

DIRECTION DE LA POLITIQUE MÉDICALE

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SEANCE
DU MARDI 9 SEPTEMBRE 2008**

**APPROUVE LORS DE LA SEANCE
DU 14 OCTOBRE 2008**

-=-

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Compte-rendu de la séance du mardi 9 septembre 2008

ORDRE DU JOUR

SEANCE PLENIERE

- 1- Information sur les travaux du conseil exécutif.

- 2- Conséquences du mouvement de la non-transmission du codage de l'activité libérale suite au décret portant sur l'activité libérale.

- 3- Bilan des conférences activité-stratégie-performance (ASP) pour l'année 2008.

- 4- Plan stratégique : point d'étape des groupes thématiques.

- 5- Révision des effectifs de praticiens hospitaliers :
 - pour l'année 2008 : bilan et impact financier ;
 - pour l'année 2009 : cadrage et mise en œuvre.

- 6- Information sur le paiement effectif des comptes épargne temps.

- 7- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2008.

- 8- Avis sur le renouvellement d'un membre de la commission locale d'activité libérale à l'hôpital Necker – Enfants Malades.

- 9- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juillet 2008.

- 10- Questions diverses.

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 Pr CHOUDAT, responsable de la médecine du travail,
 - Mme le Dr DESOUCHES, médecin inspecteur régional de santé publique,
 - M. FRONTINO, représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

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

- ***les représentants de l'administration :***
 - M. LECLERCQ, directeur général,
 - M. BOUILLANT, directeur de cabinet,
 - Mme ARMANTERAS-de SAXCE, directrice exécutive du groupement hospitalier nord,
 - M. DIEBOLT, directeur exécutif du groupement hospitalier ouest,
 - M. LAJONCHERE, directeur exécutif du groupement hospitalier est,
 - M. FAGON, directeur de la politique médicale,
 - M. GUIN, directeur économique et financier,
 - M. MORIN, directeur des affaires juridiques et des droits du patient ;

 - M. GOTTSMANN, direction de la politique médicale,
 - Mme GUINGOUAIN, directrice par intérim de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
 - M. PINSON, direction de la politique médicale ;

- ***membres excusés :***
 - M. le Pr BERCHE, M. le Dr BOIZAT, M. le Pr CHERON, M. le Dr FAIN, M. le Pr LYON-CAEN, Mme le Dr VEINBERG.

*

* *

Le président **CORIAT** ouvre la séance en souhaitant la bienvenue à Mme AIACH doyen de la faculté de pharmacie et à Mme BOY-LEFEVRE doyen de la faculté d'odontologie, en qualité d'invités permanents, et à M. MIR successeur de M. COSCAS démissionnaire, représentant les internes en médecine. Puis il engage l'examen des points inscrits à l'ordre du jour.

I- Information sur les travaux du conseil exécutif.

Les travaux du conseil exécutif ont presque exclusivement porté sur les principaux thèmes à l'ordre de ce jour indique le président, en particulier, les conséquences de la non-transmission du codage et de la position à adopter, et la révision des effectifs de praticiens hospitaliers. Cette dernière doit s'opérer en considérant la réalité de la situation économique. Aussi, la commission médicale d'établissement prendra des décisions à la fois médicalement et économiquement raisonnées lors de ses séances d'octobre, novembre et décembre prochains.

Il importe en outre souligne le président, que l'instance reste très soudée dans le contexte hospitalier actuel ; il pense notamment aux contraintes prévues par le projet de loi qui modifiera encore la réglementation de l'hôpital public, ainsi qu'aux débats qui se tiendront ce matin au sein de l'instance.

L'expression démocratique de la pensée médicale, fruit d'une réflexion collective, lui paraît fondamentale.

II- Conséquences du mouvement de la non-transmission du codage de l'activité libérale suite au décret portant sur l'activité libérale.

En propos liminaire, M. CORIAT rappelle le contexte à l'origine du mouvement particulièrement sensible et objet d'opinions divergentes. La modification par décret du mode de calcul de la redevance pour l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public a conduit certains collègues à manifester leur opposition en interrompant depuis le mois de mai dernier la transmission du codage des actes et des consultations réalisés dans le cadre de l'activité libérale statutaire des praticiens hospitaliers.

La CME regrette la modification sans concertation des règles de calcul de la redevance sur les consultations et les actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale statutaire des praticiens. Elle réitère l'appel à des négociations rapides préservant l'attractivité des centres hospitaliers universitaires. Si au début du mouvement, la CME a fait preuve de compréhension afin de ne pas gêner les négociations en cours, aujourd'hui, elle ne peut l'ignorer, aujourd'hui, ni ne s'interroger sur son retentissement néfaste pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris. M. CORIAT indique que l'absence de transmission du codage de certains services pourrait les pénaliser dans le cadre de décisions qu'aurait à prendre la CME concernant les renouvellements de contrat d'activité libérale et des chefferies de service.

Il apparaît indispensable au président de mettre en garde les membres de la CME contre les nombreux effets délétères pour l'institution de ce mouvement. Un large débat est nécessaire sur ce sujet inscrit à l'ordre du jour à la demande du conseil exécutif et du bureau de la CME. Par ailleurs, les règles du jeu de la gouvernance imposent que la pensée médicale démocratiquement exprimée par la CME se fasse entendre sur un sujet qui touche l'institution, parallèlement à l'opinion du directeur général.

M. CORIAT déclare ensuite que le vice-président et lui-même ont toujours défendu le devoir de la CME de maintenir l'unité entre tous les collègues de l'AP-HP. La CME a aussi pour mission d'assurer l'équité de la répartition des ressources entre les services. Il informe la CME que le président et le vice-président avec le président de la commission temps et effectifs médicaux, M. VALLEUR, ont rencontré mardi dernier les membres du bureau du syndicat de défense de l'activité libérale pour tenter d'infléchir le mouvement d'autant plus regrettable, que la CME n'a jamais remis en cause l'exercice libéral à l'hôpital public.

