octobre, d'autant plus que nous avons eu des promesses sur "des restructurations médicalement justifiées"

Les conséquences de cette orientation :

Elles sont de quatre ordres : médical, démographique, universitaire et économique.

• Les conséquences médicales :

Une confirmation de la décision qui consisterait à transférer les spécialités pédiatriques, tout en maintenant la Périnatalité et la Pédiatrie de proximité, affaiblirait tout autant les activités maintenues sur le site que celles transférées.

L'ensemble formé par le pôle périnatal Trousseau-Bluets réalise aujourd'hui 5 500 accouchements, et bientôt 7 000 avec le transfert d'une part de l'activité de SAT. Notre maternité est la seule de type 3 du réseau de l'Est parisien, son expertise sur le diagnostic anténatal et le nouveau né malformé est reconnue. Elle est fondée sur la complémentarité qui existe

entre les équipes de périnatalité, celles des surspécialités pédiatriques et les généticiens. Sans leur proximité, elle ne pourra poursuivre cette mission.

Plusieurs activités de référence se sont développées car Trousseau est un véritable hôpital universitaire, où la complémentarité des équipes a permis à certaines d'atteindre le niveau international ; rien ne dit que le démantèlement de Trousseau n'altérera pas ce dynamisme.

- **Des conséquences démographiques :**

Trousseau c'est :

- 30 000 séjours dont 65 % en pédiatrie spécialisée ;
- 200 000 consultations ;
- 45 000 urgences.

La décision de transfert affaiblirait la prise en charge pédiatrique, alors que les prévisions démographiques annoncées sont en hausse dans le Grand Est. Il serait simpliste de considérer que les autres hôpitaux pourront pourvoir aux besoins de ce bassin de population. Trousseau a accueilli 45 000 urgences en 2009 et se prépare à une nouvelle évolution du fait de la fermeture de SVP et de la reprise des urgences adolescents à St Antoine et Tenon. Que sera la qualité de la réponse aux urgences sans la chirurgie ?

- **Des conséquences universitaires :**

Notre hôpital forme un centre universitaire pédiatrique de premier ordre. Sans relâche notre Doyen a réaffirmé la place de TRS dans sa Faculté. Les 150 externes accueillis par quadrimestre (450 par an) et les 100 internes par semestre en sont un témoignage. Les 7 CRMR que nous coordonnons, les 6 équipes INSERM qui reposent sur les compétences des chercheurs de TRS attestent également de cette dynamique. Comme NEM et RD, nous gagnerions en puissance à fédérer nos structures de recherche en un lieu unique au sein de l'hôpital.

- **Des conséquences économiques :**

Nous souhaitons en tout premier lieu rappeler quelques chiffres pour ceux qui se répandent sans connaissance sur le déficit soi-disant « abyssal » de TRS :

En quatre ans TRS aura réduit de 10M€ son déficit, rendu 8 % de ces effectifs de PNM en augmentant de 3M€ ses recettes.

Le déficit restant est essentiellement lié à la sous évaluation de nos MIGAC, reconnue par l'ancien DEF (écart de -7M€), à La Roche Guyon, centre indispensable pour les enfants handicapés neurologiques (-2M€), à des problèmes de sous facturation que nous sommes en train de régler (-2M€), et au surcoût de la dispersion des plateaux techniques (-4,1M€) qui disparaîtrait avec notre projet.

Rappelons que nous sommes le seul hôpital pédiatrique intégré dans un GH. L'impact de cette situation sur nos fonctions supports et médico-techniques est importante.

Conscient des efforts encore à réaliser, TRS a préparé son projet avec la Mission efficacité.

La fermeture de 6 bâtiments et le regroupement de notre activité sur 3 bâtiments, dont un neuf à vocation chirurgicale et de soins intensifs, démontre son efficience.

Avec un investissement de 100 M€, cette solution intégrant les bénéfices du GH, permet d'absorber notre déficit, et permet de poursuivre notre activité hospitalo-universitaire dans des conditions modernes et évolutives.

Tous ces arguments ont déjà été développés et démontrés par Trousseau auprès de nos instances ; nous continuons à demeurer ouverts aux discussions qui ne condamnent pas le site. En effet notre communauté médicale unanime ne comprend pas le bien-fondé de ces décisions qui obèrent l'avenir et qui peuvent se reproduire pour d'autres lieux. On ne peut pas nous dire « on démantèle et ensuite on va réfléchir avec une nouvelle commission » sans réfléchir aux conséquences. Nous attendons une décision élaborée et respectueuse des besoins de nos patients et de nos équipes soignantes.