Enfin, il signale la volonté des présidents des comités consultatifs médicaux d'aboutir à une résolution rapide du problème de la non-transmission du codage, avant d'informer qu'au terme de la discussion, il soumettra à l'avis de l'instance une motion définissant la position de la CME sur ce mouvement.

Puis il cède la parole à M. GUIN et M. CHATELLIER pour exposer les conséquences de la non-transmission du codage (cf. document présenté en séance).

Pour sa part, **M. GUIN** présente une analyse de l'exécution à fin juin et fin juillet 2008 de l'activité et des recettes de l'AP-HP.

- L'analyse de l'activité.

On constate une progression de l'activité de 3,60 %, au-delà des prévisions initiales de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2008, calées sur une évolution de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à 1,85 %.

En hospitalisation complète, soutenue par la médecine (lits d'hématologie) et par l'obstétrique, la réalisation pour les six premiers mois de l'année 2008 s'élève à 2,40 % contre 2 % prévus. En hospitalisation partielle, soutenue par la chirurgie ambulatoire, les dialyses et la radiothérapie, la réalisation pour le premier semestre 2008 s'établit à 4,80 % contre 1,70 % prévu. A fin juillet, les données en matière de séjours affichent une progression de 2,9 % en hospitalisation complète, dont 2,6 % pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre heures.

- L'analyse des recettes.

Suite au boycott du codage intervenu à partir du mois de mai, d'importantes incertitudes pèsent sur les recettes d'activité. A la fin du mois de juillet, la progression des séjours non codés de 5,9 % du total des séjours HC en cumul et celle des séjours mal valorisés par défaut de codage, totalisent un manque à gagner estimé à 98 millions d'euros.

Les difficultés de trésorerie importantes à venir porteront sur le manque à gagner estimé à 56 millions d'euros par mois pour le titre 1, et sur les frais financiers qui se cumuleront à hauteur de 200 000 euros par mois (surcoûts non-rattrapables). Ils atteindront *a minima* 1,8 million d'euros de façon certaine sur la période de juin, juillet et août et augmenteront, en l'absence de décision, sur un rythme exponentiel jusqu'à la fin de l'année.

Le rattrapage du codage constitue la condition impérative pour rééquilibrer les comptes de l'année 2008. La non-transmission du codage aura probablement des conséquences sur la préparation de l'EPRD pour l'année 2009.

A son tour, **M. CHATELLIER** focalise son exposé sur les conséquences de la non-transmission du codage en termes de charge de travail en fondant le bilan sur l'activité mesurée à la fin du mois de juillet, mais aussi d'organisation.

- La charge de travail.

Le volume total des séjours MCO non codés s'élève à 28 376 séjours dont 20 648 en hospitalisation complète, auxquels s'ajoutent 4 782 séjours à corriger ou à compléter, soit au total 33 158 dossiers restant à compléter et à coder. La situation d'un hôpital à l'autre s'avère foncièrement différente comme l'illustre les exemples des hôpitaux Saint-Antoine, Cochin ou encore la Pitié-Salpêtrière.

La correction et le codage représentent 2 181 jours de travail, à raison de trente minutes par dossier, soit cent emplois à temps plein (ETP) sur un mois, estimation pour les seuls mois de mai, juin et juillet.

Cette considérable charge de travail à accomplir impliquera un grand nombre de personnes, d'abord des services cliniques et médico-techniques, puis du département de l'information médicale (DIM) et enfin de l'unité des frais de séjours souvent oubliée alors qu'elle occupe une place essentielle dans la chaîne de facturation.

L'orateur attire l'attention sur les actes donnant droit à une exonération du ticket modérateur. De nombreux patients pouvant y prétendre ont reçu une facture par défaut de transmission par les services dédiés, de l'information relative à l'exonération.

- L'organisation.

Le dispositif à mettre en œuvre poursuit l'objectif d'opérer un rattrapage d'ici à la fin de l'année 2008 au risque d'une perte définitive des recettes pour l'hôpital. La responsabilité de l'opération et la répartition des rôles incomberont au conseil exécutif local.

Une cellule permanente de suivi et de conseil, composée outre de l'orateur au titre de la direction de la politique médicale, de deux membres de la direction économique et financière, de deux représentants de la direction des affaires financières locale et de deux membres des DIM de chaque site, sera installée au siège.

Pour conclure, M. CHATELLIER insiste sur le fait que ce mouvement a déjà des conséquences, importantes, à côté des conséquences financières. En effet, pour travailler sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2009, le DIM du siège a établi un modèle statistique permettant d'estimer l'activité du premier semestre par service, en l'absence des données, notamment en chirurgie. Ces estimations seront utilisées pour établir les prévisions d'activité qui serviront à déterminer, en particulier, si l'AP-HP est en capacité de tenir ou non ses objectifs.

Il se met à la disposition de tous les sites pour les assister de manière à atteindre l'objectif incontournable fixé.

Au terme de ces exposés, le **président** ouvre le débat.

M. ABDOUN donne lecture d'une déclaration au nom du comité technique d'établissement central, annexée au présent compte-rendu, avant d'ajouter que parmi les mesures visant à atteindre les objectifs de l'EPRD pour l'année 2009, certaines ambitionnent clairement de générer des économies. L'exemple cité dans la présentation relatif à la perte potentielle induite par le mouvement de non-transmission du codage, concerne des personnels non médicaux (quarante-sept précisément) et suppose, selon lui, qu'il reviendra au personnel non médical et aux services supports de « payer la facture ».

Le **président** demandant si une issue à court terme de ce mouvement peut s'envisager, **M. RYMER** répond espérer que la tentative de conciliation initiée afin de rapprocher le point de vue des deux parties, débouchera sur l'engagement effectif du processus de négociation et sur une issue rapide du mouvement. D'autre part, il précise qu'il ne s'agit pas d'une grève du codage mais plutôt de la « suspension » d'une activité. Au cours des réunions des prochains jours, chacun essaiera d'agir au mieux pour que le mouvement s'arrête pour le plus grand bénéfice des uns et des autres.

Certes, observe M. RYMER, des efforts, jugés néanmoins insuffisants, ont été accomplis par le ministère. Ainsi la redevance s'appliquant aux CHU pour tous les actes techniques est passée de 40 % à 30 % et pour les consultations de 25 % à 20 %.

Selon **M. DRU**, l'acceptation par les médecins engagés dans le mouvement de non-transmission du codage, d'une taxation sur les honoraires perçus, constitue un premier pas. Les anesthésistes ne sont pas opposés au droit de grève des soins, que ce soit dans le cadre de l'activité publique ou libérale de ces praticiens, mais dans le cas présent, il s'agit de la rétention de pièces administratives. Cette action totalement illégale est susceptible de faire l'objet de sanctions, que, selon la presse, le directeur général ne semble pas, pour le moment, disposé à prendre. En outre, le codage de l'anesthésie étant fonction de la chirurgie, en raison de ce mouvement, on ne connaît plus l'activité d'un anesthésiste-réanimateur au sein de l'institution depuis plus de quatre mois, observe l'intervenant.

S'exprimant à titre personnel, **M. LACAU ST GUILY** se dit inquiet des médecins qui demandent que leurs collègues suivant le mouvement soient punis et rappelle quelques points. Les médecins qui ont décidé de suivre le mouvement de non-transmission du codage luttent en raison de la perte conséquente de leurs revenus induite par l'application du décret, au point de rendre dissuasive la poursuite d'une activité libérale à l'hôpital public.

Ces praticiens exercent dans des services à forte valeur ajoutée puisqu'ils génèrent une importante activité publique. Ces services ont en effet une forte implication dans tous les domaines de l'activité publique en termes d'activité clinique, de recherche clinique ou académique, de notoriété. Les classements récemment parus dans la presse prouvent à quel point ces services développent une activité conséquente pour l'AP-HP.

En outre, selon l'intervenant, l'activité libérale exerce une attractivité sur les jeunes collègues, lesquels pourraient trouver dans le secteur privé des activités particulièrement lucratives. D'autre part, elle permet de maintenir une mixité sociale des patients au sein des hôpitaux et constitue un moyen de défendre l'hôpital public.

Ce mouvement implique également les praticiens hospitaliers et les chefs de clinique, s'avère soutenu par des syndicats nationaux et s'étend à de nombreux CHU de province. Il sera suspendu dès que des avancées jugées suffisantes auront été constatées. Enfin, **M. LACAU ST GUILY** souligne que ce mouvement est éthique puisqu'il ne modifie en rien les soins fournis aux patients, que le codage a continué d'être assuré et pourra être fourni dès que l'évolution du conflit le permettra ; il considère que l'AP-HP devrait contribuer à défendre les médecins plutôt qu'à envisager des sanctions à leur encontre.

Le **vice-président**, qui rejoint cette dernière intervention, rappelle avoir signalé dès le début du mouvement que le moyen choisi pour porter cette juste revendication se révèle inadapté car il ne gêne pas l'action du ministère mais entrave gravement celle de l'AP-HP. Le directeur général, le président de la CME et lui-même, au même titre que divers grands noms nationaux appartenant au syndicat de défense de l'activité libérale, ont essayé de peser sur les cabinets ministériels concernés et sur les autorités de tutelle. Aujourd'hui, s'impose le devoir d'agir rapidement sur le décret ministériel contraire aux intérêts de l'institution. Il ne saurait être question, insiste M. AIGRAIN, de mettre en péril l'avenir de l'institution et la carrière de certains collègues représentant cet avenir. Par ailleurs, dans le cadre de la révision des effectifs, il faut préserver les chances des services les plus dynamiques. Il serait périlleux, pour des raisons strictement économiques liées à ce mouvement de non-transmission du codage, de retarder les nominations.

M. RYMER fait savoir que la modification du calcul de la redevance bénéficie aux praticiens du secteur 1. L'opération demeure neutre pour les collègues qui appliquent un dépassement n'excédant pas deux fois le tarif de la sécurité sociale ; elle pénalise ceux dont le dépassement reste supérieur à deux fois ce tarif. Cela explique la concentration sur l'AP-HP du mouvement.

M. PETIT livre quelques indications sur la réaction des membres à la dernière réunion du bureau de la CME. Sans remettre en cause l'activité libérale à l'hôpital, ils ont d'abord déploré la brutalité de la mesure induisant une augmentation soudaine des taux de la redevance, puis considéré qu'il convenait de s'interroger sur le bien-fondé d'un mouvement de quatre mois ne débouchant sur aucune négociation ni conciliation, enfin observé que la cible touchée est l'AP-HP et non la tutelle ministérielle initialement visée. Dans ce contexte, les membres du bureau estiment utile que les collègues impliqués prennent toutes leurs responsabilités, et ont débattu dans le cas contraire, de l'opportunité d'engager des mesures destinées à les contraindre à assumer ces responsabilités. Parmi ces mesures, leur préférence se tourne vers les plus ciblées afin de ne pas pénaliser l'activité des services. Un geste de bonne volonté de la part des partisans du mouvement consiste, selon M. PETIT, à transmettre le codage des mois de mai et de juin.

On ne peut, estime **M. FOURNIER**, reprocher aux membres de la CME d'exprimer leur position à propos du mouvement, ni à ceux du bureau d'examiner l'ensemble des pistes pour sortir de ces difficultés.

L'analyse du conseil exécutif porte notamment sur le problème de l'extension à l'ensemble d'un service d'une décision prise par son chef alors que des collaborateurs n'y adhèrent pas. Il s'avère normal opine l'intervenant, d'une part, d'analyser ce type de problème et d'en évaluer l'importance économique, d'autre part, que les chefs de service fixent leur position à l'égard du mouvement. De même il convient de préciser les mesures ciblées « d'incitation à la responsabilité » à prendre le moment venu, afin de préserver le potentiel de l'ensemble des services de chirurgie de l'AP-HP qui sont impliqués dans ce mouvement.