Nous vous remercions de nous avoir, cette fois ci nous l'espérons, vraiment entendus. »

Le **président** remercie M. Garabédian pour sa déclaration. Il ajoute qu'il sera nécessaire de maintenir sur le site toutes les structures assurant un fonctionnement optimal de l'obstétrique, de la périnatalité et des urgences pédiatriques.

Le **directeur général** s'engage à préserver un fonctionnement de qualité et le dynamisme des équipes du site, en soulignant que le second est lié au premier, ainsi qu'à la discussion qui devrait démarrer prochainement avec l'ensemble des acteurs de pédiatrie spécialisée des établissements concernés. Il précise que la décision prise par le Conseil exécutif s'analyse à deux échelons :

- au niveau de l'organisation de la pédiatrie spécialisée sur deux sites ;
- au niveau de l'organisation d'un travail avec l'ensemble des la gouvernance médicale et des acteurs de la pédiatrie spécialisée sur les modalités du projet.

M. CHERON recommande d'envisager la pédiatrie spécialisée au niveau régional, en prenant en compte la démographie de la population autant que la démographie médicale. De ce point de vue, il s'interroge sur la pertinence du regroupement de la pédiatrie spécialisée sur deux sites *intra muros*. Il suggère d'envisager trois sites.

M. FAGON rappelle tout d'abord que le groupe pédiatrie spécialisée a repris son travail à la rentrée, après une interruption due aux mouvements sociaux du printemps. Dans les faits, il s'est avéré impossible d'élaborer le projet de la pédiatrie spécialisée de l'AP-HP, les dialogues, négociations et projets se faisant en dehors du groupe de travail.

M. Fagon rappelle ensuite que l'AP-HP est en situation de quasi monopole pour la pédiatrie spécialisée, à l'exclusion de la cancérologie pédiatrique, la réorganisation consistant dès lors en une redistribution interne. Le débat, axé sur trois sites, ne doit pas faire oublier l'hôpital Bicêtre, où doit être menée une réflexion sur la pédiatrie générale et la chirurgie orthopédique, ni le site de Garches, spécialisé en réanimation et en cancérologie pédiatrique. Le groupe, constitué sur décision du Conseil exécutif, sera présidé par le directeur général et le président de la CME, ce qui garantit la prise en compte des deux autres sites, ainsi qu'une coordination plus étroite autour de la cancérologie pédiatrique. Enfin, une réflexion doit rapidement être menée sur le SSR pédiatrique, en raison des décisions probables de fermeture de sites prises par l'ARH.

Le **président** précise que la pédiatrie spécialisée étant un monopole de l'AP-HP, il était impossible qu'un site augmente son activité sans le faire au détriment d'un autre.

M. GARABEDIAN met en garde contre les raisonnements globaux, en insistant sur les besoins spécifiques, dans certaines surspécialités, des populations dont la demande doit faire l'objet d'une analyse précise, afin d'éviter toute simplification. C'est pourquoi il recommande de reprendre ces travaux. Il souligne que ce problème n'est pas spécifique à la pédiatrie.

M. LYON-CAEN souligne que l'AP-HP a investi depuis des années dans un plan sur les maternités dans cet hôpital. L'hôpital Trousseau comporte une maternité de niveau III, spécialisée dans les pathologies malformatives, dont l'activité est forte. La question qui se pose désormais est celle des moyens dont doit disposer une structure de ce type. Cet axe représente l'approche la plus objective possible du sujet.

M. HARDY constate que le projet se déroule en deux étapes, la première consistant à recentrer l'activité *intra muros*, la seconde à tenir compte des deux centres évoqués. Cette deuxième étape doit s'amorcer dès que possible, selon une méthodologie précise. Il se demande par ailleurs si la première étape permet de répondre à l'enjeu premier du projet, à savoir le surdimensionnement de la pédiatrie spécialisée. Selon la réponse apportée à cette question, les échanges qui auront lieu à Bicêtre pourraient être guidés par d'autres règles de réflexion, qu'il faudrait connaître.

M. OURY attire l'attention sur une question, celle de la volonté des collègues des sites concernés à travailler ensemble et sur sa mise en œuvre. Par ailleurs, tout centre de diagnostic prénatal a besoin d'un environnement de pédiatrie spécialisée pour accueillir les enfants malformés. Quant au centre obstétrico-pédiatrique de Trousseau, dont la taille sera importante, il attire l'attention sur les services nécessaires pour assurer le suivi des mères.

Le **président** note qu'il est indispensable de prendre en compte l'environnement médical nécessaire au bon fonctionnement d'une maternité de type III, d'une néonatalogie et d'un centre d'urgences pédiatriques. La CME sera informée régulièrement des avancées du groupe de travail.

Reconstruction Bichat-Beaujon sur un seul site

Compte tenu de la dégradation patrimoniale des deux sites, le besoin d'investissement pour leur mise à niveau est estimé à 700 millions d'euros. Le scénario retenu est celui d'une reconstruction sur un seul site proche de l'environnement universitaire. Le besoin d'investissement serait alors de l'ordre de 630 millions d'euros, sans compter la valorisation des emprises libérées, pour un projet de l'ordre de 1 000 lits (contre plus de 1 400 sur les deux sites). Le délai de réalisation du projet est estimé entre huit et dix ans. Les orientations stratégiques du GH doivent proposer des organisations anticipant ce projet

Restructuration de Cochin, Hôtel-Dieu et Broca

A été acté le principe d'un regroupement sur le site de Cochin des activités chirurgicales conventionnelles et ambulatoires du GH. Les activités de biologie de l'Hôtel-Dieu seraient assurées par Cochin dès la mise en service du bâtiment Jean Dausset. L'investissement immobilier sur le site de Cochin a été étudié dans la logique la plus intégrative possible des activités du GH sur ce site. Le développement d'un projet de santé publique à l'Hôtel-Dieu serait assuré par des partenaires extérieurs (université Paris V, EHSP, Science po santé, ville de Paris).

Il est prévu de développer l'activité de chirurgie thoracique dès 2010 : le groupe doit proposer une solution d'implantation sur le site de Cochin, en anticipation de la perspective d'un nouvel investissement sur ce site. Le transfert de l'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu vers Cochin est étudié selon les mêmes modalités et dans les mêmes conditions que la chirurgie thoracique. La décision est à prendre rapidement.

M. WEILL précise que la construction du bâtiment Achard II implique de démolir préalablement les bâtiments hébergeant l'activité de chirurgie digestive et que, par conséquent, la priorité pour le groupe Broca-Cochin-Hôtel Dieu est la construction du bâtiment PR2.

Restructuration de la Pitié-Salpêtrière, Charles Foix

A été actée la construction du bâtiment dit de la Hauteur sur le site de la Pitié-Salpêtrière pour le regroupement des activités médicale du centre intégré de cancérologie. C'est un bâtiment à fort intérêt restructurant (regroupement de sept services et libération de cinq bâtiments).

Sans attendre sa réalisation, le groupe doit assurer la mise en œuvre du projet de centre intégré de cancérologie. Les capacités sur le site Charles Foix devront être révisées compte tenu de l'ouverture du bâtiment Rothschild, des projets sur le site de la Pitié Salpêtrière et de l'évolution de Paul Brousse, ce qui conduira à une réduction importante du site Charles Foix.

A également été actée une réorientation vers une prise en charge plus proche de leur lieu de vie des patients âgés de Paris et du Val-de-Marne. Les projets gériatriques de la Pitié Salpêtrière et de Paul Brousse doivent intégrer cette nécessité de proximité. Ces projets conduisent à une reconfiguration du site de Charles Foix.

M. SEBBANE précise à ce sujet qu'un plan gériatrique est indispensable. Des signes forts doivent être donnés sur la capacité et la mobilité de l'hospitalisation, auxquels la communauté gériatrique sera particulièrement attentive. Il s'agit d'une opération emblématique, le rapprochement du lieu de vie habituel étant une demande forte.

Restructuration de Saint-Antoine – Rothschild – Tenon – Trousseau

Le président précise que l'ouverture du nouvel hôpital Rothschild est prévue à l'automne 2010 avec implantation d'activités de SSR spécialisées, de SSR gériatrique et de gériatrie aigüe. Les moyens nécessaires au fonctionnement de ce nouveau bâtiment seront assurés par un transfert de capacités en provenance de Rothschild, Charles Foix, Joffre-Dupuytren et Georges Clémenceau. Cette opération contribuera à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge à capacité constante pour l'AP-HP.