M. LACAU ST GUILY accorde trop d'importance à la responsabilité et au courage personnel des individus pour laisser dire que c'est le chef de service qui imposerait la suspension du codage à l'ensemble de son équipe à laquelle il ordonnerait de procéder ainsi.

M. CAPRON sollicitant d'être informé sur la portée exacte de la décision du Conseil d'Etat, **M. MORIN** affirme le caractère aujourd'hui inattaquable et définitif, sauf par une modification législative, de cette décision. Les autorités de tutelle peuvent éventuellement changer les taux.

Dans ses conclusions, intervient **M. FAYE**, le commissaire du gouvernement au Conseil d'Etat précise que le gouvernement conserve la faculté d'adosser la redevance sur les honoraires, formule pénalisante pour les praticiens appliquant des honoraires libres. Cependant, il dispose aussi de la possibilité de revenir à la situation antérieure, solution prévoyant de faire porter le pourcentage sur une valeur forfaitaire pour les actes hors-nomenclature qui ne représentent pas plus de 3 % de l'ensemble de ces actes.

Par ailleurs, fixer le taux de la redevance à 20 % pour le secteur 1 ne constitue pas une réelle victoire car dans les cliniques privées, il s'établit de 6 % à 12 % selon **M. FAYE**, jugeant que l'augmentation de la redevance estimée entre 400 % et 500 % applicable depuis le 15 mai, amortira largement le montant des frais financiers, voire les annulera.

Rendre les conditions d'exercice de l'activité libérale dissuasives incitera les praticiens hospitaliers à ne plus l'exercer au sein du secteur public et générera des conséquences sur la qualité du recrutement interne et sur le dynamisme de tous les services. C'est donc à l'horizon 2010, 2015 ou 2020 que les effets du décret se ressentiront.

En outre, **M. FAYE** fait valoir la réalité du non-parisienisme du mouvement soutenu par des collègues à Strasbourg, à Nice, à Lyon ou à Toulouse. L'assemblée générale du syndicat de défense de l'activité libérale a repoussé la requête portant sur la transmission du codage des mois de mai et de juin. Les responsables de la CME et des comités consultatifs médicaux ont été informés sur l'importance de demeurer solidaires, aussi il en appelle à la cohésion de la communauté médicale, ne pouvant accepter en toute impunité, que des menaces soient proférées contre les collègues. Le discours adopté aujourd'hui reflète la contre-argumentation sur le bien-fondé du mouvement et sur le souhait de ne pas diviser la communauté, conclut l'intervenant.

La CME reste fidèle à un certain nombre de principes souligne le **président**. Ainsi, rendra-t-elle un avis positif sur les prochains contrats d'activité libérale à la seule condition que cette activité soit effectivement réalisée conformément à la législation, et enregistrée. S'agissant de la révision des effectifs, les services non en mesure de prouver leur activité ne disposeront pas des mêmes chances que les autres services d'obtenir un poste.

Les membres élus d'une instance doivent faire passer l'intérêt collectif avant l'intérêt individuel, observe **M. RICHARD**. Cependant, on ne peut ignorer les conséquences individuelles pour les collègues qui subiront les modifications statutaires. Le bureau de la CME a cependant essayé de mesurer l'impact collectif de ce mouvement de non-transmission du codage. A cette occasion, il est apparu que les médecins, notamment les chefs de service, doivent exercer les responsabilités qui leur incombent. Ils ne peuvent, à la fois se plaindre d'être marginalisés par la gouvernance et s'étonner lorsqu'il leur est demandé de faire face à leurs responsabilités. Il n'est ainsi pas possible de rester insensible aux conséquences économiques du mouvement.

M. RICHARD pense comme un certain nombre de ses collègues, qu'on ne peut faire supporter uniquement au personnel non médical les conséquences de ce mouvement et le déficit budgétaire qu'il génère. Il est important que l'impact réel de cette grève soit très clairement identifié.

S'exprimant au nom des chefs de clinique, **M. GREGORY** s'attache à évoquer non le fond mais la forme du mouvement. Au travers des interventions, en particulier de la dernière, il apparaît que le personnel médical supporterait les conséquences du mouvement, les conflits internes se régleraient dès lors sur le dos des jeunes collègues et sur la révision des effectifs. Il demande donc de laisser ceux-ci à l'écart des mesures envisagées.

L'une des responsabilités de la fonction de chef de service consiste à ne pas adopter d'attitude contraire aux bonnes pratiques en vigueur, en regard en particulier de la formation délivrée aux jeunes collègues insiste **M. RICHARD**. Dire qu'élargir la grève du codage à l'ensemble de l'activité d'un service est choquant, n'est en aucun cas un jugement de valeur ou une remise en question de l'activité libérale. Il s'agit à son sens simplement de sensibiliser la nouvelle génération au maintien du nécessaire équilibre entre activité publique et privée à l'hôpital. La remise en cause de ce droit statutaire, dès lors qu'il s'exerce avec tact et mesure lui paraît en effet hors de propos.

Le ministère porte une responsabilité majeure dans la situation actuelle et le conflit aurait pu être réglé rapidement selon **M. GARABEDIAN**, rappelant que l'activité libérale a été instituée pour attirer à l'hôpital public les praticiens. Le souci réside dans le fait que le pourrissement de la situation est peut-être délibéré car on assiste, de son point de vue, à une attaque en règle de certaines activités et de certains secteurs de l'activité médicale. Il faut raison garder et tenir compte du fait que tous les chirurgiens exercent des activités chirurgicales importantes.

La CME entend raison garder, opine le **président**, regrettant le refus des partisans du mouvement de transmettre le codage de mai et juin, transmission qui aurait détendu la situation sans porter atteinte à leurs revendications.

Un certain nombre de services chirurgicaux se révèlent en sous-effectifs remarque **Mme Brigitte GIRARD**. Les ophtalmologistes qui choisissent de travailler à l'hôpital sont rares et certains pratiquent une activité libérale. Elle insiste sur les difficultés de recrutement des ophtalmologistes et d'autres spécialistes tels les gynécologues, craignant que la situation de certains services ne se dégrade si l'activité libérale cesse d'être rémunératrice.