S'agissant des activités de périnatalité, l'activité réalisée à l'hôpital Saint-Antoine sera accueillie prioritairement à l'hôpital Trousseau, puis à Tenon. La Pitié-Salpêtrière et la nouvelle maternité Port Royal 1 qui, à son ouverture à la fin de 2010, offrira des capacités nouvelles d'obstétrique, participeront également à l'accueil des femmes. Un groupe projet mettra au point, avec les équipes concernées, les modalités de cette orientation. Une cellule d'orientation des femmes enceintes pour l'ensemble des maternités de l'AP-HP sera mise en place. Les activités lourdes de gynécologie seront prises en charge à Tenon, les autres à Trousseau.

Concernant les services d'urgence du groupe, une nouvelle organisation est proposée par le GH. Renforcement du centre lourd de Saint Antoine dès lors que la question de l'aval des urgences aura été traitée.

Restructuration Henri Mondor – Albert Chenevier – Emile Roux – Joffre Dupuytren – Georges Clémenceau

Ouverture du bâtiment des blocs et réanimation de Mondor, permettant le regroupement des activités d'anesthésie, de réanimation et de chirurgie, dans une logique d'optimisation.

Restructuration Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal

Transfert de l'ensemble des activités du site Fernand Widal en deux étapes : la première étant l'installation des soins de longue durée à Rothschild en 2010 suivie de la libération totale du site en 2016 par relocalisation des autres activités (psychiatrie, addictologie et SSR). Cette opération est en cohérence avec le projet SSR de l'AP-HP et le schéma directeur immobilier de Lariboisière (construction d'un bâtiment), avec l'objectif d'optimisation des filières d'aval des urgences de Lariboisière.

Restructuration de Bicêtre – Paul Brousse – Antoine Bèclère

Le projet porte sur la spécialisation des activités sur deux sites MCO et un site SSR. La transformation du site de Paul Brousse en SSR nécessitera le transfert de la psychiatrie, de la médecine interne et infectieuse et de l'addictologie de Paul Brousse à Bicêtre, ainsi qu'une étude d'opportunité et de faisabilité du transfert du centre hépatobiliaire vers le site de Bicêtre, lequel éviterait l'isolement de la transplantation hépatique adulte sur le site de Paul Brousse et répondrait à plusieurs contraintes, dont la démographie des anesthésistes et le regroupement des stérilisations.

La décision n'a pas été prise ; une réflexion sur l'optimisation des structures SSR et chirurgie digestive au niveau du groupe a été demandée.

Confortation du CHU 93

La confortation du CHU 93 s'effectue en partenariat étroit avec l'université Paris 13 et avec les autres établissements de santé du département. Elle est notamment axée sur :

- le renforcement de la prise en charge du cancer dans un centre intégré à Avicenne avec:
- le développement de l'obstétrique et de la pédiatrie à Jean Verdier en réponse aux besoins de santé de la population ;
- le renforcement de la prise en charge de l'obésité dans une logique de centre dédié à Avicenne.

En conclusion, le **président** rappelle que seuls quelques groupes hospitaliers ont été analysés dans le détail. Il reste encore quatre réunions du Conseil exécutif pour revoir les projets des autres GH. Certains d'entre eux vont abonder l'EPRD 2010. Une analyse globale des structures de biologie de l'AP-HP reste également à mener. Les projets seront présentés à l'issue des réunions du Conseil exécutif, avec un chiffrage précis des marges de manœuvre dégagées.

Le **directeur général** souligne qu'un certain nombre d'opérations emblématiques ont été soumises au Conseil exécutif lors des réunions de janvier. Des décisions importantes ont été prises. Le seul

groupe examiné dans le détail est Saint-Antoine – Tenon - Rothschild ; les autres seront étudiés dans les prochaines semaines.

Par ailleurs, suite aux présentations des conclusions des réunions des 2 et 9 février, un certain nombre de chiffrages seront présentés dès que possible, même s'ils ne sont pas exhaustifs faute d'avoir finalisé l'examen de l'ensemble des projets. Quant aux négociations sur l'EPRD, elles devraient débiter à partir du mois de mars.

Au sujet des effectifs, **M. ABDOUN** souligne que la question de la quantification des suppressions de postes soulève celle des conditions de travail du personnel. Il fait part de sa gêne face à l'introduction du concept de restructuration « médicalement justifiée ». Se profilent des restructurations efficaces au sens du directeur général, c'est-à-dire comportant des suppressions d'emplois fortes dégradant les conditions de travail. Ce concept permet aux gestionnaires de dossiers techniques et administratifs de déplacer le problème en plaçant les restructurations sous l'autorité des responsables médicaux. Chaque directeur de service devra donc expliquer à son service que les réorganisations internes sont médicalement justifiées. M. Abdoun estime que ce nouveau label introduira de nouveaux rapports dans l'AP-HP.

Il souligne par ailleurs que la direction devra se montrer particulièrement convaincante auprès du personnel de Trousseau pour qu'il accepte de faire preuve de loyauté envers une institution dont il estime qu'elle l'a trahi. Les investissements consacrés à Trousseau laissent désormais place à une coquille vide. Cette décision a été prise en contradiction avec le discours liant la survie à l'activité, puisque Trousseau est un hôpital performant. Il s'agit donc d'un projet injustifié et illégitime, qui démobilise le personnel. Les restructurations visent à supprimer des postes ; les mobilités qu'elles entraînent inquiètent. M. Abdoun signale à la direction qu'elle est fermement attendue sur ce sujet, notamment par les CHSCT, qui demanderont des comptes sur l'organisation des soins et du travail. Enfin, il annonce la création d'un comité de défense du personnel médical et non médical à Trousseau.

Sur le sujet de la restructuration de Bicêtre – Paul Brousse – Bécélère, **M. MUSSET** souligne le besoin d'apporter rapidement des réponses aux collègues de l'hôpital Paul Brousse. L'aide de la direction générale est nécessaire sur ce point.

Par ailleurs, des membres de la communauté médicale ont été reçus récemment par le Président de la République, qui a donné une clause de nouveau rendez-vous dans un délai de quatre à six semaines après le premier. Or la CME n'aura pas de propositions à faire avant la fin des conférences stratégiques, soit largement après la clause de nouveau rendez-vous avec le Président de la République. Ses membres ne pourront donc faire aucune proposition ni de restructuration, ni de demande de compléments d'investissements indispensables à la réalisation de celles-ci.

Pour finir, il soulève le problème des sites confrontés à l'absence de notification budgétaire, tant que l'EPRD n'est pas validé. Il demande comment les hôpitaux peuvent fonctionner en termes d'autorisation de dépenses.

Le **directeur général** répond que la notification budgétaire officielle ne peut effectivement intervenir qu'après validation de l'EPRD 2010. Pour autant, la gestion des établissements courant du 1^{er} janvier au 31 décembre, rien n'empêche de poursuivre l'activité sur la base des projets déjà engagés ou actés.

Concernant la restructuration de Bicêtre – Paul Brousse – Bécclère, l'étude d'opportunité et de faisabilité du transfert du centre hépato-biliaire à Bicêtre doit être menée avec les acteurs concernés, sérieusement. Il n'est pas question pour autant de traîner, puisque le choix du maintien ou du transfert oriente une partie du groupe.

M. LACAU-SAINT-GUILY aborde le sujet de la restructuration de la cancérologie, qui soulève un enjeu essentiel de recentrement des activités de l'AP-HP, à la fois quantitatif mais aussi qualitatif. Il importe de ne pas obérer la capacité de prise en charge de l'AP-HP, notamment dans le cadre des maladies complexes qui ne peuvent se réduire à des actes nomenclaturables.

M. SINGLAS souligne qu'il est souvent demandé aux PUI de proposer des projets de restructuration dans le cadre des GH. Or ces projets sont éminemment dépendants des restructurations médicales, ce qui rend difficile l'élaboration de propositions constructives. Sans visibilité sur les restructurations médicales, il sera impossible aux PUI d'avancer des propositions objectives et constructives.

Le **président** en prend note.

En conclusion, il réaffirme son engagement à ne discuter avec le ministère, au nom de la communauté médicale, que comme porte parole de la CME, qui se sera préalablement prononcée sur le nombre et la provenance des emplois pouvant être repris. Il s'engage personnellement à défendre les positions de la CME dans les négociations.

La séance est levée à 11 heures 40.

*

*

*

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

Mardi 9 février 2010 à 8 heures 30

Le bureau se réunira le :

Mercredi 27 janvier 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.