S'il comprend les praticiens concernés par l'augmentation de la redevance en droit d'exprimer leur hostilité à cette mesure, **M. DASSIER** note que l'activité publique continue et mérite son codage. Si le mouvement devait se poursuivre, la communauté des médecins anesthésistes demande une cotation autonome de leur activité. Un règlement serein du problème est souhaitable. Surtout il convient de récupérer le codage de l'activité libérale et publique effectuée depuis maintenant quatre mois. Pour autant, les discussions avec la tutelle n'en seraient pas entravées.

Selon **M. MUSSET**, 70 % des présidents de CCM estiment le mouvement parfaitement justifié mais déplorent la forme choisie. Toute grève induit des conséquences qu'il faut assumer. Lorsqu'un praticien du secteur privé se déclare en grève, il n'est pas rémunéré, or les collègues grévistes continuent de percevoir leur salaire au titre de leur activité hospitalo-universitaire et de leur activité libérale. Dès lors, ceux qui n'assurent pas le codage doivent accepter d'en supporter les conséquences financières.

Le problème posé et les réactions suscitées à cette occasion, intervient **M. SCHLEMMER**, masquent un certain nombre de réalités et altèrent l'image de l'AP-HP, le plus emblématique des CHU de France. A cet égard, la formation et la recherche demeurant les missions prioritaires de l'institution, il souligne son inquiétude devant les effets négatifs de ce mouvement sur le public, sur les jeunes collègues et sur les autres composantes de l'université. Le paysage universitaire a considérablement évolué. La médecine, qui vivait dans son isolement, a dû « rentrer dans le rang » à la suite notamment de la loi portant réforme de l'université. Il craint que la persistance du mouvement conduise à montrer du doigt la médecine comme un monde de nantis. Il tient donc au rappel des missions cardinales fondamentales de l'institution et à n'en pas dévier.

Il paraissait indispensable que la communauté médicale exprime démocratiquement sa pensée pour que chacun comprenne le point de vue de l'autre, déclare le **président** avant de lire la motion, jointe en annexe au compte-rendu.

Par un vote à bulletins secrets, la CME approuve la motion par 28 voix pour, 16 voix contre et 4 abstentions.

A l'issue du débat, **M. LECLERCQ** s'inscrit en faux à propos de la quasi-inertie de la direction générale évoquée suite à la parution du décret qu'il ne lui appartient pas de commenter. Que l'action n'ait pas été couronnée de succès constitue un autre aspect du dossier.

A ce jour, la situation doit être examinée au seul regard des intérêts, d'une part de la cohésion de la communauté médicale, d'autre part de l'AP-HP. Au vu des données projetées, on ne peut continuer dans cette direction. Il convient donc de trouver tous les moyens propres à permettre de suspendre le mouvement ou d'agir pour la transmission des informations nécessaires au fonctionnement administratif et financier de l'institution.

Le directeur général livre ensuite sa position. Si la CME est amenée à voter négativement sur des contrats d'activité libérale, le conseil d'administration entérinera ce vote qu'il transmettra avec son propre avis à la tutelle. Il en va de même pour le renouvellement des chefs des services dont le codage ne serait pas exercé complètement. Dans les prochains jours, il saisira individuellement les médecins qui ne transmettent pas les informations médicales pour leur demander d'y procéder dans un délai de huit ou dix jours. Dans le cas contraire, il se réservera toutes les voies de droit juridique pour les obtenir afin de préserver le fonctionnement de l'AP-HP. Avec l'appui efficace de M. CORIAT et de M. AIGRAIN, de la CME et du conseil exécutif, il s'est engagé de telle sorte que l'année 2008 s'avère efficiente. Si le mouvement devait perdurer, cet objectif ne serait probablement pas atteint. Chacun doit prendre conscience des responsabilités engagées, celle de la CME, la sienne et celle des non-transmetteurs.

M. LECLERCQ conclut en souhaitant la suspension du mouvement afin de permettre aux discussions en cours d'aboutir à une solution vraiment constructive.

III- Bilan des conférences activité-stratégie-performance (ASP) pour l'année 2008.

M. PINSON se propose de dresser un rapide point d'étape sur les conférences activité-stratégie-performance (ASP) (cf. document présenté en séance).

Ces conférences visent à examiner le fonctionnement d'un hôpital et sa façon de réaliser son activité en termes de volumes et de qualité de la prise en charge. Elles tendent aussi à identifier la dynamique de la transformation et de l'amélioration de cette prise en charge, et d'autre part, à lancer un débat sur des stratégies et des thématiques prioritaires pour l'hôpital.

La première étape des discussions s'articule autour d'un ensemble d'indicateurs sans contestation selon trois focales :

- l'activité, les recettes et les dépenses ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- l'amélioration des organisations.

L'orateur commente ensuite des exemples sur l'analyse de l'activité, sur la qualité et la sécurité des soins, et sur la performance des organisations. Certains éléments, comparés aux résultats d'ensemble de l'AP-HP, s'avèrent perfectibles et ont donné lieu à des projets d'amélioration. Dans la plupart des cas, les débats avec les hôpitaux se sont révélés riches et fructueux.

La seconde étape consiste à débattre autour des thématiques prioritaires, deux à trois par hôpital, préalablement instruites avec celui-ci. Ainsi, lors des conférences ASP, cent trente-huit projets et thèmes ont été évoqués et les suites à donner, identifiées. Pour l'essentiel, les projets et les thèmes s'inscrivent dans la perspective du prochain plan stratégique. Cependant, certains sujets méritent un traitement à plus court terme, en particulier les conditions de réussite de l'ouverture de la maternité de Bicêtre, et à moyen terme, l'organisation des activités d'orthopédie entre les hôpitaux Ambroise Paré et Raymond Poincaré.

Pour finir, M. PINSON mentionne la suite donnée aux conférences ASP. Une présentation détaillée interviendra en octobre prochain accompagnée de la communication d'un livret par groupement hospitalier universitaire comprenant les éléments de l'analyse et les relevés de décisions des ASP. Le suivi en mode projet des thèmes en cours de réalisation se déroulera à l'automne et tous les sujets à long terme s'inscriront dans les travaux de préparation du plan stratégique 2010 – 2014.

IV- Plan stratégique : point d'étape des groupes thématiques.

En propos liminaire, M. FAGON rappelle qu'en sa séance du mois de mai dernier, la CME a décidé de constituer treize groupes de travail chargés d'évaluer l'évolution en matière de la demande de soins, des prises en charge des patients et des évolutions épidémiologiques (cf. document présenté en séance).

Ces groupes, mis en place au cours du mois de juin, co-pilotés par un médecin désigné par la CME et par un directeur d'hôpital, ont reçu une lettre de mission et ont été réunis au début du mois de juin pour expliquer le cadre de travail. S'agissant du calendrier, le point d'étape prévu à la mi-juillet a été reporté à la fin du mois d'août, et la restitution programmée en octobre, repoussée au 12 novembre prochain.

Neuf des treize groupes de travail (le groupe recherche clinique sera constitué à l'automne 2008) ont transmis leurs conclusions provisoires. Les groupes adoptent une méthodologie proche en composant des sous-groupes spécialisés focalisés sur une thématique particulière tandis que la discussion et l'arbitrage appartiennent au groupe entier. Des experts participent aux travaux par le biais d'auditions.

Chaque groupe a témoigné de la difficulté à distinguer une analyse des besoins de la population à court, moyen ou long terme et à établir des prévisions à cinq ou dix ans.

Pour terminer, M. FAGON annonce la présentation lors de la séance de décembre de la CME des conclusions des rapports rendus par les groupes de travail.

Le **président** se félicite du dynamisme des groupes et du bon fonctionnement des binômes institués pour les animer et pour élaborer les différentes thématiques. On disposera ainsi de références claires par spécialités afin de bâtir le plan stratégique.

Après que plusieurs membres de la CME ont signalé les difficultés qu'ils rencontrent à intégrer les groupes, M. FAGON indique alerter les services concernés de la direction de la politique médicale et les responsables (médecins et directeurs) de chaque groupe de ce problème.

Souhaitant effectuer un effort pour pallier les carences, intervient **M. CAPRON**, le syndicat des médecins des hôpitaux de Paris prévoit de diffuser largement à compter du 15 septembre 2008, un document synthétisant l'avis des collégiales respectives sur vingt-cinq spécialités, du point de vue de la stratégie pour les cinq années qui viennent.

V- Révision des effectifs de praticiens hospitaliers :

- **pour l'année 2008 : bilan et impact financier ;**
- **pour l'année 2009 : cadrage et mise en œuvre.**

En introduction, le **président** souligne le caractère particulièrement crucial dévolu à la révision des effectifs de praticiens hospitaliers, et la volonté de la CME de réaffirmer à cette occasion, l'importance qu'elle accorde au recrutement des jeunes médecins afin de remplir le pari de l'efficacité et d'atteindre les objectifs ambitieux d'activité.

La démarche volontariste exercée l'an passé s'est couronnée de succès eu égard au nombre non négligeable de postes de praticiens hospitaliers créés. Cette année, on souhaite inscrire l'action de la CME dans le droit fil de cette démarche tandis que le contexte économique se révèle plus contraignant. La révision des effectifs de praticiens hospitaliers se déroulera en trois temps : l'analyse d'abord des postes de praticiens hospitaliers vacants afin de déterminer leur maintien ou leur redistribution, puis celle des postes demandés par chaque hôpital et enfin celle des postes proposés par autofinancement conditionnés à la capacité des hôpitaux de garantir cet autofinancement. Il faut donc suivre une méthodologie claire et disposer d'évaluations quantitatives sur l'impact financier de la démarche afin de prendre des décisions médicalement raisonnées.

M. FAGON expose les résultats d'une réflexion menée avec la CME, la DPM, la direction économique et financière et la direction générale. Cette réflexion se concrétisera dans les jours à venir par un courrier adressé à l'ensemble des médecins (cf. document présenté en séance).

- Le bilan de l'année 2008.

En matière d'emplois de praticiens hospitaliers, on enregistre 391 demandes de maintien ou de création. Sur les 111,5 postes vacants, 77,5 ont été maintenus et 34 redéployés. Sur les 210,5 créations, 56,5 correspondent à des emplois fléchés ministériels (intégrant des recettes dédiées), 34 à des redéploiements et 120 en contrepartie de gages. Ces chiffres s'inscrivent globalement dans la moyenne des cinq dernières années au cours desquelles 1 025 postes de praticiens hospitaliers ont été créés à l'AP-HP, dont 159 par redéploiement.

En terme de masse salariale, l'impact sur les dépenses s'élève à 9,2 millions d'euros répartis de manière égale entre 2008 et 2009. L'impact sur les recettes se monte à 6,2 millions d'euros correspondant aux emplois fléchés ministériels. Le résultat pour l'AP-HP compte 3 millions d'euros répartis sur les deux années de manière sensiblement égale.

- Le cadrage de la révision pour l'année 2009.

Les enjeux du cadrage visent à :

- s'assurer, contrairement à l'année précédente, d'une parfaite équivalence financière entre les créations et les gages ;
- prendre en compte le surcoût lié à la révision des effectifs de l'année 2008 ;

- avoir à l'esprit que l'évolution de la masse salariale des personnels médicaux sur 2009 portera sur 20 millions d'euros (les extensions en année pleine du glissement, vieillesse, technicité (GVT)...);
- réfléchir à des mesures complémentaires permettant de compenser toutes les évolutions (la permanence des soins, l'organisation des consultations ou des masses critiques).

S'agissant de la mise en œuvre de ce cadrage, il importe d'augmenter significativement le nombre des postes non maintenus afin de créer des postes où s'expriment de véritables besoins, et de financer le surcoût de la révision 2008. En outre, on doit tendre vers une évolution à hauteur de 50 % des postes à redistribuer, soit 65 à 70 emplois.

Puis l'orateur mentionne les éléments de rappel de la note d'instruction aux hôpitaux datée du 22 mai 2008, et déclare que les demandes feront l'objet, à l'aide d'une grille qu'il détaille, d'une analyse rigoureuse au niveau institutionnel par les collégiales et par un groupe de travail dédié.

M. FAGON insiste ensuite sur le fait que l'analyse s'opérera au cas par cas pour aboutir à un ensemble de décisions à fort enjeu stratégique qui déterminera la structure de l'encadrement médical de l'AP-HP pour les années à venir.

Aussi, pour obtenir l'équilibre sur l'ensemble de l'AP-HP, il faudra se montrer plus exigeant vis-à-vis des structures les mieux dotées. Il évoque enfin la prise en compte des engagements antérieurs, qui seront respectés, et des situations de nécessité médicale absolue en raison de l'exigence d'une norme, lesquelles réduisent la marge de manœuvre pour 2009.

Avant d'ouvrir le débat, le **président** met en exergue le devoir de la CME d'arbitrage et de prise de décisions médicalement orientées de façon à réaliser une révision des effectifs pertinente.

Mme DEGOS s'interrogeant sur la prise en compte dans les décisions d'attribution de postes médicaux dans les services, de l'âge des internes et de leur ancienneté, **M. FAGON** répond d'abord que l'évolution des postes d'internes sur la France entière pénalise l'Ile-de-France par rapport aux centres hospitaliers universitaires en région; il communiquera à la CME ces données extrêmement inquiétantes pour l'avenir. Puis il confirme que ces critères figurent dans la grille d'analyse comme d'autres relatifs à la qualité de l'encadrement et de la formation, avant de préciser à l'adresse de **M. CAPRON** sur la question d'une éventuelle augmentation du tarif de l'autofinancement, qu'au regard de l'évolution de la masse salariale, il faudra supprimer un minimum de quatorze postes en préalable à la révision des effectifs.

Deux possibilités se dessinaient face à l'augmentation du coût de praticiens hospitaliers, ajoute le **président**. La première supposait la hausse de l'autofinancement, la seconde de rendre entre quatorze et soixante postes de praticiens hospitaliers. Le conseil exécutif a décidé d'opter pour le rendu de quatorze postes de praticiens hospitaliers afin de laisser une possibilité aux hôpitaux de recourir à l'autofinancement.

M. GREGORY demandant le montant des économies réalisées par l'institution dans le cadre de l'autofinancement au vu de l'évolution de la pyramide des âges à l'AP-HP, **M. FAGON** déclare que l'évolution spontanée de la masse salariale tient compte du remplacement d'un praticien au 13^{ème} échelon par un plus jeune moins rémunéré, évolution représentant 20 millions d'euros par an dont **M. MUSSET** voudrait connaître le pourcentage par rapport au montant des dépenses globales en personnel médical sur une année.

Globalement, les dépenses de personnel médical dans l'EPRD pour l'année 2008, s'élèvent à 900 millions d'euros par rapport au compte de résultat principal qui affiche 6,5 milliards d'euros informe **M. GUIN**. Cette somme de 20 millions d'euros représente 2 % par an en terme d'évolution tendancielle, dont la plus grande partie est liée au GVT solde découlant des effets de carrière et des économies réalisées chaque année par le remplacement de personnes plus âgées par des personnes plus jeunes et moins rémunérées. Ce solde aboutit à un surcoût tendanciel de 20 millions d'euros.

Le **président** encourage les membres de la commission des structures et de la commission temps et effectifs médicaux à aider M. VALLEUR au cours des réunions préparant la révision des effectifs.

VI- Information sur le paiement effectif des comptes épargne temps.

M. GOTTSMANN établit un point succinct sur le paiement des comptes épargne temps (CET). Au sein de l'AP-HP, les médecins ont ouvert 6 141 CET et déposé au 31 décembre 2007, 194 765 jours, dont 74 375 soit 38,2 % ont fait l'objet d'une demande d'indemnisation, pour un coût total employeur de 26,6 millions d'euros et de 22,3 millions en coût brut. Ces 26,6 millions d'euros ont été majoritairement payés sur le mois d'août 2008. Un complément interviendra en septembre pour les dossiers non-finalisés et pour les dossiers des ayants-droits.

VII- Information sur la nomination et le renouvellement des consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2008.

M. GOTTSMANN mentionne la liste adressée aux membres de la CME portant dix-sept nominations et trente-sept renouvellements de consultants des hôpitaux au 1^{er} septembre 2008.

VIII- Avis sur le renouvellement d'un membre de la commission locale d'activité libérale à l'hôpital Necker – Enfants Malades.

La CME approuve à l'unanimité de ses membres la désignation de M. GABILLET à la commission locale d'activité libérale du groupe Necker – Enfants Malades pour succéder à Mme ABADIE, démissionnaire.

IX- Approbation du compte-rendu de la séance du 8 juillet 2008.

La CME adopte le compte-rendu de la séance du 8 juillet 2008 à l'unanimité de ses membres.

X- Questions diverses.

- La diminution du nombre de postes d'internes à l'AP-HP.

Selon certaines informations récentes émanant des syndicats d'internes, existeraient des projets gouvernementaux visant à réduire considérablement le nombre des internes d'Ile-de-France au bénéfice de régions, au prétexte d'un rééquilibrage de la démographie médicale et sans tenir compte des inégalités des différents CHU en terme de capacité de formation, indique **M. HARDY**. De telles décisions pénaliseraient considérablement l'AP-HP et les internes qui bénéficient de cette structure particulièrement formatrice. **M. HARDY** sollicite des informations sur le sujet et interroge sur la position à adopter au sein de l'institution.

Ce dossier mérite en effet un exposé détaillé devant la CME opine **M. FAGON**. Il existe une volonté politique claire d'un rééquilibrage des postes d'internes en faveur de la province qui se profile également pour les postes de chefs de clinique. Il appartiendra à la CME de prendre une position une fois établi un point précis sur le nombre de postes financés et sur les filières touchées.

M. MIR évoque un courrier électronique dessinant une perspective chiffrée sur plusieurs années. Voici quinze années, l'Ile-de-France bénéficiait de 25 % de la dotation nationale en internes contre 13 % à ce jour. La conséquence de la diminution du nombre des internes nommés en Ile-de-France réside dans la possibilité de recourir, pour les commissions de subdivision, à l'ouverture de postes d'internes. L'an dernier, le financement disponible s'élevait à 2,6 millions d'euros ramené en 2008 – 2009, à 695 000 euros, soit deux millions d'euros de moins. On aura donc moins d'internes et de chefs de clinique.

M. GREGORY souhaite connaître l'avis des doyens sur ce phénomène car les chefs de clinique ont une fonction d'enseignement à la faculté. Or, tandis que le nombre d'internes diminue celui des étudiants en médecine demeure important.

Le **président** propose de travailler à une réponse commune et d'inscrire ce point à l'ordre du jour en accord avec les doyens.

M. VALLEUR rappelle que de nombreux internes formés en Ile-de-France s'installent ensuite en province. Le message du ministère consistant à penser que les internes formés à Limoges par exemple, s'y installent, ne s'avère pas obligatoirement pertinent.

Un argument du ministère de la recherche selon lequel il faut des masses critiques hospitalo-universitaires pour permettre une recherche de qualité, semble opportun à **M. MUSSET** pour tenter de conserver le nombre d'internes sur l'AP-HP. Saupoudrer des postes de chefs de clinique dans des petites villes isolées de province ne conduira pas à maximaliser les résultats en recherche.

- Une première en neurochirurgie.

M. VALLEUR émet une protestation au nom du groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal contre la cellule de communication de l'AP-HP laquelle a récemment diffusé un message sur les médias titrant « une première à la Pitié – Salpêtrière ». Or les auteurs de cette première en neurochirurgie se trouvent tous à Lariboisière où le travail s'est opéré, et aux Etats-Unis.

- La cotation des publications sur SIGAPS.

Les auteurs des revues publiées dans SIGAPS enregistrent un dégrèvement du nombre de points obtenus par publication en fonction de leur rang d'inscription dans la liste des auteurs, signale **M. ALVAREZ** considérant ce procédé inadmissible. Il demande d'aligner l'AP-HP sur les pratiques en vigueur à l'INSERM où le premier et le dernier auteur obtiennent le même nombre de points.

Comme tous les outils de bibliométrie, aucun n'est parfait indique **M. FAGON** qui fera remonter l'information vers les personnes dédiées à SIGAPS. L'avantage de SIGAPS réside dans son utilisation par toutes les structures hospitalières de France. Certes, certains critères pénalisent l'AP-HP, cependant elle intervient comme récemment sur le problème des praticiens attachés pour lesquels la tutelle souhaitait le retrait du calcul SIGAPS. L'institution a réussi à obtenir la prise en compte de la publication dès que figurent deux membres de l'AP-HP parmi les auteurs. La perte de recettes se réduit désormais non plus à six millions d'euros mais à deux millions d'euros.

Par ailleurs, quantité d'articles sont publiés signés de membres éminents ou moins éminents de la communauté médicale de l'AP-HP, sans qu'apparaisse le nom de l'institution. A cet égard, il demande à l'assemblée d'informer les communautés hospitalières que l'absence de « AP-HP » dans la signature induit une perte de recettes pour celle-ci.

*

*

*

La séance est levée à 11 heures 50.

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

Mardi 14 octobre 2008 à 8h30.

Le bureau se réunira le :

Mercredi 1^{er} octobre 2008 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.

ANNEXES

Annexe 1

Déclaration de M. ABDOUN,

représentant du comité technique d'établissement central

« Voilà plus de trois mois que des chirurgiens exerçant à l'hôpital une activité libérale privée et fort lucrative sont en grève refusant de coder leur activité. Ils contestent un décret pris en mai 2008 par le ministère. Ce décret modifie l'assiette de calcul de la redevance qui est due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale. Ces redevances ne sont plus indexées sur les tarifs de la sécurité sociale, mais sur les honoraires qui sont perçus.

Les organisations syndicales constatent que ces médecins, tout en n'assurant pas la totalité de leur mission, continuent pourtant de percevoir normalement la totalité de leur rémunération, tant pour leur activité publique que pour leur activité privée. Or, leur mouvement se traduit par un manque à gagner, pour l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, qui est estimé, par la presse, à 60 millions d'euros, somme à laquelle viennent s'ajouter près de 2 millions d'euros de frais financiers. Il ne fait aucun doute que leur action menace dangereusement l'équilibre budgétaire de l'AP-HP et qu'elle présente un risque financier majeur.

Nous craignons que les conséquences de ces pertes financières retombent, une fois de plus, sur le dos du personnel non-médical. Les membres du CTEC vous demandent, Monsieur le Directeur, de prendre toutes vos responsabilités par des mesures visant à rétablir le financement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et de les porter à leur connaissance. Ils vous demandent également une information qui soit la plus précise possible sur les conséquences financières connues à ce jour ainsi que celles qui en découleront. »

Annexe 2

MOTION

votée par les membres de la commission médicale d'établissement

en sa séance du 9 septembre 2008

Le décret modifiant le calcul de la redevance pour l'activité libérale à l'hôpital public a conduit certains collègues à manifester leur opposition à la nouvelle réglementation en interrompant la transmission du codage de l'activité réalisée par leurs services.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris regrette la modification sans concertation des règles de calcul de la redevance sur les consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale statutaire des praticiens.

Elle souhaite la conclusion rapide de négociations pour préserver l'attractivité des centres hospitaliers universitaires.

La CME condamne les modalités de l'action engagée par certains praticiens d'interrompre la transmission du codage de l'activité des actes et séjours des patients.

Les conséquences financières de cette action entravent l'institution, engagée dans le pari de l'efficience.

La poursuite de ce mouvement imposera à la gouvernance des mesures qui pénaliseront ceux qui assurent la responsabilité de ne pas transmettre les informations conditionnant les ressources de l'institution.